

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La suspension de peine pour raison médicale avec motif  
psychiatrique : évaluation de son application à partir d'un cas  
clinique**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 5 Octobre 2021 à 15h30  
au Pôle Recherche  
par **Julia YTHIER**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Thomas FOVET**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Fabien AGNERAY**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**



## Sommaire

<b>Résumé.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>Partie 1 : Présentation du cas clinique .....</b>	<b>12</b>
I. Antécédents.....	12
a. Antécédents médicaux .....	12
b. Antécédents psychiatriques.....	12
c. Antécédents addictologiques.....	13
d. Antécédents familiaux .....	14
II. Eléments biographiques et parcours carcéral .....	14
III. Parcours psychiatrique durant la détention.....	15
a. Une schizophrénie résistante au traitement antipsychotique .....	15
b. Une intolérance au traitement antipsychotique .....	19
c. Des comorbidités associées.....	19
<b>Partie 2 : Contexte carcéral actuel .....</b>	<b>23</b>
I. Bref historique de la détention en France et évolution du sens de la peine d'enfermement.....	23
II. Etablissements pénitentiaires en France et fonctionnement carcéral .....	27
III. Des conditions de détention difficiles, portant atteinte au principe de dignité humaine.....	30
a. Des établissements inadaptés à la condition carcérale : vétustes, surpeuplés ou déshumanisés .....	31
b. Une population fragilisée à l'entrée, précarisée et « fragmentée » par l'enfermement 33	
<b>Partie 3 : Etat de santé des détenus en France.....</b>	<b>39</b>
I. Caractéristiques sociodémographiques des détenus : une population en mutation....	39
a. Culture et communauté carcérale en évolution.....	39
b. Des détenus vieillissants : vers une « prison-hospice » ? (34).....	42
c. « Trop de toxicomanes seulement usagers »(34).....	44
II. Des détenus aux besoins de santé conséquents : vers une « prison-asile ».....	46
a. Etat de santé physique des détenus : des pathologies spécifiques et une mauvaise condition physique.....	47
1) Un mauvais état de santé somatique .....	47
(1) La tuberculose : maladie-symptôme de la condition carcérale .....	48
b. Etat de santé mentale des détenus : une prévalence élevée de troubles mentaux.48	
1) Hypothèses explicatives .....	49

(1) Une pathologie préexistante sous-diagnostiquée avant l'entrée en prison ...	49
(2) Un défaut d'expertise psychiatrique .....	50
(3) La pathologie carcérale .....	50
2) Implications.....	51
c. Suicidalité et fin de vie en prison .....	52
III. Offre de soins en détention et hors-détention : une articulation complexe avec le système pénitentiaire.....	53
a. Les niveaux de soins.....	54
b. Les UHSA : des établissements à l'existence et à la fonction controversées.....	58
1) L'UHSA de Lille-Seclin.....	58
2) Une création faisant débat .....	59
c. Une prise en charge sanitaire à parfaire.....	62
<b>Partie 4 : La suspension de peine pour raison médicale.....</b>	<b>63</b>
I. Description de la suspension de peine pour raison médicale .....	63
a. L'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale.....	63
b. Procédure de demande d'une suspension de peine pour raison médicale .....	64
1) Repérage.....	65
2) Certificat médical descriptif .....	65
3) Saisie du JAP .....	66
4) Expertise médicale .....	66
5) Autres sources d'éclairage.....	67
6) Débat contradictoire.....	67
7) Application de la mesure.....	68
c. Chiffres d'application .....	71
II. Une procédure peu usitée : un cadre législatif restrictif et imprécis .....	72
a. Anamnèse de la loi : une évolution liée à la jurisprudence.....	72
b. Des difficultés d'interprétation liées à une législation nébuleuse .....	73
1) Pathologies concernées.....	73
2) « Court terme ».....	73
3) Notion d'incompatibilité avec la détention .....	75
c. Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive.....	76
III. Le cas particulier de la suspension de peine pour un motif psychiatrique.....	77
<b>Partie 5 : Mise en perspective autour du cas de Monsieur X. ....</b>	<b>79</b>
I. Monsieur X. présente-t-il une pathologie psychiatrique engageant son pronostic vital ?	79
a. Un risque suicidaire élevé. ....	79
1) Schizophrénie et suicide .....	80

2) Déficience mentale et suicide .....	81
3) Environnement carcéral et suicide .....	81
II. Monsieur X. présente-il un état de santé mentale durablement incompatible avec le maintien en détention ?.....	83
a. « Caractéristiques d'une pathologie psychiatrique grave rendant insupportables les conditions de détention et pouvant perturber le fonctionnement de la vie pénitentiaire » 84	
1) Caractéristiques de la schizophrénie rendant insupportables les conditions de détention.....	84
2) Caractéristiques de la schizophrénie pouvant perturber le fonctionnement pénitentiaire .....	86
b. Sens de la peine hermétique.....	87
c. Analogie avec la situation des détenus vieillissant .....	88
d. Souffrances en lien avec la réclusion .....	89
e. Une perte de chance sanitaire.....	91
III. Evaluation du risque grave de renouvellement de l'infraction .....	93
<b>Discussion .....</b>	<b>97</b>
I. Réponse à la question principale .....	97
II. Obstacles à l'application de cette loi dans le cadre de motifs psychiatriques .....	98
a. Obstacles médico-légaux .....	98
b. Obstacles lors de l'évaluation des JAP.....	100
III. Pistes d'amélioration .....	103
<b>Conclusion.....</b>	<b>106</b>
<b>Annexes. ....</b>	<b>108</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>114</b>

## Liste des abréviations

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé

**AP** : Antipsychotique

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CD** : Centre de Détention

**CE** : Chef de l'Etablissement

**CEDH** : Cour Européenne des Droits de l'Homme

**CMI** : Certificat Médical Initial

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CPIP** : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

**CPP** : Code de Procédure Pénale

**CPU** : Commission Pluridisciplinaire Unique

**DDSE** : Détention à Domicile Sous Surveillance Electronique

**DSP** : Dispositif de soins psychiatriques

**DSS** : Dispositif de soins somatiques

**EPSNF** : Etablissement Public de Santé National de Fresnes

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**IME** : Institut Médico-Educatif

**IMPro** : Institut Médico-Professionnel

**IMV** : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

**JAP** : Juge de l'Application des Peines

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**PPSMJ** : Personne Placée Sous Main de Justice

**PR** : Procureur de la République

**QD** : Quartier Disciplinaire

**QI** : Quotient Intellectuel

**TSO** : Traitement de Substitution des Opiacés

**SDRE** : Soins sans consentement à la Demande d'un Représentant de l'Etat

- SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional
- SPIP** : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- SPRM** : Suspension de Peine pour Raison Médicale
- SSJ** : Suivi Socio-Judiciaire
- UCSA** : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires
- UHSA** : Unité Hospitalière Spécialement Aménagées
- UHSI** : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
- UMD** : Unité pour Malades Difficiles
- USIC** : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
- USMP** : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
- VHB** : Virus de l'Hépatite B
- VHC** : Virus de l'Hépatite C
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## Lexique

**Amender (s') :** 1. s'améliorer, se corriger (1). 2. « Faire amende honorable » : reconnaître publiquement ses torts (2).

**Applicabilité :** autorité qui s'attache aux dispositions d'un texte de loi pour régir une situation juridique donnée (3).

**Droit :** ensemble de dispositions régissant le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent (4).

**Jurisprudence :** ensemble des décisions de justice rendues pendant une certaine période dans un domaine ou dans l'ensemble du Droit (5). La jurisprudence atteste de l'application du Droit dans un système judiciaire. Son rôle est d'adapter l'application des lois au temps pour favoriser une certaine sécurité juridique (6).

**Loi :** disposition normative, impersonnelle et écrite désignant une règle de droit générale. « *La loi dispose* ». Elle peut présenter des difficultés relatives à sa durée d'application, à sa connaissance, son intelligibilité et son accessibilité (7).

**Réclusion :** état de celui qui vit retiré du monde, isolé. Réclusion criminelle : peine criminelle avec privation de liberté (8).

**Responsabilité pénale :** la responsabilité juridique signifie que l'auteur d'une infraction devra répondre de ses actes et subir la sanction pénale prévue. La responsabilité pénale implique une culpabilité et une imputabilité (9).

## Liste des figures

**Figure 1** : Frise chronologique de la prise en charge psychiatrique de Monsieur. X.

**Figure 2** : Logigramme de la procédure de demande de suspension de peine pour raison médicale (SPRM).

**Figure 3** : Logigramme de la prise de décision judiciaire dans le cadre de la SPRM.

## Tableaux

**Tableau 1** : Extrait de l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale relatif à la suspension de peine pour raison médicale.

## Liste des annexes

**Annexe 1** : Extrait de l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale relatif à la suspension de peine pour raison médicale.

**Annexe 2** : La schizophrénie résistante.

**Annexe 3** : La maladie de Niemann-Pick de type C.

**Annexe 4** : Evolution de l'art. 720-1-1 selon les modifications apportées par la loi.

**Annexe 5** : Questionnaire adressé aux juges de l'application des peines (JAP).

**Annexe 6** : Résultats du Questionnaire à destination des JAP.

## Résumé

La suspension de peine pour un motif psychiatrique est une mesure d'aménagement de peine qui découle de la suspension de peine pour raison médicale (SPRM). Défini par les termes de l'art. 720-1-1 du Code de Procédure Pénale (CPP), ce dispositif légal s'adresse aux détenus, condamnés, souffrant d'une pathologie engageant le pronostic vital ou présentant un état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec la détention. Le contexte carcéral actuel français est marqué par une surpopulation et des détenus à l'état de santé plus altéré qu'en population générale. On considère qu'un détenu sur 3 souffre d'un trouble mental. Cette loi humanitaire pourrait bénéficier aux détenus souffrant d'une condition psychiatrique ne permettant pas leur maintien en détention. Cependant, malgré une révision substantielle de son contenu en 2019 visant à favoriser son application aux motifs psychiatriques, la SPRM avec motif psychiatrique n'a, à notre connaissance, jamais été appliquée. Ce travail se propose, par l'usage d'un cas clinique, d'évaluer l'applicabilité de l'art.720-1-1 du CPP aux motifs psychiatriques et de mettre en exergue les obstacles qui limitent son accessibilité jusqu'à présent. Le cas étudié est celui d'un patient-détenu souffrant de schizophrénie, pris en charge à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Lille-Seclin et pour qui une demande de SPRM pour motif psychiatrique a été formulée. Plusieurs auteurs et psychiatres ont tenté de faire l'exégèse de la loi pour faciliter son application aux motifs psychiatriques. En partant de ces interprétations non consensuelles, le patient étudié pourrait prétendre à bénéficier d'une SPRM. Néanmoins, du droit au fait, l'application de la suspension de peine pour motif psychiatrique révèle ses limites à la fois médicolégales et politiques. C'est notamment l'absence de structure de soins adaptée à la sortie qui se dessine comme obstacle

majeur à son application. Pour favoriser une égalité d'accès aux droits des patients souffrant de pathologies psychiatriques, des axes d'améliorations pourraient être proposées, tels que la modification de la terminologie légale employée dans l'art. 720-1-1 du CPP vers un vocable plus adapté à la condition psychiatrique, un usage de l'UHSA qui ne dépasse pas ses fonctions initiales, ou encore, l'adjonction de moyens aux structures d'aval permettant d'accueillir plus facilement les détenus qui auraient bénéficié d'une SPRM avec motif psychiatrique.

## Introduction

En 2002, dans un climat de controverse, le grand public découvre une mesure d'aménagement de peine : la suspension de peine pour raison médicale (SPRM). L'affaire Maurice Papon révèle les conflits éthiques amenés par le maintien en détention de personnes présentant un état de santé altéré. Elle met en également en lumière les conditions de détention déplorables en France. Maurice Papon est alors âgé de 92 ans et condamné à 10 ans de réclusion criminelle pour des faits de crime contre l'Humanité. La suspension de peine, demandée devant la présence d'une pathologie cardiovasculaire invalidante puisque responsable d'un état grabataire, est tour à tour refusée par le juge de l'application des peines puis accordée en appel. La législation entourant cet aménagement de peine en est encore à ses balbutiements (10). En 9 ans, les conditions de détention en France ne se sont pas améliorées : vétusté, établissements inadaptés au public accueilli, et surpopulation sont sanctionnées régulièrement par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (11). L'état de santé somatique et psychiatrique des détenus reste préoccupant et se distingue largement de celui de la population générale par une altération plus marquée. La prison est encombrée de détenus souffrant de pathologies mentales. On considère ainsi que 30 % des détenus souffrent d'au moins un trouble psychiatrique grave (12), représentant une prévalence 4 à 5 fois plus élevée qu'en population générale (12). Malgré un enrichissement de l'offre de soins psychiatriques en détention, notamment par la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), celle-ci reste bien souvent insuffisante à une prise en charge d'un trouble chronique sévère.

La suspension de peine pour raison médicale, dont les conditions d'application sont prévues par l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale (CPP)(13), était principalement conçue pour des motifs somatiques, ne permettant pas réellement une application à des motifs psychiatriques. Cependant, devant cette inégalité de droit vis-à-vis des détenus souffrant de pathologies mentales et dans une volonté d'étendre son application, l'article sus-cité a connu plusieurs modifications dans ses modalités d'usage (14). Dès lors, la suspension de peine pour motif psychiatrique pourrait être une solution à proposer à ces détenus souffrants de trouble psychiatrique grave, incarcérés au sein de prisons non pensées pour les accueillir, et dont la prise en charge médicale palliative, repose sur des allers-retours entre lieu de détention et centres hospitaliers. Cependant, la volonté d'extension de cette loi humanitaire ne semble pas avoir porté ses fruits puisque jusqu'à cette date et à notre connaissance, aucune des demandes de suspensions pour un motif psychiatrique n'aurait abouti. En conséquence, il est légitime de s'interroger sur l'applicabilité en l'état de l'article 720-1-1 du CPP pour une demande de suspension de peine pour motif psychiatrique.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de faire l'exégèse de l'article 720-1-1 du CPP au travers d'un cas clinique, et secondairement de recenser les obstacles à l'application de l'article 720-1-1 du CPP pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en considérant des pistes afin de faciliter l'accès à ce droit au sein de cette population vulnérable.

Ce travail se structure en 5 parties. Dans un premier temps, nous dessinerons le profil de notre cas clinique, puis nous décrirons ensuite le paysage carcéral français, ensuite nous présenterons l'état de santé des détenus en France, nous expliquerons la mesure de suspension de peine pour raison médicale, enfin nous tenterons



d'évaluer l'applicabilité de cet aménagement de peine en utilisant le cas d'un patient pour qui la suspension de peine pour un motif psychiatrique a été demandée.

## Partie 1 : Présentation du cas clinique

Monsieur X. est un patient rencontré à l'UHSA de Lille-Seclin et pour qui une demande de suspension de peine pour raison médicale avec un motif psychiatrique a été réalisée en 2019.

### I. Antécédents

#### a. Antécédents médicaux

Monsieur X. est âgé de 32 ans. On retrouve dans sa biographie une naissance compliquée d'une hypoxie cérébrale néonatale, probablement à l'origine du retard mental modéré présenté par le patient. Ce retard mental est évalué par des tests psychométriques en 2016, et retrouve un quotient intellectuel (QI) à 51. Sur les plans médicaux et chirurgicaux, il est également à noter que le patient a présenté deux épisodes de tachycardie jonctionnelle ayant nécessité des hospitalisations en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC). Par ailleurs, il souffre d'une obésité modérée avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) calculé à 32 kg/m<sup>2</sup>. Il aurait pris 35 kgs depuis le début de son incarcération.

#### b. Antécédents psychiatriques

Des troubles du comportement non spécifiés sont rapportés dès l'enfance. Dans ce contexte, le patient bénéficie très tôt d'un suivi en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). La schizophrénie paranoïde<sup>1</sup> dont Monsieur X. souffre se révèle

---

<sup>1</sup> Utilisation ici du terme « paranoïde » car employé dans les comptes-rendus médicaux du patient. Même si les sous-types nosographiques présentent une faible valeur pronostique et une fiabilité limitée, leur usage est courant en pratique clinique.

au début de son adolescence (12-13 ans). Dans ce cadre, il est hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie sur son secteur. Il est également suivi par un psychiatre au Centre Médico-Psychologique (CMP). Les hospitalisations à l'UHSA de Lille-Seclin débutent après quelques années de détention pour la prise en charge de décompensations psychotiques et une difficulté de maintien en détention. On retrouve également plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) dont deux ayant eu lieu en détention.

### **c. Antécédents addictologiques**

Avant la détention, Monsieur X. aurait présenté un trouble d'usage d'alcool, compliqué d'un antécédent de coma éthylique et de complications de sevrage (crises convulsives). Il pouvait consommé jusqu'à 15 bières de 50 cl par jour. De plus, il rapporte un mésusage médicamenteux, utilisant les traitements de ses parents à des fins sédatives. Ces consommations auraient été motivées essentiellement par l'influence de pairs. Il peut ainsi dire lors d'un entretien psychiatrique « *on m'entraînait à prendre de l'alcool et du shit* ». Juste avant les faits liés à son incarcération, Monsieur X. dit avoir consommé de l'alcool, du cannabis ainsi que des médicaments de façon non contrôlée. Au cours de sa détention, le patient a présenté un mésusage avec primo-dépendance à la BUPRENORPHINE, substitué pendant plusieurs années par de la METHADONE. On retrouve également une consommation occasionnelle de cannabis hors-détention et en prison. Il n'y a plus d'intoxication en cours.

#### **d. Antécédents familiaux**

Il est à noter que les parents de Monsieur X. auraient présenté des antécédents d'épisodes dépressifs caractérisés. Le père aurait également souffert d'une dépendance à l'alcool, actuellement sevrée.

## **II. Eléments biographiques et parcours carcéral**

Le patient est célibataire et sans enfant. Son entourage familial proche est composé de deux grandes-sœurs et de ses parents. Étayant, ils viennent également régulièrement lui rendre visite au parloir. Il n'a jamais eu de logement autonome et a toujours vécu chez ses parents. Une mesure de protection des biens et de la personne a été mise en place sous la forme d'une tutelle. Il bénéficie de droits de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) depuis l'enfance et perçoit actuellement l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Monsieur X. n'a jamais travaillé. Il a effectué sa scolarité en milieu spécialisé (Institut Médico-éducatif (IME), puis en Institut Médico-Professionnel (IMPro)).

Alors âgé d'une trentaine d'années, il est incarcéré pour la première fois et condamné à une peine de 20 ans d'emprisonnement dont 10 ans de sûreté et 5 ans de mise à l'épreuve avec suivi socio-judiciaire pour « destruction du bien d'autrui par un moyen dangereux pour les personnes ayant entraîné la mort ». La date de libération est fixée à 2025. D'abord détenu dans un premier Centre de détention (CD) de la région, il est ensuite transféré dans un autre centre pénitentiaire. Ce transfert est motivé par la proximité du lieu de détention avec l'UHSA de Lille-Seclin.

### III. Parcours psychiatrique durant la détention<sup>2</sup>

Durant les premières années de sa détention, Monsieur X. est pris en charge par le centre hospitalier du secteur dont il dépendait depuis l'adolescence. Il y est hospitalisé à plusieurs reprises. A cette période, un traitement par ZUCLOPENTHIXOL puis OLANZAPINE est prescrit dans le cadre du trouble psychotique chronique dont il souffre.

Les soins à l'UHSA de Lille-Seclin débutent ensuite. La première année de prise en charge à l'UHSA est marquée par de nombreux aller-retours entre détention et soins psychiatriques. En effet, en un an, le patient effectue 5 hospitalisations, en soins libres et en Soins Sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SDRE). Ces 5 séjours représentent plus de 7 mois de durée totale d'hospitalisation sur l'année. Le motif d'accueil à l'UHSA est de façon constante, la décompensation psychotique. A la fin de cette première année d'hospitalisations à l'UHSA, Monsieur X. restera hospitalisé en continu jusqu'à aujourd'hui. Cela représente une durée supérieure à 4 ans d'hospitalisation.

#### a. Une schizophrénie résistante au traitement antipsychotique

Monsieur X. souffre d'une schizophrénie paranoïde résistante au traitement antipsychotique<sup>3</sup>. Pour rappel, la schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquente en population générale. Elle est représentée par une symptomatologie positive dominante à type de délire et d'hallucinations. Dès le début de sa prise en

---

<sup>2</sup> *Figure 1 : Frise chronologique de la prise en charge psychiatrique de Monsieur X.*

<sup>3</sup> *Annexe 2. La schizophrénie résistante.*

charge à l'UHSA, Monsieur X. présente une symptomatologie hallucinatoire visuelle et auditive « *extrêmement envahissante* »<sup>4</sup>, avec injonctions de passage à l'acte auto-agressif « *tue-toi* », « *fais-toi du mal* ». Ces hallucinations sont responsables d'une symptomatologie anxieuse majeure et de troubles du comportement avec auto-agressivité (scarifications, morsures). Au second plan, on note également un syndrome désorganisationnel touchant les 3 sphères (affective, comportementale et intellectuelle) avec : une bizarrerie comportementale à type de rires immotivés, associée à une ambivalence affective et des propos incohérents.

La schizophrénie est un trouble mental chronique, évoluant par décompensations.

C'est à l'occasion de l'une d'elle, que la prise en charge débute à l'UHSA.

#### 1<sup>er</sup> séjour à l'UHSA.

Lors de son premier contact avec l'UHSA pour « *décompensation délirante* », le traitement est composé de : HALOPERIDOL, OLANZAPINE, METHADONE. Ce traitement est modifié (arrêt de l'OLANZAPINE et instauration d'un traitement retard par HALOPERIDOL tous les mois). Le patient est ensuite transféré à sa sortie d'hospitalisation vers un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).

#### 2<sup>ème</sup> séjour à l'UHSA.

En dépit de cette réévaluation thérapeutique, le patient revient moins d'un mois plus tard devant un « *nouvel épisode d'agitation avec recrudescence anxieuse et hallucinatoire* ». Durant cette hospitalisation, un épisode de catatonie agitée est suspecté devant la présence d'une agitation psychomotrice associée à un fébricule.

---

<sup>4</sup> Comme mentionné dans les comptes-rendus d'hospitalisation à l'UHSA.

Cet épisode amène à une nouvelle réévaluation thérapeutique (arrêt de la LOXAPINE, augmentation de la METHADONE).

### 3<sup>ème</sup> séjour à l'UHSA.

Dès la troisième hospitalisation pour « *décompensation anxieuse et hallucinatoire, ainsi que troubles du comportement en détention* », des hospitalisations séquentielles toutes les 6 semaines sont proposées au patient.

### 4<sup>ème</sup> séjour à l'UHSA.

Cependant, la schizophrénie du patient n'est pas stabilisée. Un épisode d'agitation psychomotrice dans un contexte de recrudescence hallucinatoire et anxieuse amène à l'hospitaliser à nouveau. En effet, Monsieur X. aurait subi des maltraitances de ses codétenus à type de racket et agressions sexuelles. De plus, tout traitement antipsychotique est arrêté devant suspicion d'une intolérance à cette classe médicamenteuse. Il retourne en détention sans aucun traitement antipsychotique.

### 5<sup>ème</sup> séjour à l'UHSA.

Par la suite, Monsieur X. revient très rapidement en hospitalisation (moins d'un mois après sa sortie), pour y rester. Au cours de cette hospitalisation, le constat d'une « impasse thérapeutique » est fait. Il est alors établi que le patient souffre d'une schizophrénie résistante au traitement antipsychotique, accompagnée d'une réelle intolérance au traitement antipsychotique.

En outre, en l'espace d'un an et demi. Monsieur X. aura bénéficié tour à tour des traitements antipsychotiques de fond suivants : HALOPERIDOL per os et sous la forme d'injections retards, OLANZAPINE, QUETIAPINE, RISPERIDONE per os et en forme retard, ZUCLOPENTHIXOL. Ces thérapeutiques médicamenteuses sont

associées à d'autres médicaments ciblant la labilité émotionnelle et l'anxiété. Et, malgré la description d'une « *lune de miel* » (davantage sur l'agitation psychomotrice qu'au niveau des idées délirantes) à l'instauration de chaque traitement antipsychotique, l'efficacité du traitement disparaît rapidement et laisse place à une recrudescence des troubles du comportement à type de destruction de son environnement (délabrement de sa chambre par exemple) mais aussi de mises en danger (ingestion de plastique). Le bilan étiologique de schizophrénie résistante (Imagerie cérébrale, bilans sanguins, bilan neurocognitif) revient négatif.

Le début de sa prise en charge à l'UHSA est donc marqué par une succession de séjours durant lesquels le patient présente une symptomatologie productive importante marquée par des troubles du comportement . Il est également à noter des épisodes d'idées délirantes à thématique érotomaniaque, amenant à devoir le changer d'unité d'hospitalisation.

Devant le diagnostic établi d'une schizophrénie résistante au traitement antipsychotique, Monsieur X. bénéficie finalement d'un traitement par CLOZAPINE. Ce traitement permet un apaisement de la symptomatologie positive et des troubles du comportement. En effet, le patient respecte le cadre imposé de l'hospitalisation et ne présente plus de troubles du comportement. Il s'implique activement dans les soins qui lui sont proposés et semble capable d'accéder à une appropriation de son diagnostic. Des hallucinations cénesthésiques, gustatives et olfactives résiduelles sont observées, sans participation anxieuse. Des idées délirantes à thématique mystique et érotomaniaque évoluent en bruit de fond sans envahissement de la pensée. Elles sont néanmoins peu accessibles à la critique. Il persiste une bizarrerie et des



stéréotypies motrices à type de balancements. Le discours reste légèrement hermétique. Il est marqué par une diffluence et des barrages.

### **b. Une intolérance au traitement antipsychotique**

Monsieur X. présente une intolérance d'étiologie inconnue aux psychotropes et plus particulièrement aux antipsychotiques. En effet, il présentera en moins d'un an : une suspicion de syndrome malin des neuroleptiques, une catatonie agitée, une akathisie constante ou encore une encéphalopathie avec ammoniémie augmentée. Devant cette symptomatologie résistante aux traitements antipsychotiques, des dosages sanguins des traitements sont effectués régulièrement et reviennent effondrés. L'hypothèse de vomissements provoqués par le patient paraît peu probable et les examens à la recherche d'un métabolisme rapide reviennent négatifs. Dans ce contexte, une maladie de Niemann-Pick de type C<sup>5</sup> est même suspectée. Le patient est intégré dans une étude de la Pitié-Salpêtrière à ce sujet. Cependant, le diagnostic est écarté (dosage du cholestérol négatif).

### **c. Des comorbidités associées**

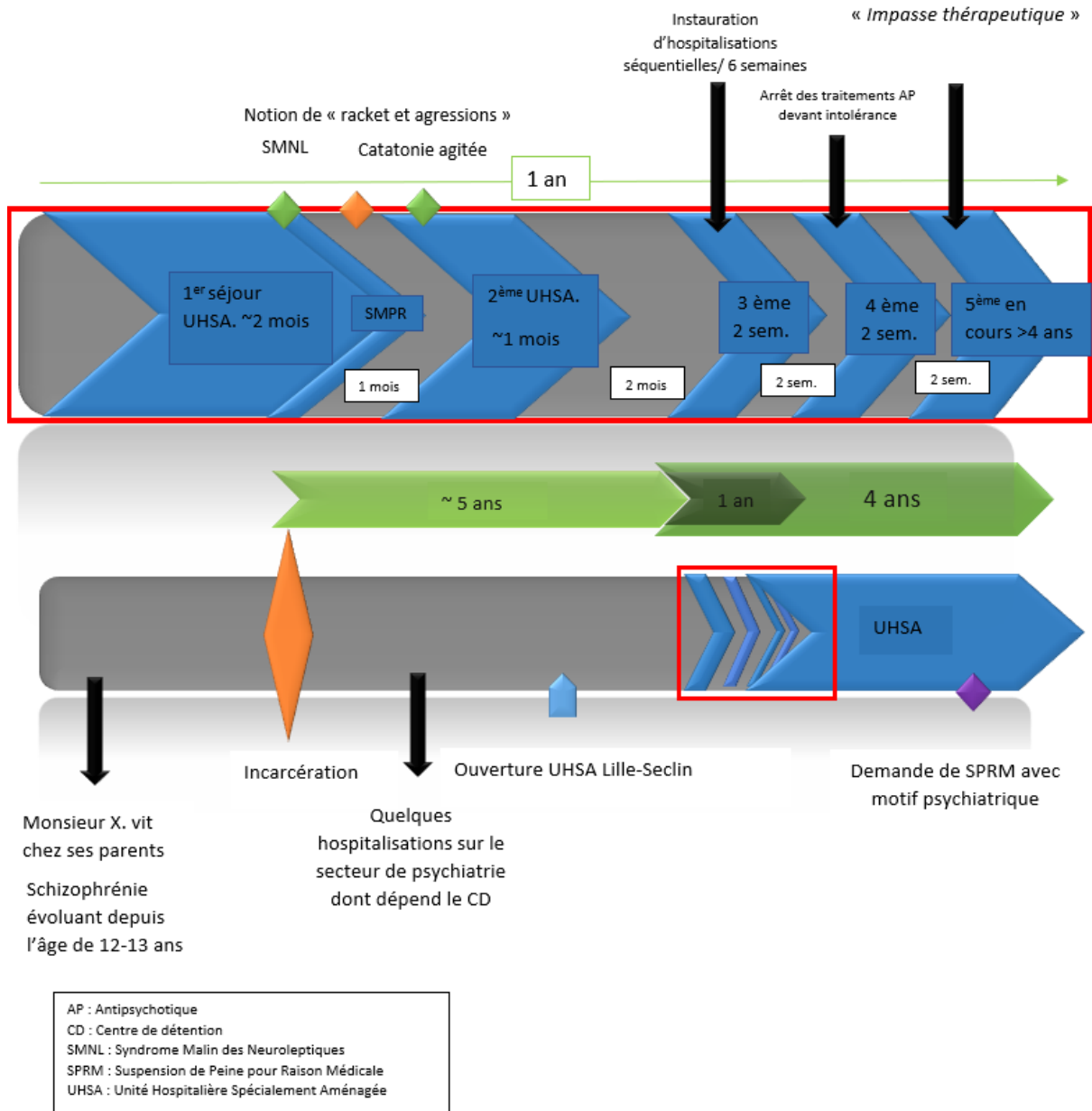
Associée à la schizophrénie paranoïde, le patient présente une symptomatologie post-traumatique à type de cauchemars traumatiques centrés sur les faits ayant conduit à l'incarcération ainsi qu'une hypervigilance. Un traitement par PRAZOSINE est instauré au cours de son parcours à l'UHSA. Des fléchissements thymiques réactionnels aux conditions de détention et aux relations avec les codétenus sont régulièrement

---

<sup>5</sup> Annexe 3. Maladie de Niemann-Pick de type C.

observées. De plus, les symptômes hallucinatoires s'accompagnent d'épisodes d'exacerbation anxieuse vis-à-vis de ces changements d'état. Une problématique addictologique s'ajoute au tableau psychiatrique. En effet, Monsieur M. bénéficie d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO) par METHADONE suite à une dépendance à la BUPRENORPHINE achetée en prison. Ce traitement nécessite de multiples ajustement tout au long de son parcours à l'UHSA. Ainsi, des augmentations successives de la posologie sont nécessaires devant la régulière description d'une symptomatologie de manque en opiacés (sueurs, crampes et myalgies, troubles du sommeil. Ces symptômes de manque sont difficilement apaisés par le traitement. Lorsqu'une diminution de la METHADONE est finalement décidée, dans le but d'un arrêt progressif du TSO, le patient présente alors un surdosage en CLOZAPINE compliqué d'une tachycardie jonctionnelle, pour lequel il est hospitalisé en USIC. L'hypothèse d'une interaction entre CLOZAPINE et METHADONE est posée par les cardiologues. La comorbidité addictologique n'est pas anodine puisqu'à plusieurs reprises se pose la question d'une consommation de toxiques en détention comme élément déclencheur des décompensations psychotiques. Cependant, les recherches de toxiques urinaires ne permettent pas d'en objectiver la présence.

Monsieur X. est un patient-détenu présentant un trouble psychiatrique sévère à type de schizophrénie résistante au traitement aggravé par des comorbidités notamment addictologiques. Il est hospitalisé depuis plusieurs années à l'UHSA, tout précédent retour en détention ayant mené à une décompensation psychotique dans un délai bref. La demande de SPRM intervient dans ce contexte.



**Figure 1 : Frise chronologique de la prise en charge psychiatrique de Monsieur. X.**

Dans la suite de ce travail, nous allons décrire le paysage carcéral français. Cette description nous permettra d'appréhender les conditions de détention ainsi que l'état sanitaire de la population carcérale. Ces deux dimensions ont participé à la création des aménagements de peine tels que la suspension de peine pour raison médicale.

## Partie 2 : Contexte carcéral actuel

Nous évoquerons tout d'abord l'état actuel des établissements pénitentiaires et les évolutions historiques qu'a connu la détention. Ensuite nous insisterons sur les conditions de détention actuelles.

### I. Bref historique de la détention en France et évolution du sens de la peine d'enfermement

La détention et l'idée de l'emprisonnement tels qu'on les connaît de nos jours ne voient leur émergence que vers le XVIIIème siècle. En effet, pas de détention dans l'Antiquité et de rares peines d'emprisonnement au Moyen-âge, les châtiments corporels et la torture font foi de sanction (15). Dans la Rome Antique, le système pénal romain ne comprend pas de réelle condamnation à la détention. Cependant la « *custodia publica* » (qu'on pourrait traduire par « peine d'enfermement ») pouvait exister dans un objectif préventif : ainsi le contrevenant pouvait être détenu dans l'unique but d'être à disposition pour le jugement . On retrouve décrit également de rares incarcérations pour dette. Les « *Gémonies* » dans la Rome de Tibère (14-37), escaliers menant aux geôles et exposant publiquement les corps et cadavres des suppliciés avant d'être jetés dans le Tibre, témoignent également d'un autre but de la « prison romaine », coercitif. Les peines consistent alors essentiellement en l'exil, le travail forcé dans les galères et les mines ainsi que l'esclavage, entre autres châtiments. Au Moyen-âge, l'usage de la torture prévaut toujours. La détention peut être de courte durée et à l'issue d'un procès en cas d'amendes impayées. Les ecclésiastiques en font un usage plus fréquent et répressif (16). Avant la Révolution, pendant la période de l'Ancien Régime (XVII ème siècle), on enferme, mais souvent sans condamnation. Les hôpitaux

généraux à Paris comme La Pitié, puis les dépôts de mendicité, rassemblent vagabonds, mendiants, aliénés, vénériens, prostituées et femmes à la demande des maris ou pères. Le but de l'enfermement est alors celui d'une mise à l'écart des « indésirables » mais également celui de main d'œuvre avec obligation de travail pour de grandes industries et manufacture (ex : Saint-Gobain). Certaines institutions religieuses se spécialisent dans les populations admises, on peut ainsi mentionner Château-Thierry et Charenton amenés à recevoir les « fous ». A noter que la question de l'isolement des personnes atteintes de troubles mentaux vis-à-vis de la société est déjà une préoccupation. Ainsi, en 1785, est établi un quartier réservé aux « insensés » dans chaque dépôt de mendicité. Les emprisonnements des opposants au Régime se font avec Lettre du Roi.

La théorisation du Droit pénal connaît ses premiers balbutiements avec *le Traité des délits et des peines* (1764) de Cesare Beccaria qui préconise alors « *une douceur des peines*, « *sûreté des peines* » et « *légalité* » (chapitre XXVII du traité *Des délits et des peines*, intitulé « Douceur des peines »). Mais ce n'est qu'après la Révolution, avec l'instauration du Code Pénal (1791), que l'exécution des peines est régie et encadrée. Une nouvelle échelle de peine est définie (les fers, la réclusion, la gêne, la détention). L'enfermement, autrefois « *peine extraordinaire, devenait ordinaire* » ( Carlier. C. *Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours*. Revue Hypermédia, Histoire de la justice, des crimes et des peines. 2009 . p14) (17) .

Sous Napoléon Bonaparte, l'organisation administrative des maisons centrales est mise en place (18). C'est également l'ère de l' « Ecole Positiviste » italienne ou encore « Ecole de la défense sociale », qui remet en cause le Droit classique dit Beccarien,

en individualisant les peines selon les caractéristiques sociales et les circonstances du délit. Le médecin légiste Cesare Lombroso (1835-1909) et le juriste Enrico Ferri (1856-1929) en sont des acteurs principaux et font le lit de ce qui deviendra « la criminologie » : « *la science qui étudie les facteurs et les processus de l'action criminelle et qui détermine, à partir de la connaissance de ces facteurs et de ces processus, les moyens de lutte les meilleurs pour contenir et si possible réduire ce mal social* » (18). L'objectif de la prison change pour devenir alors celui d'un lieu de rattrapage sur le plan éducatif et celui de traitement et de soins, plus que de châtement.

Le « régime commun » est dénoncé au XIX<sup>ème</sup> siècle, jugé responsable de fléaux que sont épidémies et récidive (17). Cela amène à repenser la prison de façon architecturale. Un processus d'hygiénisation des prisons est engagé par La Société Royale pour l'amélioration des prisons et le modèle cellulaire des prisons anglo-saxonnes inspire de nouvelles constructions, toujours en fonction.

Le contexte de l'après-guerres mondiales engage une nouvelle fois de repenser les fonctions de la peine de prison. En effet, les deux guerres ont été dévastatrices également pour le milieu carcéral : la population pénale a explosé et dépasse de trois fois la capacité pénitentiaire (on compte 66 000 détenus en 1946 alors qu'ils étaient au nombre de 18 500 en 1939) (17); on recrute à la hâte des auxiliaires pénitentiaires sensés remplacer les agents pénitentiaires mais sans formation adéquate. Le manque de denrées alimentaires est à peine comblé par l'aide d'associations caritatives (17)

La « Réforme Amor »(19) en Mai 1945 énonce 14 principes et, notamment, le nouveau dessein de la peine privative de liberté : permettre l'amendement et la réintégration sociale du détenu. Mais c'est aussi celui d'un « *territoire partagé* » (17) rendant possible une humanisation de la peine par l'intervention de professionnels extérieurs

tels que des psychiatres, psychologues, enseignants. Cette humanisation paraît déjà s'opposer aux principes sécuritaires (17). Au XXIème siècle, les questions sécuritaires et humanistes s'entrechoquent toujours. Le début des années 2000 voit de nouveau sa population pénale augmenter et les établissements pénitentiaires se délabrer. Plus de 13 000 places sont manquantes et un projet de construction est débuté (« Programme 13000 ») (20). Pour répondre au manque de place en détention, la loi Perben (loi portant sur l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité) du 9 Mars 2004 (21) soumet les aménagements de peine comme solutions potentielles. La loi Taubira de 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales intègre de façon inédite un article définissant les fonctions de la peine (jusqu'à présent uniquement définies par le Code Pénal, et de façon partielle). Ainsi, la finalité de la peine est décrite comme suit : « *afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonctions : de sanctionner l'auteur de l'infraction ; de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion* »(Art. 130-1 du Code Pénal) (22).

Ainsi, la détention a connu des mutations au cours de son histoire sur le plan à la fois idéologique à travers le sens de la peine d'emprisonnement, mais également sur le plan des conditions de détention

Pour permettre ces changements, les établissements pénitentiaires ont dû s'adapter à la fois sur le plan architectural mais aussi dans leur fonctionnement interne et leur articulation avec la Justice.



## II. Etablissements pénitentiaires en France et fonctionnement carcéral

Au 1<sup>er</sup> août 2021, la population carcérale compte 83 098 personnes écrouées dont 68 301 détenues (18 641 prévenues et 44 889 condamnées hors semi-liberté et placement extérieur hébergé) et 14 797 non emprisonnées (23). La densité carcérale globale a connu une diminution en 2020 directement en lien avec les mesures exceptionnelles prises durant la crise sanitaire provoquée par la pandémie due au SarS-Cov2 (Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 mettant en place un dispositif de libération anticipée par le biais de dispositifs d'aménagement ou de conversion de peine (24)). Ces mesures inédites dans un contexte d'urgence sanitaire ont permis une décroissance de la surpopulation sans toutefois permettre une disparition de celle-ci. Le taux d'écroués a entamé une reprise dès juin 2020 (application de nouvelles réformes de peine accordant davantage d'importance aux mesures de détention à domicile sous surveillance électronique (DDSE)) (25).

Le territoire français compte 188 établissements pénitentiaires sous la coordination de neuf directions inter-régionales des services pénitentiaires du Ministère de la Justice (26). Ces établissements se divisent en plusieurs catégories, déterminées selon les caractéristiques des détenus accueillis : leur statut par - rapport au jugement (prévenu ou condamné), la durée de peine ou encore une « dangerosité » supposée.

On distingue ainsi :

- *Les Maisons d'arrêt* : au nombre de 86, destinées à recevoir les personnes prévenues, c'est-à-dire, en attente de jugement, ou encore les personnes condamnées à une peine ne dépassant pas deux ans ;

- *Les Etablissements pour peine* au nombre de 94, rassemblant :
  - *Maisons centrales* au régime centré sur la sécurité, et destinées aux longues peines et aux personnes présentant un potentiel risque pour la société ;
  - les 27 *Centres de détention* axés sur une réinsertion sociale chez des détenus ayant une peine supérieure à deux ans
  - les 11 *Centres de semi-liberté* permettant une absence des détenus en journée, pour effectuer des formations ou un travail hors de la détention dans un but de réhabilitation sociale.
- *Les Centres pénitentiaires* rassemblent en leur sein au moins 2 établissements différents parmi les maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales.

Depuis les années 90, le nombre de places en détention augmente en parallèle de celui de la population carcérale. Ce sont 24 265 places qui ont été ainsi créées entre le 1<sup>er</sup> Janvier 1990 et le 1<sup>er</sup> Janvier 2019, et la superficie du parc immobilier pénitentiaire représente plus de 6 millions de mètre-carrés (27). En effet, pour répondre à la contrainte du nombre grandissant de détenus, le budget de l'administration pénitentiaire est essentiellement tourné vers l'agrandissement du parc carcéral. C'est ainsi plus de 380 millions d'euros alloués à ce programme (27). En comparaison, le budget attribué à la promulgation des mesures d'aménagement de peine ou des alternatives à la détention est de 63,5 millions, celui dédié aux activités en prison, de 41,3 millions d'euros (27).

L'architecture carcérale est une des composantes de la peine privative de liberté puisqu'elle participe à la représentation des sens donnés à la peine : « *châtiment* », « *dissuasion* », « *expiation* »(28). Cette architecture a donc évolué au cours de

l'Histoire en parallèle de la dimension donnée à la peine de détention. Elle s'est d'abord inspirée du modèle « Pennsylvanien » des prisons américaines du XVIIIème siècle caractérisé par une séparation stricte des détenus dans des cellules et louant les « *vertus curatives* » (28) de l'isolement et d'une sécurité accrue. Puis du modèle « Auburnien » permettant des activités communes en journée et un isolement en cellule pour la nuit . Enfin, l'architecture carcérale en France tend vers un nouveau modèle mettant l' accent sur la dimension sécuritaire des prisons et pouvant être jugée par certains comme « *déshumanisante* » (28). La construction d'une cellule revient à un coût situé entre 150 000 et 190 000 euros, celui d'une journée de détention, à 105 euros (en comparaison : une journée de surveillance électronique revient à 10 euros, et une journée de semi-liberté à 50 euros) (29). La détention reste un recours judiciaire coûteux et participe de plus à pérenniser la problématique de la surpopulation carcérale (29).

Cependant, des mesures alternatives à la détention sont possibles et multiples (libération conditionnelle, sursis avec mise à l'épreuve, travaux d'intérêts généraux, contrôle judiciaire) sous l'encadrement des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et dans une logique de responsabilisation du contrevenant. D'autres moyens sont également mis en avant pour permettre une meilleure adéquation entre population carcérale et places disponibles en détention, notamment ceux d'un recours moindre à la détention provisoire ou à une diminution de la durée de celle-ci.

Ainsi, la problématique de la surpopulation carcérale reste majeure en France et à contre-courant du reste de l'Europe. Les mesures alternatives à la peine d'emprisonnement comme les aménagements de peine sont étudiées mais peinent à supplanter l'enfermement.

Dans ce contexte, les conditions de vie dans les prisons françaises questionnent.

### **III. Des conditions de détention difficiles, portant atteinte au principe de dignité humaine**

*« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta propre personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ».*

Kant, Emmanuel. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Edition Gallimard Pléiade, « Œuvres philosophiques » - tome 2, ,1985, p295

Le concept de dignité humaine rassemble plusieurs dimensions, à la fois morale et politique, dont le sens a évolué au cours de l'histoire, de la Grèce antique aux enjeux contemporains, et selon les philosophes qui ont tenté de le définir (30). Etymologiquement, il provient du latin « *dignitas* », dont le verbe issu « *decet* » pourrait être traduit par « être convenable, décent », « conforme à la bienséance ». Pour Emmanuel Kant, la dignité humaine est invariable et universelle. Elle ne peut se perdre ni avec la perte des droits civiques ni avec le crime. Le principe de dignité humaine est devenu principe à valeur constitutionnelle avec sa mention initiale dans le préambule de la Constitution de 1946 puis dans celui de la Constitution de 1958. Les lois de Bioéthiques ont permis son inscriptions, en 1994, dans le Code Civil. Est alors formulé, dans ce cadre législatif et moral, « *une reconnaissance de la primauté de la personne et le respect de l'être humain* » (31) et permet de défendre l'humain contre toutes altérations et dégradations réelles ou symboliques.

Ce principe rappelle également le nécessaire respect des droits fondamentaux de la personne, qui rassemblent, le maintien de l'autonomie de la personne, la préservation de la personne contre des violences, maltraitements et discriminations, l'appartenance à une communauté et la possibilité de participer à des décisions politiques (32). C'est en raison de leur opposition à ces droits fondamentaux civiques que, selon Geneviève Guérin (ancienne secrétaire générale adjoint du Haut Comité de la Santé Publique), les conditions de vie en détention sont en elles-mêmes pathogènes (33).

**a. Des établissements inadaptés à la condition carcérale :  
vétustes, surpeuplés ou déshumanisés**

En l'an 2000, la publication du livre *Médecin-chef à la prison de la Santé* de Véronique Vasseur, qui décrit son quotidien de médecin en milieu carcéral, fait la lumière sur les conditions de vie infâmes des détenus français, et amènera à la création de deux commissions d'enquête parlementaires. Entre le 2/03/2000 et le 08/06/2000, la commission d'enquête entreprend la visite de 28 établissements pénitentiaires (34). Il en résulte la proposition d'un plan d'urgence composé de trente mesures visant à améliorer les conditions décrites comme « *indignes à la patrie des Droits de l'Homme* » (34), plus particulièrement dans les maisons d'arrêt.

Le constat premier est celui d'une vétusté apparente des bâtiments, inadaptés à la fonction carcérale. Ainsi, nombreux sont les établissements construits avant 1920 (109 sur 187) et même antérieurs à 1830 (au nombre de 23), autrefois casernes ou couvents désaffectés (34). On peut citer pour exemple la maison d'arrêt de Colmar, ayant pris place dans un ancien couvent construit en 1510 et devenu établissement

pénitentiaire en 1910. L'Observatoire international des prisons (OIP) fait également le constat alarmant qu'un tiers du parc carcéral serait considéré comme vétuste (35).

Ces constructions, déjà éprouvées par le temps, souffrent également d'un manque d'entretien manifeste laissant aux parlementaires commissionnés une « *impression d'abandon* » (34). Des témoignages récents (septembre 2020) de détenus de la prison de Perpignan, révèlent un manque d'hygiène persistant avec « *des douches avec des moisissures et des champignons, des cellules avec des carreaux extrêmement crasseux, cellules infestées de punaises de lit* » (36).

Du fait d'une conception initiale non pensée et inadaptée à la condition carcérale, les activités qu'elle soient sportives ou professionnelles sont également limitées par une insuffisance de locaux disponibles, ou encore l'absence de terrains sportifs (34), (37).

Mais c'est la problématique de la surpopulation carcérale qui domine le constat fait en 2000. La France a été condamnée à dix-huit reprises par la Cour européenne des Droits de l'Homme devant des conditions de détention en violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* » (35). Le surpeuplement en détention, principalement en maison d'arrêt, est pointé du doigt, les enquêteurs en 2000 estimant même que les « *maisons d'arrêt (sont) hors la loi* » (34), notamment par infraction à la loi de 1875 dite de l'encellulement individuel (38). L'inflation carcérale, phénomène évoluant depuis les années 80, résulte d'un double processus. Tout d'abord, le presque doublement de la durée moyenne de détention (actuellement de 11 mois (36)). Vient s'ajouter à cela, l'augmentation du nombre d'emprisonnements de 9 % dans les années 2000 (et notamment pour des courtes peines) (39). Cette inflation touche principalement les maisons d'arrêt au turn-over important. La France est l'un

des pays européens les plus concernés avec un doublement de sa population carcérale en trente ans (40). Ainsi, le 8 mars 2021 face au Sénat, Eric Dupond-Moretti (Ministre de la Justice) affirme que « 849 détenus sont aujourd'hui contraints de dormir sur des matelas posés à même le sol » (41). Dès les années 90, en réponse à la fermeture d'établissements déjà estimés vétustes, un programme de construction d'une quarantaine d'établissements a été mis en place. Cependant, le phénomène de surpopulation n'a pas été enrayeré : « Plus vous construisez de nouvelles prisons, plus vous avez de détenus dans un pays », selon Ivan Zakine (ancien président du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants)(34). Ces nouveaux bâtiments, « déshumanisés » privilégient la sécurité globale aux rapports sociaux.

**b. Une population fragilisée à l'entrée, précarisée et « fragmentée » par l'enfermement**

*« Notre quart-monde échouant dans des prisons dont certaines sont dignes de celles du tiers-monde ».*

MM. HUEST, Jean-Jacques et CABANEL, Guy-Pierre. *Rapport de commission d'enquête n° 449 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Sénat. 29 juin 2000, p13 (34).

On retrouve une forte sur-représentation des catégories sociales les plus défavorisées, dès l'entrée en détention (42). La précarité des populations détenues est d'abord financière et socioéducative. Ainsi, sur le plan des caractéristiques éducatives, un rapport ministériel datant de Juin 2014 fait état d'une absence de diplôme pour 48 %

des détenus, dont 80 % n'ont au mieux qu'un niveau CAP(43). L'enquête du dispositif de pré-repérage de l'illettrisme et du repérage de l'illettrisme (PRI-RI) retrouvait en 2016 une proportion de 6,1 % des prisonniers ne parlant pas le français et 9,6 % en situation d'illettrisme. Avec un pourcentage de 20,2 % d'échec au test de lecture chez les détenus testés, on considère qu'un quart des personnes détenus est en situation de précarité vis-à-vis des savoirs de base (44). Le taux de détenus ayant un travail avant l'entrée en prison était inférieur à 50 %, et 7 % des entrants en 2011 se déclaraient sans-domicile fixe (45). L'incarcération touche également des populations à la situation irrégulière ou instable, notamment étrangères, dont l'accès à un interprète professionnel dans les différentes étapes des procédures carcérales est insuffisant voire absent.

Ce rapport ténu entre précarité et prison, résultats de plusieurs processus en défaveur des populations précaires est étudié par la sociologie carcérale. Plusieurs théories ont tenté d'expliquer les mécanismes qui construisent la population carcérale. On peut mentionner la théorie dite de « *l'anomie* » de Durkheim et Merton (42) : la délinquance viendrait de l'écart entre la possibilité d'atteindre, par des moyens légaux, des désirs et des buts socialement valorisés, et en conséquence, toucherait davantage les populations défavorisées. S'ajoutant à cette théorie, la notion d'illégalisme de Foucault renvoie à la « *fausse neutralité* » des instances juridiques (46). La réalité carcérale s'appliquerait de façon arbitraire et toucherait majoritairement les personnes précarisées en conséquence de disparités initiales dans la répression.

Au cours de la détention, cette population déjà fragile à son entrée, connaît un processus de « fragmentation ». « *Après quatre à cinq ans de détention ininterrompue, les gars sont ployés, pliés, courbés. Regardez les animaux en captivité* » comme le



témoigne un détenu auprès de Jean-Marie Delarue (premier contrôleur général des lieux de privation de liberté) (47). Dès l'entrée dans la prison, la première étape est celle de la « rupture ». Rupture avec le monde extérieur et avec son identité d'homme libre, par l'usage de l'isolement et de la peur (47). Le détenu est censé, par ces méthodes, parvenir à s'amender et à réaliser la pleine mesure de son acte. L'atmosphère claustrale et la distension du temps doivent participer à son amendement. (39).

Le temps carcéral est rythmé par le quotidien pénitentiaire, et la vie collective. Pour s'y adapter, un processus de métamorphose par « *fragmentation* » est amorcé (47). Fragmentation et dépossession de son identité lorsque le prisonnier se déleste de l'ensemble de ses affaires du dehors au niveau du greffe, ou encore lorsqu'il se plie aux fouilles nécessaires à chaque changement de bâtiments et à l'occasion d'un parloir. On peut rapprocher l'institution « prison » de ce qu'appelle Erving Goffman « *institution totalitaire* » (46), qui utilise un mécanisme dit de « *mortification* » par le biais d'une « *agression de l'identité* ». En prison, de par l'isolement et le dépouillement de l'individu, mais aussi par la perte de l'autonomie du sujet (en détention, l'homme devient soumis à un tiers pour les gestes élémentaires du quotidien), le détenu présente une « *dégradation de l'image de soi* » (Goffman. E cité par Chantraine Gilles. *La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France*. Déviance et société, Année 2000, Volume 24, Numéro 3, p. 297 – 318, p 303) (46).

Des atteintes successives aux droits fondamentaux des détenus et au principe de dignité humaine s'ajoutent à cette fragmentation de l'identité et participent à une précarisation et une exclusion de cette population déjà marginalisée. La conceptualisation des objectifs d'une peine d'emprisonnement peut être simplifiée par

deux buts et moyens différents (39). Tout d'abord, celui d'une version plus « civilisée » de la loi du talion qui subsiste depuis les premiers temps de l'humanité : la gravité d'une faute est mise en adéquation avec une durée de détention. La privation de liberté, bien commun élevé au premier rang par les philosophes des lumières et révolutionnaires, ne doit pas atteindre à l'intégrité et à la dignité du détenu, et elle s'oppose ainsi directement aux châtiments et atteintes corporelles historiques. La privation de liberté a également un objectif « utilitariste », visant à la dissuasion et découragement d'autres contrevenants, la neutralisation du détenu et la réhabilitation. Cependant, alors que seule la liberté d'aller et venir devrait être atteinte, d'autres libertés du détenu ne sont pas applicables ou respectées. En témoignent les nombreux témoignages de détenus relayés par des institutions indépendantes telles que l'OIP et le Comité contre la torture (ONU).

Pour Tanella Boni (écrivaine, philosophe et Professeure des Universités l'Université Félix-Houphouët-Boigny à Abidjan), le principe de dignité est altéré en premier lieu lorsque c'est l'intégrité du corps qui est atteinte (30). De par l'usage d'entraves physiques telles que les menottes pour toute extraction ou déplacement hors de l'établissement pénitentiaire, les fouilles à chaque changement de bâtiment ou avant et après les parloirs, la question de l'atteinte corporelle est posée. Les agressions physiques en détention, qu'elles soient entre détenus ou qu'elles impliquent les surveillants pénitentiaires, sont quotidiennes et majorées par la surpopulation carcérale de même que la violence contre soi (suicides, automutilations et grèves de la faim). Le nombre d'agressions envers le personnel serait de plus de 4000 par an (36).

La prison est un lieu de discriminations et d'inégalités. Discrimination des prisonniers entre eux quand il s'agit par exemple d'un passage à tabac, l'exclusion des « pointeurs »<sup>6</sup> ou l'usage du racket. Inégalité sur le plan matériel présente entre des détenus indigents et des prisonniers capables de s'offrir la location d'une télévision ou une amélioration de l'alimentation par les cantines.

Les atteintes à l'intimité sont constantes dans un milieu sous surveillance permanente : douches collectives, cloisons des toilettes de moins d'un mètre de haut.

Le droit du travail n'est pas respecté, les détenus n'ayant ni contrat de travail, ni protection sociale et ne cotisant que pour 1 à 3 trimestres contre 4 pour une personne libre en un an de travail. Les revenus sont très faibles, et le paiement « à la pièce » reste également d'usage (48).

Enfin les principes d'autonomie et de responsabilisation de la personne s'amoindrissent au cours de la peine de prison. Si le détenu a la chance de pouvoir effectuer un travail, celui-ci sera composé de tâches répétitives, au sens limité. Les formations, pouvant favoriser un projet de réinsertion sociale ou appuyer un aménagement de peine, se déroulent sur les mêmes plages horaires que le travail, ne permettant pas aux indigents par exemple, de cumuler les deux (34).

---

<sup>6</sup> Dans l'argot des prisons, le terme « pointeur » désigne les agresseurs sexuels, notamment violeurs mais aussi pédocriminels. (CNRTL et Wiktionnaire)

La prison française est donc un objet de la technologie de « *la discipline* » (Foucault, Michel. *Surveiller et punir*, Gallimard, « Collection Bibliothèque des Histoires », 1975, 352p), s'exerçant majoritairement dans des conditions de vétusté et au sein de locaux inadaptés, chez des patients souvent précaires à l'entrée et précarisés par la peine.

Outre des caractéristiques sociales particulières et en constante évolution, les détenus français présentent également un état de santé distinctif.

## Partie 3 : Etat de santé des détenus en France

Dans cette partie seront décrits l'état de santé des détenus français et notamment l'état de santé mentale, ainsi que l'offre de soins disponible en prison.

### I. Caractéristiques sociodémographiques des détenus : une population en mutation

#### a. Culture et communauté carcérale en évolution

Donald Clemmer dès les années 40, puis Gresham Sykes ou encore Sheldom Messinger, ont étudié l'institution carcérale et décrit une « *sous-culture carcérale* » (49). L'hypothèse d'une « sous-culture carcérale » serait celle d'une identité normative partagée par les détenus et « *dérivant des conditions particulières de vie des détenus* » (49). Deux modèles explicatifs à cette culture ont été proposés :

- Un modèle dit « *privatif* » ( G. Sykes, 1958) justifiant l'existence de cette identité en réaction aux privations multiples vécues par les prisonniers (dépouillement des effets personnels, perte de liberté et d'autonomie).
- Un modèle dit « *d'importation* » (John Irwin et Donald R. Cressey, 1962) évoquant une acquisition de « *valeurs criminelles* » hors et avant la prison (49), (50).

La culture carcérale s'exprimerait par le biais d'un « *code des détenus* », implicite et verbal, régissant les rapports entre les prisonniers (49). Certains points prédomineraient dans ces rapports codifiés : l'importance d'une loyauté entre les détenus entraînant une répression si trahison de celle-ci ; le nécessaire « *courage* » sans signe de faiblesse dans l'adversité ; ou encore l'absence de relation avec « *l'ennemi* », c'est-à-dire, la direction pénitentiaire et les gardiens (51),(49). Un

système hiérarchique serait ainsi à l'œuvre au sein de la prison s'établissant entre, d'un côté, « *un système de négociation continue et de compromis entre l'institution et la population carcérale* » (49), et de l'autre, un principe de solidarité et de cohésion ne laissant cependant que peu de chance à un détenu considéré comme « faible », qui ne répondrait pas à la mention du code du détenu : « être fort ».

Théorisée au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, l'histoire de la culture carcérale a connu une récente et rapide évolution. Francesca Vianello (chercheuse en sociologie du droit) explique ce changement récent au sein des prisons italiennes, en mettant en exergue deux processus : « *l'introduction de la logique de la récompense* » et une nouvelle composition sociale en détention (49). Ces deux facteurs distincts peuvent nous permettre de faire une analogie avec la situation des prisons françaises et leur culture carcérale. En effet, F. Vianello, décrit tout d'abord une évolution notable dans le fonctionnement carcéral par « *l'introduction de la logique de la récompense* ». En Italie, la loi Gozzini<sup>7</sup> (1986) a permis un accès plus large aux aménagements de peine, alternatives à la détention et réduction de peine, mais a également redéfini les règles d'accès aux activités au sein de la prison. Ainsi, l'idée d'un aménagement de la peine établi en fonction du comportement du détenu est introduit dans le fonctionnement pénal et impacte le code du détenu qui enjoignait à s'opposer à l'administration pénitentiaire. En France, l'accès aux aménagements de peine a été réfléchi dès la réforme Amor en 1945 avec la mise en place de la semi-liberté. Ces aménagements de peine peuvent porter sur les modalités d'exécution des peines mais aussi sur la durée de la peine d'emprisonnement. Dernièrement, la Loi du 23 mars 2019 a simplifié l'accès aux aménagements de peine pour les plus courtes peines ainsi que l'octroi de

---

<sup>7</sup> Loi n° 10 octobre 1986, n°663 de la République italienne

libération sous contrainte (52). Le principe de réduction de peines est également corrélé au comportement du détenu en détention, son intégration au sein des activités professionnelles, occupationnelles, ou encore son projet de sortie. En effet, les crédits de réduction de peine accordés de façon systématique au prisonnier, peuvent être retirés sur décision du juge si un comportement inadapté a été relevé par l'administration pénitentiaire. Les réductions supplémentaires de peine, elles, sont accordées selon le respect du « projet d'exécution de peine » incluant par exemple l'indemnisation aux parties civiles, la participation à une activité en détention. De même les aménagements de peine tels que la semi-liberté, le placement à l'extérieur et la détention à domicile sous surveillance électronique seront proposés si « *la personnalité et la situation du condamné le permettent, sauf impossibilité matérielle* » (53). Ces mesures privilégiant l'individualisation des peines remettent en question la logique et l'utilité de la culture carcérale telle qu'elle avait été théorisée il y a 60 ans.

Un autre facteur de transformation de la prison développé par F. Vianello est celui d'une mutation de la composition sociale carcérale (49). L'analyse italienne s'attache essentiellement à l'apport d'une population étrangère au sein des prisons italiennes. La majorité des détenus étrangers n'a pas de permis de séjour, est dénuée de liens sociaux avec l'extérieur de la prison et a souvent peu voire pas de ressources. L'absence d'accès à la langue s'ajoutant à ces privations serait un frein à une communication adéquate avec l'institution mais également avec les autres détenus, ces prisonniers n'ayant pas les « codes » pour « *se faire la prison* » (49). Dans le contexte carcéral de la prison française, on peut y ajouter l'impact probable du vieillissement carcéral. Ainsi, la population carcérale connaît un net vieillissement de par l'association de plusieurs facteurs : vieillissement de la population générale, pénalisation croissante et aggravation des peines encourues (pour exemple, le viol est

actuellement réprimé d'une peine de réclusion criminelle de 15 ans avec le nouveau Code Pénal de 1994 alors qu'elle était auparavant de 5 à 10 ans), développement de procédures alternatives pour les jeunes délinquants, infractions qui touchent des sujets plus âgés (30 % des détenus âgés de 50 à 60 ans sont des auteurs d'infractions à caractère sexuel, et représentent 65 % des plus de 60 ans (54)), un allongement du délai de prescription pour les crimes et délits sexuels (La loi du 27 février 2017 a porté le délai de prescription de droit commun en matière délictuelle et criminelle à 6 ans pour les délits et à 20 ans pour les crimes, les doublant ainsi).

**b. Des détenus vieillissants : vers une « prison-hospice » ? (34)**

Ce mot-valise, issu du rapport sénatorial sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires français, alertait déjà, il y a vingt-ans, sur un processus de vieillissement carcéral (34). Le vieillissement de la population générale française est un processus démographique bien connu, s'accroissant depuis 2011. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la part des personnes âgées d'au moins 65 ans représente 19,6 % de la population (19,2 % en 2017)(55). Cette part a augmenté de 4,1 points en 20 ans. Les 75 ans et plus connaissent eux aussi une forte augmentation (majoration de 2,4 points en 20 ans). Les projections de l'Insee estiment une poursuite de cette tendance avec, en 2040, environ un quart de la population française âgée de plus de 65 ans (56). La vieillesse carcérale est un phénomène plus marqué que celui de la population générale, du fait de l'association de plusieurs variables. Ainsi, au 1<sup>er</sup> octobre 2018, 11,8 % des détenus ont plus de 50 ans et 3,9 %, plus de 60 ans. Cette population a augmenté d'autant plus fortement (multiplication par 6,7), passant de 449 détenus en 1990, à 1564 en 2000 puis 3021 en 2015(57). Ce phénomène est international. En



2011, l'étude de Fazel et al. en relevait les conséquences : accentuation des maladies sévères et handicaps physiques en comparaison des détenus plus jeunes, et soulignait l'inadéquation entre incarcération et besoins sociaux et émotionnels de ces détenus âgés (58). En effet, le vieillissement carcéral pose de nombreuses questions, notamment aux professionnels de la détention.

Tout d'abord, la question de la place du soin à apporter au sein des prisons se pose chez une population particulièrement fragile au plan somatique (hypertension artérielle, troubles respiratoires et pathologies des articulations plus fréquentes que la population générale du même âge (58)) dont les pathologies, certes non spécifiques, apparaissent de façon plus précoce et plus aiguë. Cette population âgée est aussi plus fragile au plan psychique, avec une forte prévalence des troubles mentaux notamment des troubles de l'humeur et des troubles anxieux à type d'anxiété généralisée fréquent, et un risque suicidaire élevé (59).

En dépit d'un avis formulé le 22/11/2018, relatif à « *La prise en compte des situations de perte d'autonomie due à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.* » (60), l'institution pénitentiaire atteint ses limites face aux situations de handicap et de perte d'autonomie. Ces limites sont par exemple, l'absence de professionnels formés à ces situations de soins, un environnement inadapté (peu de cellules pour Personne à Mobilité Réduite (PMR), activités professionnelles non adaptées à la capacité physique des détenus, horaires contraignants...)(61), une part non négligeable de détenus concernés (82,5 % des détenus âgés de plus de 50 ans souffrent d'au moins une déficience contre 51,8 % en population générale, 36,2 % ont des difficultés pour voir, entendre ou parler, contre 18,4 % en population générale)(62).

Le phénomène de vieillissement carcéral interroge également sur le sens à attribuer à la peine. Les fonctions de protection civile et punitive de la peine semblent respectées, mais les fonctions d'amendement et de réinsertion paraissent plus discutables. Cela est d'autant plus net que la politique de réinsertion en France est essentiellement centrée sur la réinsertion professionnelle et que les aménagements de peine et les remises de peine supplémentaires se fondent essentiellement sur l'investissement en détention.

Devant les difficultés inhérentes à l'accueil de détenus âgés, des dispositions ont été prises pour permettre un allègement de la peine. En effet, l'article 729 du CPP, stipule que la « *nécessité de subir un traitement* » peut être un argument dans une demande de libération conditionnelle mais après écoulement de la période de sûreté. De plus l'article 82 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (63) allège les conditions d'octroi d'une libération conditionnelle pour les personnes de plus de 70 ans. Enfin, une mesure de demande de suspension de peine pour raison médicale est théoriquement applicable mais se confronte à une interprétation complexe et associée au concept de « fin de vie »(61).

### **c. « Trop de toxicomanes seulement usagers »(34)**

Les études effectuées en milieu pénitentiaire retrouvent une forte prévalence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. En effet, la consommation de tabac y est omniprésente, avec près de quatre personnes sur cinq fumeuses, et près d'un quart consommant plus de vingt cigarettes par jour (64). L'usage à risque le plus fréquent est alors celui lié au tabac (65 % de la population (65), bien supérieur à la prévalence en population générale de 27 % des 18-75 ans (66). Plus d'un tiers des

prisonniers présentent un trouble d'usage ou dépendance associé à l'alcool et/ou drogue (67). On remarque une évolution dans la part des produits consommés, la consommation de cannabis concernant un peu moins d'un cinquième des détenus et 3 % quand il s'agit d'une dépendance au cannabis (67). Ce taux est 5 fois plus élevé que l'usage des opiacés (67), auparavant trouble lié à la drogue retrouvé le plus fréquemment en prison. Cela peut s'expliquer à la fois par les tendances actuelles de consommation en population générale (usage dit problématique ou avec dépendance du cannabis concernant 3 % des 18-64 ans) mais également par une possible sous-estimation des autres drogues moins « tolérées » que le cannabis par l'administration pénitentiaire.

Selon les consommations, les caractéristiques pénales diffèrent. Par exemple, les consommateurs à risque de tabac associé à un autre produit sont plus souvent récidivistes (65 %) et plus fréquemment détenteurs d'antécédents judiciaires (83 %) en comparaison des non consommateurs et autres usagers (65).

Les comportements de polytoxicomanie chez les détenus sont fréquents, 29 % des consommateurs usent au moins de 2 des 5 produits que sont tabac, alcool, cannabis, médicaments, et autres drogues (65). L'outil européen « PRI2DE Europe : Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les DEtenu » (68) dévoile un moindre accès aux outils de réduction des risques infectieux au sein des prisons françaises, en comparaison des autres pays européens. L'obstacle principal serait la surpopulation carcérale française.

La population carcérale française se distingue de la population générale de par ses caractéristiques sociales. Sous-tendue par des principes appartenant au « code des détenus » qui participent à accroître la vulnérabilité des plus faibles. Elle est également plus sévèrement touchée par le vieillissement de sa population et comprend davantage de troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Ces mutations impactent la santé générale des détenus ainsi que leur prise en charge sanitaire en prison.

## **II. Des détenus aux besoins de santé conséquents : vers une « prison-asile »**

La surmortalité carcérale était déjà notifiée en 1868 au sein du Rapport du Docteur HERPIN, évoquant notamment un pic à 44 % de mortalité à la Maison d'Arrêt de Nanterre en 1865, alors que la mortalité était de 2,5 % à Paris à la même période (60).

Les causes principales de décès de l'époque, comprenant en particulier les maladies infectieuses et les mauvais traitements, ont encore une place dans nos prisons contemporaines. Les « Règles Nelson Mandela », régissant les préceptes du traitement minimal des détenus, instaurent en 2015 le « principe d'équivalence » (Règle 24-1) selon lequel : « *L'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique* » (69).

### **a. Etat de santé physique des détenus : des pathologies spécifiques et une mauvaise condition physique**

Parmi les 10 causes principales de décès chez les détenus, les 4 premières causes leur en sont également spécifiques : pathologies hépatiques chroniques, infection par VIH, passage à l'acte auto-agressif et les pathologies digestives. Les 6 autres motifs, partagés par la population générale sont les pathologies cardiovasculaires, oncologiques, cérébrovasculaires, respiratoires et infectieuses (70).

#### **1) Un mauvais état de santé somatique**

En 2016, la méta-analyse de Fazel et al. retrouve de façon constante un moins bon état de santé physique chez les détenus en comparaison de la population générale (71). Les études épidémiologiques qualifiant l'état de santé des détenus ciblent essentiellement les infections transmissibles et retrouvent des taux d'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) supérieurs à la population générale (environ 10 % des détenus dans les pays à revenus faibles, variables dans les pays à revenus élevés) ; il en est de même pour les infections à Virus de l'hépatite B et C (VHB et VHC) (58).

Les facteurs de risque de transmission de ces maladies infectieuses sont maintenant bien identifiés en détention : l'usage de stupéfiants en voie intraveineuse, des comportements sexuels à risque, non protégés, l'usage d'un matériel non stérile, le tatouage. A noter que la prescription de médicaments substitutifs aux opiacés a permis une nette diminution des contaminations par VIH (par la diminution de l'usage de drogues injectables et le partage de seringues) (58).

(1) *La tuberculose : maladie-symptôme de la condition carcérale*

En 2016, l'OMS rapportait plus de 10 millions de personnes ayant contracté la tuberculose dans le Monde, infection qui représente une des premières causes de mortalité (72). Tout comme les hépatites virales ou le VIH, le taux d'infection en détention est plus important qu'en population générale. Par exemple, le taux médian retrouvé en 2002 dans 13 pays d'Europe occidentale était de 90 cas pour 100 000 détenus, faisant de la tuberculose une problématique persistante de la détention (58).

La tuberculose représente une maladie caractéristique de la détention, de par les facteurs de risque identifiés : promiscuité et lieux confinés mal aérés, surpopulation carcérale, infrastructures inadaptées, turn-over important de la population, usage de drogues illicites, diagnostic tardif et thérapeutique non adaptées (73).

Outre les maladies infectieuses, la plupart des maladies chroniques (asthme, pathologies cardiaques, diabète, hypertension artérielle) sont davantage plus présentes qu'en population générale, avec une moitié des détenus qui souffre d'une affection chronique dans les prisons nord-américaines (74), (75).

**b. Etat de santé mentale des détenus : une prévalence élevée de troubles mentaux**

En 1903, Paul Sérieux constate 3 % de psychotiques dans la population carcérale (76). Fazel et al. retrouve des taux similaires de 3 à 7 % des hommes détenus et 4 % des femmes en détention (77). En France, l'étude de Falissard et al. publiée en 2006 retrouve des taux concordants de psychose en détention (12). La répartition au sein des psychoses retrouvées en milieu carcéral semble constante dans les études, de 75

% de schizophrénie et 25 % de psychoses paranoïaques (76). De façon plus générale, 30 % des détenus souffriraient d'un trouble psychiatrique grave (12). Cette prévalence élevée, représente des taux de 4 à 10 fois plus importants qu'en population générale (78), (12). On retrouve ainsi des taux de dépression caractérisée sévère variant de 10 à 17,9 % et des troubles de la personnalité chez 65 % des hommes et 42 % des femmes, majoritairement de type antisociale. La population féminine détenue est plus sévèrement touchée par le trouble mental (12), (77).

### 1) Hypothèses explicatives

Pour expliquer la prévalence élevée de troubles psychiatriques en population carcérale, plusieurs hypothèses ont été formulées et semblent s'intriquer.

#### *(1) Une pathologie préexistante sous-diagnostiquée avant l'entrée en prison*

L'une des hypothèses serait la préexistence de troubles avant la prison. Ces troubles pourraient être des facteurs de risque de comportements délictuels ou criminels. Dans ce sens, des études retrouvent des antécédents psychiatriques et un contact avec les soins psychiatriques antérieurs à la détention chez les détenus (12),(78). Ces troubles ne sont pas toujours diagnostiqués et pris en charge avant l'entrée en prison. La désinstitutionnalisation de la psychiatrie ayant mené à une limitation des hospitalisations temps-plein et de la durée des séjours au profit d'une prise en charge ambulatoire depuis les années 70 est pointée du doigt (79).

## (2) *Un défaut d'expertise psychiatrique*

Tout d'abord, les docteurs Gérard Rossinelli et Jean-Claude Pénochet désignent « *la comparution immédiate qui se passe d'expertise psychiatrique* » comme un des facteurs d'augmentation de la prévalence de troubles mentaux en détention (80). Cette absence d'expertise psychiatrique initiale empêcherait un aiguillage adapté du tribunal aux soins psychiatriques le cas échéant. S'ajouterait à cela la diminution de l'usage de l'irresponsabilité pénale définie par l'art. 122-1 du CPP. En effet, depuis l'ajout de la modalité « altération du discernement » à l'ancienne dichotomie « abolition » et « non abolition » du discernement, on constate un moindre usage de l'irresponsabilité pénale au profit de l'altération du discernement. De fait, en 1992, 493 irresponsabilité pénales ont été prononcées. En 2003, elles étaient 203 (81). De façon paradoxale, elle s'accompagne d'une sévérité accrue à l'égard des détenus considérés comme ayant présenté une altération du discernement. Ainsi, la durée de la peine peut être allongée, et augmentée en comparaison de celle de condamnés sans trouble psychiatrique notifié (81).

## (3) *La pathologie carcérale*

D'autres observations et études ont décrit une pathologie carcérale. Deux grands tableaux nosographiques ont été définis : la psychose carcérale et le choc carcéral. La psychose carcérale est connue sous les termes de « *paranoïa du criminel* », « *paranoïa de prison* », « *psychose carcérale* », ou encore « *psychose de l'isolement* » (82). Le tableau clinique est polymorphe mais essentiellement marqué par des idées délirantes à type d'hallucinations acoustico-verbales, accompagnées d'un syndrome de persécution marqué, évoluant de façon brutale et dès les premiers jours d'emprisonnement. Le pronostic serait favorable après soustraction du milieu carcéral.



Le choc carcéral serait une entité clinique signal d'une souffrance psychique liée au dépouillement général du détenu à son entrée en prison (perte de ses repères et habitudes, soustraction des effets personnels matériels, dépossession de son autonomie et d'un statut social) marquée par un état stuporeux voire d'abattement pouvant aller jusqu'aux passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, voire au suicide (83).

Le postulat initial d'une pathologie carcéral était celui de troubles mentaux déclenchés par l'environnement carcéral chez des individus sains, sans antécédent psychiatrique connu, par le fait de caractéristiques de la carcéralité, notamment l'isolement. Il semblerait plutôt que la détention influe sur des altérations mentales prémorbides, intégrant ainsi la pathologie dite carcérale dans le cadre plus large des pathologies réactionnelles (84). L'environnement carcéral stressant, pourvoyeur d'un « *sentiment élevé d'insécurité, de vulnérabilité, de peur et d'anxiété* » (85) (Vacheret, Marion et Lafortune, Denis. *Prisons et santé mentale, les oubliés du système*. Déviance et Société. 2011/4. Volume 35. 501p. p.487) pourrait favoriser une décompensation d'un trouble mental sous-jacent.

## 2) Implications

Être un détenu souffrant d'un trouble mental présente des implications judiciaires, sociales et sanitaires non négligeables en prison. En effet, les personnes souffrant d'un trouble mental présenteraient un risque significativement augmenté de réincarcération (86). Leur prise en charge globale au sein du système carcéral est rendue difficile par des violences. Ainsi, ces détenus sont plus souvent victimes de violences physiques en comparaison des codétenus sans trouble mental et des

membres du personnel pénitentiaire, générant un sentiment d'insécurité et d'anxiété (85). Chez ces patients, l'organisation non gouvernementale (ONG) « Human Rights Watch » décrivait en 2003 un usage plus fréquent des mesures disciplinaires comme le Quartier disciplinaire (87). Cet usage pourrait être favorisé par une méconnaissance de cette population par les surveillants pénitentiaires ainsi qu'une crainte (85). Nécessitant parfois un traitement médicamenteux, ils seraient également plus vulnérables aux trafics de médicaments selon M. Vacheret et D.Lafortune (85) .

### **c. Suicidalité et fin de vie en prison**

Le suicide représente une des causes de mortalité les plus fréquentes en prison dans le monde et d'autant plus en France où le taux est de 18,5/10 000 détenus, représentant une mortalité annuelle par suicide entre 7 à 10 fois supérieure en détention à celle de la population générale (88). La suicidalité en détention est le résultat de l'intrication de facteurs multiples, dont certains bien identifiés. On retrouve au premier rang des facteurs de risque individuels la présence de troubles mentaux, et tout particulièrement, les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les troubles anxieux. Il s'y associe des facteurs environnementaux tels que l'isolement physique par l'usage du quartier disciplinaire (15 fois plus de risque de passage à l'acte suicidaire). Ainsi que des facteurs de risque judiciaires comme la détention provisoire, une peine d'emprisonnement longue ou encore, la sortie d'incarcération (89).

Devant une importante suicidalité en détention, des dispositifs de prévention ont été mis en place. Ces dispositifs sont centrés sur le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques en détention, la formation de l'administration pénitentiaire au

repérage et à l'évaluation du risque suicidaire, et la diminution du recours à l'isolement physique.

Après une augmentation du taux de suicide annuel en détention en France, jusqu'à une fréquence d'un suicide de détenu tous les 3 jours en 2013, une diminution significative s'est engagée en 2014, date à laquelle la première UHSA voit le jour (79).

L'état de santé générale de la population carcérale en France est plus altéré que celui de la population générale. Le taux de suicide en détention en France est particulièrement élevé. C'est l'une des conséquences de cet état de santé mentale dégradé. Pour répondre à ces besoins de santé, une offre de soins à destination des détenus s'est déployée progressivement en détention et hors détention.

### **III. Offre de soins en détention et hors-détention : une articulation complexe avec le système pénitentiaire.**

C'est une succession de lois et décrets édictés principalement au XX<sup>ème</sup> siècle qui sont à l'origine du système de soin pénitentiaire. L'introduction du soin dans les prisons françaises est initiée par la Réforme Amor en 1945 suivant l'idée de « réinsertion du condamné ». La loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique instaure les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (90). En application de cette loi, le décret du 14 mars 1986 instaure la création des SMPR : Service médico-psychologique régional (91). Actuellement au nombre de 26, ils constituent les piliers de l'activité de consultation psychiatrique en prison. La filière de soins en milieu pénitentiaire est ensuite structurée par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 (92). En effet, la prise en charge sanitaire des détenus passe sous l'autorité du

Ministère de la Santé (auparavant à la charge de l'administration pénitentiaire). Ce transfert d'autorité permet d'établir des conventions entre hôpitaux et prisons et d'entreprendre un « *schéma national d'hospitalisation des personnes détenues* » (Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. JO du 31 août 2000, (93)). Cette loi enjoint également à la création des Unité de consultations de soins ambulatoire (UCSA). La loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d' « Orientation et de programmation pour la justice » consacre la création des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (94).

L'organisation du dispositif sanitaire carcéral repose sur 2 systèmes, somatiques (Dispositif de soins somatiques (DSS)) et psychiatriques (Dispositifs de soins psychiatriques (DSP)), évoluant de façon symétrique et organisés en 3 niveaux. (95)

#### **a. Les niveaux de soins**

##### Unité sanitaire de Niveau 1 :

Elle est représentée par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (anciennes UCSA), au nombre de 175. Elles se trouvent dans l'enceinte des établissements pénitentiaires accompagnées pour certains établissements d'un SMPR. Que ce soit pour le DSS ou le DSP, ce niveau de soins comprend l'ensemble des consultations de médecine générale, et de spécialité, ainsi que les activités de groupe des détenus majeurs ou mineurs (CATTP). Ses missions principales sont celles de repérage, prévention et réduction des risques. Mais aussi d'aide au maintien de la continuité des soins à la sortie. La liste des détenus placés dans les quartiers disciplinaires et d'isolement est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de

l'USMP. Les visites du médecin ont lieu deux fois par semaine, mais également à la demande d'un détenu ou sur signalement des surveillants pénitentiaires.

#### Unité sanitaire de Niveau 2 :

Elle comprend les soins qui requièrent une prise en charge à temps partiel.

En ce qui concerne les soins généraux, ils ont lieu en milieu hospitalier (établissement de rattachement). On peut nommer par exemple certaines activités de chirurgie ambulatoire ou encore des séances de dialyse ou chimiothérapie, non disponibles en prison. Une garde statique des forces de l'ordre est alors mise en place devant la salle au sein du service hospitalier dans lequel le détenu est hospitalisé.

Pour les soins psychiatriques, ils sont tenus en milieu pénitentiaire, au sein des unités sanitaires. L'hospitalisation de jour est assurée par les USMP porteuses d'un SMPR dont la plupart dispose d'une offre de soins de niveau 2, pour permettre un accès facilité du patient à ces activités. Durant l'hospitalisation de jour, les patients sont dans des cellules individuelles se trouvant à proximité immédiate de l'unité, dans un quartier spécifique, et elles sont gérées par l'administration pénitentiaire : entretien, équipement, surveillance sont identiques aux autres cellules. L'admission est proposée par un médecin et prononcée par le directeur de l'établissement de santé.

Pour les niveaux 1 et 2 de soins, les soins ne peuvent être que librement consentis. Ces unités disposent des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière.

Unité sanitaire de Niveau 3 :

Elle intègre les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

En ce qui concerne les soins médicaux généraux, ils peuvent être assurés au sein de l'établissement de santé de rattachement. Dans ce cas, le patient est installé dans une chambre sécurisée et une garde statique est assurée par les forces de l'ordre dans un sas attenant.

Ils peuvent également être effectués dans une Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI). Ces unités, dont les modalités d'exercice sont précisées par l'arrêté du 24/08/2000 sont au nombre de 8, réparties sur le territoire français. Structures hospitalières et non pénitentiaires, la sécurité y est cependant assurée par l'administration pénitentiaire. Là où l'hospitalisation en établissement de santé et en chambre sécurisée est davantage destinée aux hospitalisations urgentes ou programmées mais de moins de 48h, l'UHSI est préconisée pour des hospitalisations plus longues. Une alternative est l'Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) : établissement à vocation nationale dédié aux hospitalisations, programmées, non psychiatriques et sur orientation de l'USMP. Il est composé de 3 unités : Soins de suite et de réadaptation, consultations pluridisciplinaires et imagerie médicale.

En ce qui intéresse les hospitalisations psychiatriques, la prise en charge des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) peut être effectuée au sein d'un Etablissement de santé mentale, sur le secteur de psychiatrie générale, ou en UHSA. Plus rarement une hospitalisation peut être décidée en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

Avant la création des UHSA, la seule modalité d'hospitalisation en psychiatrie était le soin sans consentement en établissement de santé, dont les modalités sont régies par l'article D.398 du CPP (96). Elle tend à être de moins en moins utilisée devant l'absence d'alternative à la contrainte sous cette modalité mais reste une possibilité en l'absence de place disponible en soins sans consentement en UHSA. Les UHSA peuvent ainsi accueillir des patients en soins sans consentement dit « soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat » (SDRE) mais également avec leur consentement, en « soins libres ».

L'hospitalisation dite en HO (hospitalisation d'office) D398 est décidée par arrêté préfectoral suivant un certificat médical circonstancié. Contrairement aux hospitalisations complètes en somatique, il n'y a pas de garde statique. Cependant, la structure de soins n'étant pas spécifiquement adaptée aux patients détenus, un recours à la chambre d'isolement et à la contention physique est fréquent et ce, en l'absence de justification clinique. Dans une logique sécuritaire, certains services ne donneraient pas accès aux espaces et activités collectifs (97).

Dans le cadre d'indications très précises, une admission en UMD peut être décidée. Il s'agit d'unités dispensant des soins intensifs psychiatriques et possédant des mesures de sécurité renforcées à destination de patients présentant un danger pour autrui rendant leur maintien en unité conventionnelle difficile.

## **b. Les UHSA : des établissements à l'existence et à la fonction controversées**

La loi Perben instaure la création des UHSA en 2002 et l'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des 9 premières UHSA sur les 17 finales qui seront ouvertes (705 places au total) (98). La première UHSA ouvre à Lyon en 2010. Leur organisation et base de fonctionnement sont basées sur des règles identiques à celles en établissement pénitentiaire et nécessitent une coordination inter-institutionnelle. L'hospitalisation n'interrompt pas la peine ni le parcours judiciaire. Les UHSA constituent les seuls lieux permettant une hospitalisation complète en psychiatrie avec le consentement du patient détenu. Le terme « spécialement aménagée » correspond à la disposition des locaux de soins vis-à-vis des dispositifs de sécurité carcérale. Ainsi, le personnel pénitentiaire assure la surveillance et l'accès à la structure et se trouve en zone périphérique autour d'une zone de soin centrale. Un accès exceptionnel du service pénitentiaire aux locaux de soins et aux chambres des patients peut être demandé par le personnel hospitalier dans un objectif de sécurité (fouille et contrôle) ou lors d'agitation (articles R. 3214-5 et R. 3214-8 du Code de Santé Publique). Les soins qui y sont dispensés sont les mêmes et dans des conditions identiques à ceux effectués dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé. Deux principes régissent leur fonctionnement : « *la primauté du soin* » (malgré les règles liées à la condition carcérale) ; « *la double prise en charge* » (sanitaire et pénitentiaire) (99).

### 1) L'UHSA de Lille-Seclin

Ouverte en Juin 2014, l'UHSA de Lille-Seclin ainsi que huit autres UHSA fait partie de la première tranche du programme national de construction des UHSA. Elle est



rattachée au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille et au SMPR du centre pénitentiaire d'Annœullin. Elle dessert les régions Haut-de-France et Normandie, et bénéficie de 60 lits répartis sur 3 unités de soin. Ces unités se distinguent par la population accueillie, les modes d'hospitalisation et les motifs d'accueil. Ainsi, l'unité « Garance » est composée de 18 chambres individuelles et 2 chambres d'isolement accueillant une population mixte d'hommes en soins libres, femmes en soins libres et en SDRE et des mineurs. Elle est destinée à recevoir les situations de crise notamment suicidaires mais également les évaluations diagnostiques, et se porte davantage sur des hospitalisations de courte durée.

L'unité « Véronèse » a une capacité d'accueil de 24 lits dédiés uniquement à l'accueil d'hommes en soins libres, principalement dans le but d'accompagnement au long cours dans les soins psychiatriques et de préparer les patients à la sortie de détention. Enfin, l'unité « Majorelle » reçoit des hommes en SDRE au sein des 18 chambres dont 4 à sécurité renforcée. Ces services sont fermés à clé, toute sortie est accompagnée d'un soignant. Au sein de la structure, les secteurs de soin et pénitentiaire dans lequel se trouvent les parloirs sont séparés. L'UHSA de Lille-Seclin bénéficie également d'une salle de sport, de jardins et d'un terrain de sport extérieur.

## 2) Une création faisant débat

La création des UHSA s'inscrit dans un contexte précis.

D'une part, elle est pensée en réponse aux difficultés d'accueil des détenus au sein des secteurs de psychiatrie générale. Ainsi, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2001 révèle des hospitalisations en HO. D 398 « *peu propice à une prise en charge de qualité* » (97). Les durées d'hospitalisation seraient

« *anormalement courtes* », le détenu pouvant se retrouver « *attaché en permanence à son lit, interdit de visite et de promenade, privé d'accès à la cantine et à la télévision, relégué dans une cellule d'isolement inadaptée* » (97). Ces aménagements en hospitalisation sur le secteur peuvent être expliqués par une réticence des psychiatres de secteur face à cette population distincte. Ils peuvent être également interprétés comme une mise au premier plan de la dimension sécuritaire (par crainte de l'évasion), devant la mission de soin. D'autre part, la conception des UHSA se pense alors que les pouvoirs publics expriment une préoccupation majeure vis-à-vis de la question de la « *dangerosité* » (100) des contrevenants mais également des personnes souffrant de troubles mentaux. En 2004 « l'Affaire Romain Dupuy », du nom du jeune homme souffrant de schizophrénie ayant tué deux soignants du Centre Hospitalier de Pau, secoue la place publique. Les UHSA naissent dans l'objectif de résoudre une tension pour allier les dimensions de soin et sécuritaire. A peine pensées, ces unités font immédiatement face à une frilosité voire un rejet d'une partie des professionnels de la santé mentale en détention se cristallisant par la nuit blanche de protestation menée par des syndicats de soignants et de psychiatres lors de l'inauguration de la 1<sup>ère</sup> UHSA à Lyon en 2010. Les arguments en défaveur sont multiples (101) :

Tout d'abord jugées trop coûteuses, les UHSA mobiliseraient un financement conséquent, qui aurait pu être utilisé par les services de psychiatrie générale, et concerner un nombre plus important de patients détenus (81). Ces unités, surnommées par la presse « *hôpitaux-prisons* », participeraient à renforcer l'amalgame déjà présent entre enfermement carcéral et enfermement médico-administratif dans le cadre des soins psychiatriques. Cette confusion est d'autant plus prégnante que l'ouverture de centres de rétention de sûreté se fait de façon concomitante. Cette intrication entre logique pénale et logique sanitaire fait craindre

aux détracteurs de l'UHSA un appel d'air. Ainsi, l'existence d'unités comme les UHSA pourrait encourager les experts psychiatriques à privilégier le prononcément « d'altérations du discernement » plutôt que « d'abolition du discernement », estimant que ces personnes pourraient être soignées en UHSA. De plus, elle pourrait également inciter les magistrats à prononcer des peines d'emprisonnement à des individus aux besoins de soins psychiques prioritaires sur la peine. Une appréhension se porte également sur la crainte que les UHSA servent de « *simple soupape à la prison* » (102), créant une « *filière de soin ghettoïsée* » (101) pour les détenus, encerclée voire empiétée par l'administration pénitentiaire. Gérard Dubret dans son article « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction » dénonce ce projet qu'il estime contraire à l'éthique par l'usage de soins sans consentement chez des détenus, privés par essence de liberté, et considérés comme responsables pénalement mais pas assez lucides pour consentir à des soins (81).

Après leur mise en fonctionnement, le constat de bonnes pratiques a pu rassurer partiellement leurs détracteurs. On peut nommer par exemple la mise en place d'un règlement très spécifique aux UHSA, permettant une coopération sans inférence entre soignants et administration pénitentiaire ainsi qu'une absence de mention de la « *dangerosité* » potentielle des détenus dans leur admission.

Questionné sur une évaluation qualitative des UHSA en 2016, le Docteur David Michel, préconisait, en tant que Président de l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire), une nécessaire interprétation de la loi 2002 sur la Suspension de peine pour raison médicale « *dont ont été écartées d'emblée les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique* » (101).

### c. Une prise en charge sanitaire à parfaire

La cohabitation entre le monde pénitentiaire et le monde médical reste délicate. En prison, pour accéder à une consultation au niveau de l'Unité sanitaire, un intermédiaire de l'administration pénitentiaire est nécessaire, posant la question du respect du secret médical (nom du professionnel visible). La loi du 18/01/1994, censée garantir une offre de soins en prison comparable à celle proposée à l'extérieur, se confronte en pratique à une équité partielle sur le plan éthique et déontologique. De plus, l'articulation entre administration pénitentiaire et soins est éprouvée lorsque une extraction médicale est nécessaire (soins non réalisables en prison ou extraction en urgence). En effet, elle nécessite une coordination entre l'établissement pénitentiaire garantissant le transport et l'escorte vers l'hôpital de rattachement, et les forces de sécurité assurant la garde statique pour les soins somatiques.

Ces limites engagent de nouveau à se poser la question « *peut-on soigner en prison ?* » (93).

L'offre de soins somatique et psychiatrique en détention s'organise en plusieurs niveaux et en alliance avec les hôpitaux hors-détention. Des structures de soins uniquement dédiés au détenus ont été mis en place depuis une dizaine d'années (UHSA et UHSI) et permettent d'accueillir plus facilement cette population. Cette offre sanitaire reste cependant perfectible. La prise en charge de longue durée et hors détention pose problème.

## **Partie 4 : La suspension de peine pour raison médicale**

Dans cette partie, la suspension de peine pour raison médicale sera expliquée. Nous tenterons d'éclaircir son cadre légal. Nous décrirons ensuite le dispositif de la suspension de peine pour raison médicale avec un motif psychiatrique.

### **I. Description de la suspension de peine pour raison médicale**

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit la suspension de peine pour raison médicale par le principe suivant : tout condamné présentant un état de santé détérioré ne peut rester en détention si le pronostic vital est engagé ou si son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention (103). Auparavant, le détenu pouvait exceptionnellement bénéficier d'une libération conditionnelle médicale ou d'une « grâce médicale ». La loi Kouchner amène ainsi une simplification d'accès aux aménagements de peine pour raison médicale.

#### **a. L'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale.**

La suspension de peine pour raison médicale est une mesure « *d'individualisation judiciaire* » de la sanction (104) permettant de reporter l'exécution de la peine, sans l'annuler, si présence de motifs médicaux le justifiant et quels que soient l'âge du détenu, la durée et le motif de sa détention. Les conditions d'application de la suspension de peine pour raison médicale sont prévues par l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale (13). Les personnes détenues nécessitant un traitement médical peuvent également bénéficier d'autres mesures d'aménagement de peine dites

« classiques » : libération conditionnelle, semi-liberté, placement extérieur, placement sous surveillance électronique. Plus faciles à mettre en place (pas d'expertise nécessaire) mais sur lesquels nous ne nous appesantirons pas dans ce travail. Une mesure similaire à la SPRM existe pour les personnes prévenues, en détention provisoire. Il s'agit de la mise en liberté pour motif médical, définie par l'article 147-1 du CPP.

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2020

Modifié par Ordonnance n°2019-964 du 18 septembre 2019 - art. 35

« Sauf s'il existe **un risque grave de renouvellement** de l'infraction, la suspension 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 physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention** »(13).

**Tableau 1. Extrait de l'article 720-1-1 du CPP relatif à la suspension de peine pour raison médicale.** Extrait issu de Légifrance.gouv (13)

**b. Procédure de demande d'une suspension de peine pour raison médicale**

Un guide méthodologique relatif aux aménagements de peine a été publié en 2018 à l'intention des professionnels de la Justice et de la Santé (105). Il décrit la procédure de la suspension de peine pour raison médicale et le rôle des différents intervenants.

L'intervention est pluridisciplinaire puisqu'elle peut impliquer les rôles : du détenu, sa famille, son avocat, le médecin responsable du patient en détention, les surveillants pénitentiaires, le CPIP, le juge d'application des peines (JAP).

### 1) Repérage

La première étape consiste en un « repérage » des détenus qui pourraient bénéficier de cet aménagement de peine. Celui-ci peut être à l'initiative de toute personne en contact avec le patient (à noter que la famille ne peut pas signaler directement au JAP mais peut passer par l'intermédiaire du médecin référent).

C'est lors des Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) en établissement pénitentiaire, que pourront être évoquées les situations singulières de certains patients qui pourraient relever de la SPRM.

### 2) Certificat médical descriptif

Le détenu, son avocat ou le médecin informent l'administration pénitentiaire de la volonté d'accéder à cet aménagement de peine. Ils sollicitent ensuite un rendez-vous médical au cours duquel un certificat médical descriptif de l'état de santé du détenu lui sera remis en mains propres (article D. 382 du CPP). Le contenu du certificat médical initial (CMI) permet d'orienter le magistrat sur la nature de la demande de SPRM : engagement du pronostic vital, état de santé mentale ou physique incompatible avec la détention. De plus, le CMI aiguille le magistrat vers la qualité de l'expert à désigner pour la suite de la procédure (psychiatre, autre praticien spécialisé selon la pathologie en cause).

### 3) Saisie du JAP

La saisie du JAP se fait sous la forme d'une demande écrite, signée du patient ou de son avocat jointe au certificat médical. Dans le cas d'un détenu qui ne serait pas en capacité d'exprimer sa volonté, le certificat peut être réalisé et transmis aux proches (représentant légal, personne de confiance) et la demande notifiée au chef d'établissement.

### 4) Expertise médicale

L'expert est désigné par le JAP. Cet expert peut provenir de la liste établie par les cours d'appel et de cassation ou tout médecin de son choix. *Le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale* rappelle, en ce sens, qu'il est nécessaire que l'expert désigné ait une « *bonne connaissance du milieu carcéral et des conditions effectives dans lesquelles vivent et sont médicalement prises en charge les personnes qu'ils examinent* »(105). En effet, l'expert a pour mission d'éclairer le JAP sur l'engagement du pronostic vital de la personne évaluée et sur la compatibilité de son état de santé avec la détention. Cette compatibilité doit être estimée « *in concreto* »(105), c'est-à-dire, selon les conditions exactes et individuelles du détenu. Lorsque le détenu pour lequel la SPRM a été demandée est hospitalisé, l'expert devra prendre en compte « *un faisceau d'indices* »(105) (nombre d'hospitalisations, durée, motifs, possibilité d'un retour en détention). Pour l'aider dans sa mission, et après accord du patient (art. L 110-4 du Code de Santé Publique) l'expert peut se rapprocher des professionnels de santé ayant pu suivre le patient et consulter son dossier médical. L'expertise comportera donc des informations sur l'état de santé physique ou mentale du détenu, les



conditions de détention ou d'hospitalisation de la personne ainsi que les modalités de soins dont il bénéficie. Il devra préciser le caractère adapté de l'organisation des soins à l'état de santé présenté. L'expert dispose d'un temps imparti par le JAP pour accomplir sa mission.

#### 5) Autres sources d'éclairage

En application de l'art. 712-16 du CPP, le JAP peut, à tout moment, diligenter la réalisation d'examens, expertises, enquêtes qui l'aiderait dans sa décision. Ainsi, pour étayer ses conclusions, le JAP peut solliciter le SPIP afin qu'il rédige une synthèse socioéducative du détenu et permettre d'appréhender la « dangerosité » ainsi que le risque grave de renouvellement d'infraction. Il peut s'aider de l'avis du chef d'établissement sur le comportement du détenu en incarcération ainsi que sa position vis-à-vis de la demande de SPRM. De plus, Le recueil du point de vue du représentant de l'administration pénitentiaire est obligatoire. Il est à noter que, dans le cas d'une demande de SPRM en raison d'une incompatibilité durable avec la détention, le JAP doit s'assurer que toutes les mesures d'adaptation des conditions de détention ont été envisagées ou mises en œuvre (transfert d'établissement, aménagement).

#### 6) Débat contradictoire

C'est lors d'un débat contradictoire que la décision de SPRM est rendue. Lors de ce débat, la juridiction d'application des peines entend les réquisitions du ministère public, ainsi que le détenu ou son avocat. Ce débat peut prendre place en chambre du conseil, dans l'établissement pénitentiaire du détenu (usage de la visioconférence) ou encore sur le lieu d'hospitalisation. De façon exceptionnelle et en situation d'urgence

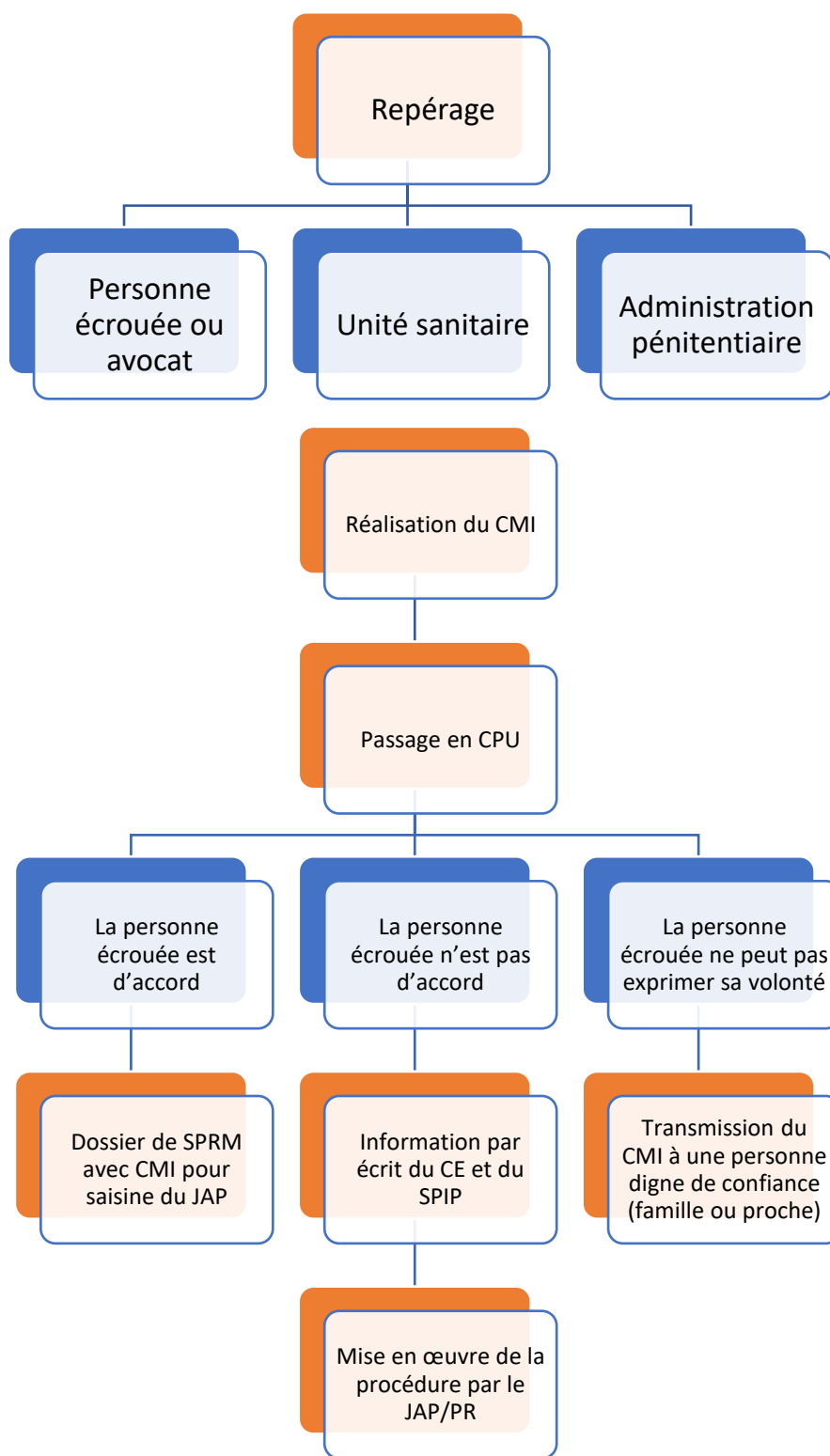
(pronostic vital engagé de façon imminente par exemple), le JAP peut statuer « hors-débat » (105).

### 7) Application de la mesure

A la libération pour SPRM, le greffe de l'établissement pénitentiaire procède à une levée d'écrou. La décision judiciaire n'a pas de durée déterminée (date de début fixée) et peut être assortie d'obligations et d'interdictions, par exemple : lieu de résidence déterminé par la juridiction (article D.147-2 CPP). Le suivi est effectué par le JAP et le SPIP du département. La structure d'accueil sera adaptée à la problématique du condamné (Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Unité de soins de longue durée (USLD), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), par exemple). En aucun cas cet établissement ne présente une responsabilité quant à la surveillance du patient.

La fin de la mesure peut être prononcée dans 3 situations : état de santé ne justifiant plus le maintien de la SPRM, non-respect des obligations ou des interdictions fixées initialement, présence d'un risque de renouvellement de l'infraction. Afin de vérifier que les conditions de la SPRM sont toujours réunies, une expertise médicale sera régulièrement effectuée (tous les 6 mois en cas de condamnation pour crime).

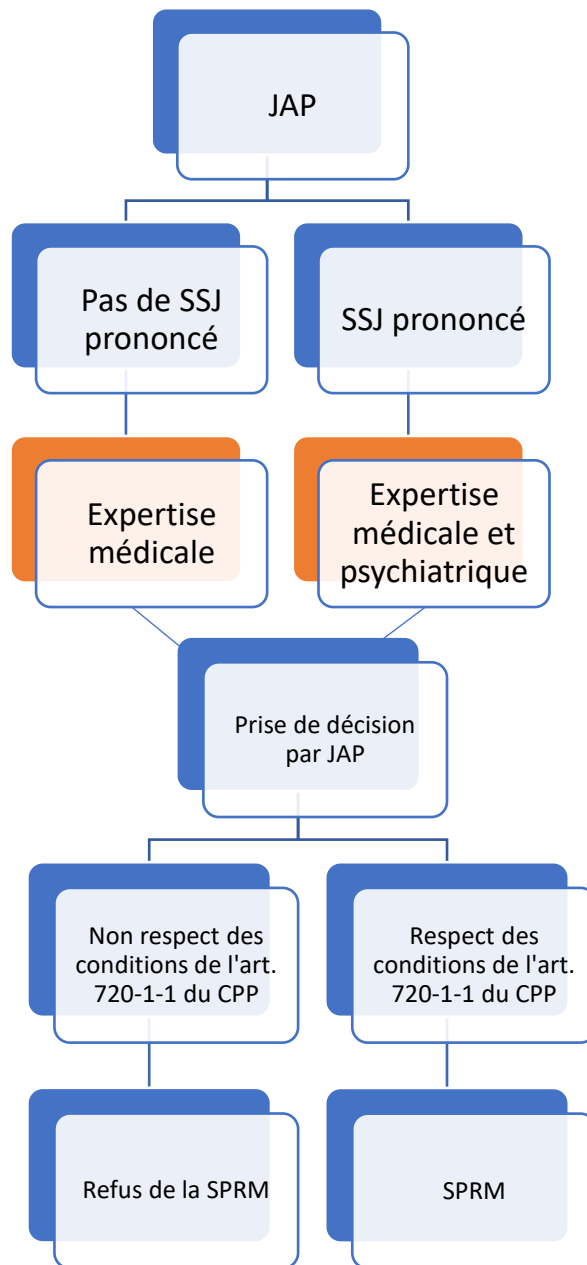
Dans le cas d'une absence d'amélioration de l'état de santé après plus de 3 ans de SPRM, l'ajout de l'article 729 du CPP la Loi n° 2014-896 du 5/08/2014 prévoit de pouvoir basculer vers une libération conditionnelle (106). Lorsque la SPRM s'interrompt, la personne est de nouveau écrouée (elle reprend le numéro d'écrou qu'elle avait avant la mesure). L'exécution de la peine privative de liberté reprend là où elle s'était arrêté avant la SPRM (105).



**Figure 1 : Logigramme de la procédure de demande de SPRM.**

CMI : Certificat Médical Initial  
 CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique  
 CE : Chef de l’Établissement  
 SPRM : Suspension de Peine pour Raison Médicale  
 JAP : Juge d’Application des Peines  
 PR : Procureur de la République

Logigramme adapté du « Logigramme 1 : Identification des besoins », issu du *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la remise en liberté médicale*, p111, Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.



**Figure 2 : Logigramme de la prise de décision judiciaire dans le cadre de la SPRM.**

CPP : Code de Procédure Pénale  
 JAP : Juge d'Application des Peines  
 SPRM : Suspension de Peine pour Raison Médicale  
 SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

Logigramme adapté du « Logigramme 2 : Traitement judiciaire de la demande de SPRM » issu du *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la remise en liberté médicale*, p112, Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.

**c. Chiffres d'application**

C'est le 23 Mai 2002 que le premier détenu bénéficie de cet aménagement de peine pour raison médicale. Celui-ci est atteint d'une infection au VIH au stade SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) avec atteintes cérébrales, pulmonaires et neurologiques (paralysie du membre inférieur droit). La suspension de peine est prononcée devant une incompatibilité durable avec la détention en lien avec une perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et la nécessité de l'aide d'un tiers. La poursuite de la détention est, de plus, considérée comme pouvant porter atteinte à la dignité de cette personne (107).

De 2002 à 2011, 925 demandes ont été formulées, 650 ont pu bénéficier de cette procédure (Cour des comptes, rapport public annuel 2014, février 2014) (108)) (109). Selon le Ministère de la Santé, les prisonniers concernés par cette mesure seraient 100 à 300 par an (107).

En ce qui concerne la suspension de peine pour raison médicale avec un motif psychiatrique, il n'y a pas de chiffre recensant les demandes effectuées mais à notre connaissance, aucune n'aurait abouti.

## II. Une procédure peu usitée : un cadre législatif restrictif et imprécis

### a. Anamnèse de la loi : une évolution liée à la jurisprudence

Depuis la création de la procédure en 2002, la France a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour une application jugée trop restrictive de cet aménagement de peine (110). La loi à l'origine de la SPRM, caractérisée de loi « *à vocation humanitaire* »(107), va connaître des évolutions au gré des jurisprudences afin de suivre les normes européennes et favoriser son utilisation<sup>8</sup>.

En 2005, la première modification porte sur le risque de récidive. Dès lors, il devient un motif d'exclusion du dispositif de SPRM par l'ajout de la phrase suivante « *sauf s'il présente un risque grave de renouvellement de l'infraction* » (Art. 720-1-1 du CPP modifié par *la loi n°2005-1549*). Cette même année, la chambre criminelle précise que pour répondre aux conditions d'une pathologie engageant le pronostic vital, celui-ci doit être « *à court terme* » (*Crim. 28 sept. 2005, n° 05-81.010, AJ pénal 2005. 461*). Il s'agit d'une précision jurisprudentielle, cette interprétation n'est pas inscrite dans l'art. 720-1-1 du CPP. Une procédure d'urgence est mise en place par la *loi du 24 novembre 2009* lorsque le décès est prévisible à très court terme (*loi n°2009-1436*). Celle-ci ne nécessite qu'un unique CMI du médecin responsable de la structure sanitaire. La réforme pénale du 15 août 2014 n'exige plus qu'une seule expertise médicale (au lieu de 2) et favorise l'octroi de la libération conditionnelle chez les personnes bénéficiant de SPRM depuis plus de 3 ans (*loi n°2014-896*).

---

<sup>8</sup> Annexe 4. Evolution de l'art. 720-1-1 du CPP selon les modifications apportées par la loi.

## **b. Des difficultés d'interprétation liées à une législation nébuleuse**

Plusieurs auteurs et médecins dénoncent une interprétation de l'art. 720-1-1 rendue difficile. En effet, les termes législatifs sont vagues et amènent à des interprétations multiples. La procédure reste complexe, malgré les améliorations et simplifications successives.

### 1) Pathologies concernées

En 2003, l'expertise de l'Académie de Médecine en matière de « *pathologies pouvant entraîner une incompatibilité à la détention* » est requise par le Ministère de la Santé. La réponse est équivoque : l'Académie exprime une impossibilité à lister des catégories diagnostiques et ne permet ainsi pas d'instaurer un consensus médical (111).

### 2) « Court terme »

La précision jurisprudentielle « *court terme* » adjointe à l'atteinte du pronostic vital selon l'interprétation de la chambre criminelle (*Crim. 28 sept. 2005, n° 05-81.010, AJ pénal 2005. 461*) est également source de questionnement.

Il n'existe en effet pas de définition légale ou médicale d'un « pronostic vital engagé à court terme ». Le Professeur Barlet estime qu'un délai de 1 à 3 ans peut justifier le « court terme » (107). Le rapport annuel de 2007 de la Cour de Cassation considère que l'expert peut caractériser de « court » un délai de plusieurs mois à une année (112). Dans l'article « Epistémologie de la transposition du pronostic en expertise dans le

cadre des suspensions de peine » (Ethique et santé, vol. 9- n°4, p.181-186. décembre 2012), A. Lagarrigue (PH à l'UHSI du CHU de Toulouse) s'appuie sur les propos de Martine Herzog-Evans (Professeur en Droit privé et sciences criminelles à l'Université de Reims) et propose un délai compris entre 3 mois et 1 an (113).

De fait, la prévision diagnostique est incertaine. Des études réalisées sur l'évaluation clinique de pronostics de pathologies oncologiques en phase terminale ont révélé une « *médiocrité pronostique* » (exacte dans moins d'un tiers des cas)(113). Le caractère expérimenté du praticien était associé à une meilleure qualité pronostique. A contrario, une relation médecin-malade ténue en diminuait l'exactitude. Elles rappellent ainsi que la médecine est une « *science molle* » (114), (113).

Il paraît également essentiel de rappeler la distinction existant entre les termes « pronostic vital » et « fin de vie ». En effet, cette loi humanitaire n'est pas destinée uniquement aux détenus en fin de vie. Elle ne doit pas s'exercer uniquement pour les situations d'urgence (107).

Enfin, les temporalités diffèrent entre magistrats et médecins (115). Urgence du temps judiciaire et urgence du temps médical ne concordent pas toujours. Aline Chassagne rapporte ainsi des témoignages de JAP relevant un « *manque de crédibilité* » de certains médecins initiateurs d'une demande de SPRM lorsque le délai d'engagement du pronostic vital diffère finalement de celui présenté (par le médecin) et attendu (à la barre du juge). (« Le juge, le médecin et le détenu. Regard critique sur la suspension de peine pour raison médicale ». Médecine et Droit 2019. 55-62).

A. Lagarrigue s'interroge sur cette caractérisation amenée par la jurisprudence qui pourrait être une réponse à « *l'inquiétude des juges* »(113). En effet, si le terme vital est proche, le risque de récidive est moindre.



### 3) Notion d'incompatibilité avec la détention

En ce qui concerne la terminologie « *maintien en détention* », il est important de rappeler que celle-ci correspond à la détention dite « ordinaire », par opposition aux UHSI, UHSA et EPNSF. Les hospitalisations en établissement spécialisé ne doivent pas servir d'alternative à la SPRM (105). Cependant, comme rappelé dans « *le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale* » (105), des hospitalisations répétées dans ces structures ne suffiraient pas à attester de façon automatique une incompatibilité durable de l'état de santé du détenu avec un maintien en détention. Dans le cas échéant, il est préconisé de prendre en compte la durée totale des hospitalisation, les motifs d'hospitalisation, la possibilité d'une perspective ou non de retour en prison ainsi que la prise en charge médicale nécessaire en détention. L'inadéquation d'un état de santé avec un maintien en détention doit être caractérisée vis-à-vis d'un lieu de détention en particulier (107). En effet, les offres de soins, la qualité des conditions de vie en prison, peuvent différer selon le lieu d'emprisonnement. L'application de la loi doit se penser au cas par cas.

Une des interprétations de « l'incompatibilité au maintien en détention » serait celle d'une « *perte de chance sanitaire* » (116) (109), c'est -à-dire, d'une offre de soins en milieu pénitentiaire inférieure à celle disponible hors-détention.

Au-delà de la « *perte de chance sanitaire* », la CEDH estime que c'est la dignité du prisonnier qui doit être prise en compte (109). Une interprétation partagée par d'autres professionnels de la santé comme en témoigne un médecin inspecteur de la DDASS (Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales) cité par Brice de Sandol-Roy (juriste) : « *Un établissement de santé est durablement incompatible avec le*

*maintien en détention lorsque la personne détenue ne peut plus vivre dignement et sans souffrance excessive là où elle est incarcérée » (107).*

### **c. Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive**

En filigrane de l'énoncé suivant «*Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction*» la question de l'évaluation de la dangerosité pénale émerge. Cette évaluation est essentielle puisqu'il s'agit d'un motif légal de refus de cet aménagement de peine. Elle est effectuée par un expert psychiatre qui estime le risque en prenant en compte le dossier pénal, les rapports des CPIP et le contenu d'un entretien psychiatrique. L'expertise psychiatrique dans le cadre de cette procédure laisse apparaître plusieurs difficultés.

Tout d'abord, elle participe d'une lourdeur administrative. En effet, les experts psychiatriques sont peu nombreux et, en conséquence, les délais d'expertise sont allongés.

Sa pertinence interroge. Il est rapporté un décalage entre une rapidité de la visite d'expert avec les enjeux de la procédure et un manque de connaissance du milieu carcéral (115), (104). Les critères d'évaluation sont essentiellement subjectifs (personnalité du patient, accès aux remords et à l'amendement) (115) et les pratiques expertales manquent d'harmonisation pour permettre une prise en charge égalitaire des prisonniers.

Cette expertise a une influence majeure sur la prise de décision du JAP dont la responsabilité est engagée et serait lourdement mise à mal en cas de récidive après

aménagement de peine (exemple du « Crime de Pornic »<sup>9</sup>). En conséquence, s'y ajoute une grande frilosité des magistrats éprouvés par de précédentes affaires médiatiques.

### **III. Le cas particulier de la suspension de peine pour un motif psychiatrique**

La suspension de peine pour un motif psychiatrique a connu historiquement « *Une interprétation unanime restrictive ou plutôt une autocensure* » (14) comme l'exprime le Dr. Michel David (Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et ancien Président de l'ASPMP) au sein de l'article *La suspension de peine pour raison médicale* publié en 2014 dans l'Information psychiatrique (vol. 90, p 8-10). En effet, le dernier alinéa présent dans la loi originale de 2002 : « *hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux* » a amené à un consensus d'exclusion de la procédure de tous les détenus souffrant de troubles mentaux alors même qu'il ne concernait que les détenus hospitalisés. Devant une interprétation législative excluant les personnes souffrant de troubles mentaux et participant ainsi à une inégalité de droit, le groupe santé-travail interministériel a demandé une modification des termes. La réforme de la loi de 2014 a finalement modifié la phrase ambiguë par : « *hors les cas des personnes détenues **admises en soins psychiatriques sans leur consentement*** », permettant en conséquence d'ouvrir la procédure de suspension de peine pour raison psychiatrique après 12 ans d'autocensure (14).

---

<sup>9</sup> Crime commis en 2011. L'auteur était multirécidiviste et sortait de détention au moment des faits. Des dysfonctionnements dans le suivi socio-judiciaire auraient été pointés.

Tout autant que pour la suspension de peine pour raison médicale somatique, les motifs psychiatriques pouvant amener à une demande d'aménagement de peine sont flous et sujets à interprétation individuelle.

La SPRM est un dispositif d'aménagement de peine dont l'usage et l'application pour un motif somatique restent restreints. L'art. 720-1-1 a connu des évolutions depuis sa conception initiale dans le but de favoriser son application, notamment dans le cadre de motifs psychiatriques. Malgré ces changements, la SPRM pour un motif psychiatrique, n'a à notre connaissance, jamais abouti.

## **Partie 5 : Mise en perspective autour du cas de Monsieur X.**

Après une partie théorique décrivant la condition carcérale dans son ensemble (conditions de détention, santé des détenus), nous allons tenter d'évaluer l'applicabilité de l'article 720-1-1 du CPP à la condition psychiatrique par le biais du cas clinique.

Le patient répond-il à l'une des conditions relevant de l'application de l'article 720-1-1 du CPP relatif à la suspension de peine pour raison médicale ?

### **I. Monsieur X. présente-il une pathologie psychiatrique engageant son pronostic vital ?**

#### **a. Un risque suicidaire élevé.**

Le Dr. Michel David considère les conduites suicidaires s'inscrivant dans des pathologies psychiatriques graves comme des motifs diagnostics pouvant entraîner une atteinte du pronostic vital et répondre à une des conditions de la suspension de peine pour un motif psychiatrique (« pronostic vital engagé »). Il définit ces pathologies comme des « *Atteintes sérieuses, durables et probablement irréversibles* » auxquelles pourraient correspondre la schizophrénie, les psychoses chroniques, les troubles graves de l'humeur, la mélancolie ou encore les déficiences mentales (14). Il précise de plus que les tentatives de suicides ne sauraient suffire à répondre à cette condition (« pronostic vital engagé ») puisqu'elles ne relèvent pas toutes de la psychiatrie.

### 1) Schizophrénie et suicide

Monsieur X. aurait fait, à notre connaissance, deux tentatives de suicide par IMV depuis le début de son incarcération appartenant ainsi au 20 à 50 % (117) des patients schizophrènes à commettre des tentatives de suicide.

Or, ils sont 10 à 13 % des patients souffrant de schizophrénie à se suicider, constituant la cause principale de mortalité non naturelle (117). Ce risque est 12 fois supérieur à celui de la population générale (118). Cette plus grande létalité est due à l'usage de moyens plus violents que dans la population générale. Elle traduit également une moindre ambivalence (117).

Certains facteurs sont associés à une augmentation du risque de conduites suicidaires chez les patients schizophrènes. Monsieur X. présente plusieurs de ces facteurs de risque : être un homme jeune, la présence d'antécédents personnels de tentatives de suicide, le sous-type paranoïde, les conduites addictives en détention, des épisodes aigus fréquents (118), certains effets secondaires des antipsychotiques, en particulier l'akathisie (119). La vulnérabilité est accrue lors des phases précoces, lors des décompensations aiguës, de rechute ou de dépression. Or, Monsieur X. a présenté à chaque retour en détention, une décompensation psychotique et anxieuse précoce, nécessitant un transfert en hospitalisation. Ces recrudescences hallucinatoires étaient composées d'hallucinations psychiques pseudo-hallucinatoires (voix perçus directement dans l'intimité de la pensée) au contenu négatif. On notait également des injonctions de passage à l'acte suicidaire : « tue-toi ». Selon l'étude de Harkavy-Friedman et al. (120) 35 % des raisons invoquées par les patients souffrant de schizophrénie au sujet de leur passage à l'acte suicidaire étaient des symptômes psychotiques.

On peut donc estimer que, dans le cas de Monsieur X., le retour en détention était donc également un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire.

## 2) Déficience mentale et suicide

Monsieur X. présente également une déficience mentale modérée. Des facteurs de risque de tentative de suicide chez les patients avec déficience mentale sont décrits dans la littérature. Ces facteurs identifiés se retrouvent pour la plupart dans le contexte de l'emprisonnement. En effet, nous avons expliqué dans une partie précédente que le milieu carcéral était un environnement pourvoyeur de stress multiples tels que l'isolement, le bruit, les agressions. Cet environnement pourrait même participer à l'émergence d'une « pathologie carcérale ».

Ainsi, les événements stressants, l'isolement social, les deuils mais aussi pertes de milieux de vie ou d'objets, les abus vécus, la présence de troubles concomitants, les problèmes de communication et la présence d'une déficience intellectuelle plus légère sont plus souvent associés à des comportements suicidaires (121). Monsieur X. semble être soumis à ces facteurs lorsqu'il est en détention.

## 3) Environnement carcéral et suicide

Enfin, le rôle du sentiment de désespoir est central dans le risque de tentative de suicide (122). L'espoir est utilisé comme outil de l'intervention de crise suicidaire. Or, comme le rappelle Cécile Bardon (Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, « Comprendre le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience mentale ou un trouble du spectre de l'autisme »,

*Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol 26. 2015) les notions d'espoir et de désespoir s'inscrivent dans une bonne compréhension du temps et de la représentation de soi et de son environnement (121). Ces capacités peuvent être altérées chez des patients présentant une psychose chronique, mais aussi dans la déficience mentale.

On pourrait également se poser la question de l'émergence d'un désespoir chez un sujet sain, détenu mais subissant les conditions de détention actuelles (surpopulation, vétusté) accompagnant l'isolement carcéral.

Monsieur X. présente un risque élevé de suicide en détention en France de par la présence d'une schizophrénie paranoïde non stabilisée en prison, et d'une déficience mentale modérée. Il pourrait ainsi prétendre à la condition d'une « pathologie engageant le pronostic vital » selon l'interprétation du Dr M. David. Cependant, il s'agit bien d'une interprétation et non d'un consensus admis sur le plan légal. La terminologie employée dans l'art. 720-1-1 semble difficile à appliquer au motif psychiatrique.



## **II. Monsieur X. présente-il un état de santé mentale durablement incompatible avec le maintien en détention ?**

*« Monsieur X est, de par sa maladie très vulnérable face aux conditions de détention »,*

Phrase extraite d'un courrier médical.

L'incompatibilité durable avec la détention serait la condition la plus souvent retenue dans le cadre de la demande de suspension de peine pour un motif psychiatrique, selon le Dr M. David (14) (nous ne disposons cependant pas de chiffres officiels pouvant confirmer cette assertion). Elle pourrait être interprétée de 2 manières différentes (14).

La première interprétation de cette condition légale serait le fait de présenter des *« caractéristiques d'une pathologie psychiatrique grave rendant insupportables les conditions de détention et pouvant perturber le fonctionnement de la vie pénitentiaire »* (14)(David, Michel. « La suspension de peine pour raison médicale », *L'Information psychiatrique*. 2014. Vol.90, p 8-10) en impactant les codétenus, le personnel pénitentiaire et les soignants prodiguant des soins dans des conditions peu adaptées à ces pathologies.

Il s'agirait ici de caractéristiques conséquences de la schizophrénie paranoïde présentée par Monsieur X.

**a. « Caractéristiques d'une pathologie psychiatrique grave rendant insupportables les conditions de détention et pouvant perturber le fonctionnement de la vie pénitentiaire »**

**1) Caractéristiques de la schizophrénie rendant insupportables les conditions de détention**

*« Le sujet s'engage toujours dans un mouvement de retrait d'investissement de l'environnement extérieur, du monde des objets comme du monde interne, de soi-même ». Azoulay, Catherine. Chapitre 5 : Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Les psychoses. Dunod, « Psycho Sup », 2013. p 235/480 (123)*

La symptomatologie d'une schizophrénie paranoïde peut rendre les conditions d'emprisonnement intolérables. Selon Senon et coll.(124), toutes les formes de schizophrénie se retrouvent en prison mais la forme paranoïde est plus facilement dépistée devant sa symptomatologie bruyante. En effet, on définit la symptomatologie de la schizophrénie selon trois dimensions : positive, négative et désorganisée. Le sous-type nosologique « paranoïde » est caractérisé par la prédominance d'une dimension dite « positive » représentée par des hallucinations et un délire.

Associée à cette symptomatologie hallucinatoire, le patient schizophrène peut présenter classiquement un trouble de l'ipséité. Ce trouble représente l'altération de la frontière entre le sujet et l'autre ainsi que l'identité même du sujet. Il peut se manifester de différentes manières : intrusion de la pensée, pensées imposées, ordres (« Tue-toi », « fais toi du mal » dans le cas de notre patient) ou encore par un syndrome d'influence (croyance de la personne que l'on contrôle ses propres pensées et

actions). On a pu voir que dans le contexte de la détention actuelle en France, l'intimité physique n'était pas respectée. Elle s'ajoute alors à cette perte d'intimité psychique.

De plus, le trouble de l'ipséité peut générer des angoisses majeures. C'est le cas de Monsieur X. Les angoisses psychotiques, nommées également angoisses de morcellement, angoisses de mort, angoisses de fin du monde ou encore angoisse néantisation, sont très intenses et pourvoyeuses de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

Le patient schizophrène présente également, et ce dès l'entrée dans la maladie, un trouble de la cognition sociale représenté notamment par un déficit de perception des émotions faciales ou encore une absence de théorie de l'esprit (125). Ce trouble impacte fortement l'insertion sociale dans un environnement dit « normal » (hors-détention) ainsi que le pronostic fonctionnel. Dans un milieu tel que la détention, on a pu voir que des règles implicites soutenaient les relations interpersonnelles. Ces règles appelées « Code du détenu » impliquent de respecter un principe de solidarité et de loyauté. Ce code indique également que le détenu doit « être fort », au cas contraire il serait dépouillé par ses codétenus. De par la psychose chronique et la déficience mentale dont il souffre, Monsieur X. ne sait pas « *se faire la prison* »<sup>10</sup> (49).

Le patient est ainsi très rapidement considéré par les équipes médicales qui le rencontrent, comme vulnérable vis-à-vis des autres détenus. En effet, il est victime à plusieurs reprises de racket et de violence physique et sexuelle. Cette vulnérabilité face aux autres détenus est même soulignée comme toujours présente alors qu'il et

---

<sup>10</sup> « *Savoir se faire la prison* » est une expression employée par les détenus pour signifier la capacité à gérer les relations interpersonnelles en prison, à moindre coût. Elle est rapportée par Francesca Vianello. « Communauté carcérale et transformations de la prison ». *Déviance et Société*. 2015/2 (vol. 39), p 151-169.

pris en charge à l'Hôpital de jour du SMPR. Elle est alors responsable de recrudescences anxieuses.

En fait, Monsieur M. se trouve en difficultés dans tout environnement où il ne fait pas l'objet d'une prise en charge et d'une surveillance individuelle.

On pourrait également entendre la situation de la perte d'autonomie comme une caractéristique de la schizophrénie rendant insupportable la détention. En effet cette situation de dépendance vis-à-vis des actes de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, déplacement) serait alors responsable d'une atteinte à la dignité du détenu (car non soutenu de façon adaptée en détention). A ce jour, Monsieur X. est autonome dans la plupart des tâches quotidiennes lorsqu'elles sont supervisées. Il ne s'agit pas encore du cas du patient étudié. Cependant, le tableau clinique initialement productif (hallucinations et idées délirantes) peut évoluer vers une forme hébéphrénique, où la dimension « négative » prédomine. Alors, le sujet présente progressivement un retrait social avec un appauvrissement du discours, une altération de la volonté et de la motivation ou encore une anhédonie. Ces symptômes sont à l'origine d'une importante incapacité fonctionnelle, et sont plus résistants au traitement.

## 2) Caractéristiques de la schizophrénie pouvant perturber le fonctionnement pénitentiaire

La présence de troubles du comportement à type d'auto et hétéro-agressivité pouvant mettre régulièrement en danger le détenu et son entourage en détention, pourrait ainsi perturber le fonctionnement carcéral. En effet, ces troubles sont difficilement apaisés par l'environnement carcéral « normal » (hors quartier disciplinaire, hors cellules du SMPR). Dès lors, à chaque épisode de troubles du comportement majeurs présenté

par notre patient (agitations psychomotrices avec saccage de sa chambre mais aussi comportements auto-agressifs allant jusqu'à la tentative de suicide), le patient a dû être transféré dans un lieu de soins. Ces transferts multiples sont effectués dans l'urgence et nécessitent une mobilisation des surveillants pénitentiaires. L'organisation carcérale s'en voit perturbée.

### **b. Sens de la peine hermétique**

Selon le Dr M. David, l'incompatibilité durable avec la détention peut également être considérée lorsque la pathologie psychiatrique sévère rend le sens de la peine hermétique au détenu. Lors d'une table ronde au sujet des aménagements de peine (« Table ronde : la problématique législative récente des aménagements de peine », 2013), Jean-Marie Lecerf (sénateur du Nord) fait ce constat : « *il y a dans nos prisons des personnes dont le discernement est tellement altéré que la peine n'a pour elles aucun sens* » (126). On a pu voir précédemment que le sens de la peine d'enfermement a évolué au cours de l'Histoire. Ce sens implique actuellement les notions d'amendement et de réinsertion sociale et professionnelle. Il est légitime de s'interroger sur la compréhension et l'usage que Monsieur X. fait de la détention. En effet, le patient souffre d'une schizophrénie difficile à stabiliser, évoluant à priori depuis l'adolescence et qui s'accompagne d'une déficience mentale modérée. Or, le fait de s'amender de sa peine implique une conscience civique mais aussi une représentation correcte des états mentaux des autres individus. Cependant, chez le patient souffrant d'une psychose, la théorie de l'esprit est altérée (125). De plus, l'amendement entend l'idée de « correction » de son comportement. Dans le cas de Monsieur X., le motif de détention (homicide) serait intervenu dans un contexte de décompensation délirante

et d'un abus de substances psychotropes. Le patient souffrant de schizophrénie peut-il amener une explication logique à des conséquences légales intervenues en contexte délirant ?

### **c. Analogie avec la situation des détenus vieillissant**

Tout comme les détenus vieillissant en détention, la politique de réinsertion via la peine d'emprisonnement pose question. En effet, on a pu voir plus tôt qu'un nouvel axe de la peine d'emprisonnement est celui de la réinsertion. La dispensation de remises de peine supplémentaires ainsi que les aménagements de peine se fondent largement sur l'investissement des détenus en prison. Cependant, les patients schizophrènes passent davantage de temps au quartier disciplinaire, de façon plus répétée et plus longue que le groupe contrôle, obtiennent plus difficilement la liberté provisoire et accèdent moins au travail en prison (127).

De plus, dès l'entrée en psychose sont décrits des troubles neurocognitifs touchant la mémoire de travail, la mémoire verbale, l'attention, la vitesse de traitement des informations, mais aussi les fonctions exécutives telles que la flexibilité cognitive ou la planification (128). Ces troubles, sans prise en charge adaptée, évoluent et sont responsables d'un handicap fonctionnel majeur pouvant aller jusqu'à la perte d'autonomie totale.

Devant les difficultés d'accueil en détention des détenus âgés (notamment la perte d'autonomie), des dispositifs d'allègement de la peine ont été mis en place. On pourrait envisager de tels dispositifs dédiés aux patients présentant un trouble psychiatrique grave.

Ainsi, Monsieur X. présente, de par sa pathologie, un accès limité au sens de la peine d'emprisonnement (amendement). Et de plus, bénéficie moins que les autres détenus sans trouble psychiatrique des « bénéfices » de l'emprisonnement (réinsertion sociale).

#### **d. Souffrances en lien avec la réclusion**

*« Le monde pénitentiaire est particulièrement délétère pour les patients chroniques qui se trouvent vite à l'écart des stimulations et des médiations relationnelles que la prison propose au détenu ».*

Macheret-Christe, F et Gravier, B. « Schizophrénie, psychose et prison ». *Psychiatrie et violence*. Edition spéciale. 2001.

Brice De Sandol-Roy dans « La Suspension de peine pour raison médicale : une parenthèse de la peine contre une parenthèse de la santé »(107) amène une autre interprétation possible de la condition légale « état de santé responsable d'une incompatibilité durable avec la détention ». Selon lui, la présence de « *souffrances en lien avec la réclusion* » (107) justifierait de cette incompatibilité.

Dans le langage judiciaire, on parle de « réclusion criminelle »<sup>11</sup> pour définir une peine criminelle où le condamné est privé de sa liberté et en principe, assujetti au travail. Cependant, dans le langage commun, on parle de « réclusion » pour définir l'état de celui qui vit retiré du monde, isolé. On a pu évoquer dans une précédente partie<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> La réclusion criminelle a remplacé les travaux forcés (1960). C'est la peine criminelle la plus élevée depuis l'abolition de la peine de mort (1981).

<sup>12</sup> Etat de santé mentale des détenus : une prévalence élevée de troubles mentaux

l'existence théorique d'une « pathologie carcérale ». Cet ensemble de troubles, dont font partie la psychose carcérale et le choc carcéral se développeraient particulièrement en conséquence de l'isolement vécu en détention. Les effets psychiques de l'isolement ont pu être étudiés par le biais du développement des « Supermax » (unités de sécurité maximum aux Etats-Unis) (129). Ces unités pénitentiaires sont pour la plupart enterrées sous terre, et ne bénéficient donc que d'une lumière artificielle. Les détenus, sont confinés jusqu'à 23h par jour et les contacts sociaux sont quasiment inexistantes.

Une étude effectuée chez 1550 prisonniers à Alcatraz et Marion par David A. Ward et Thomas G. Werlich retrouve 4 % de troubles psychotiques développés aux cours de la détention chez des patients sans antécédent psychiatrique (130). Le Dr. Stuart Grassian décrit en 1983 un syndrome psychiatrique spécifique de l'isolement composé d'une hyper-réceptivité aux stimuli extérieurs, une distorsion perceptive voire des hallucinations acousticoverbales, une anxiété majeure, des difficultés de concentration et d'attention, un syndrome de persécution et des manifestation auto et hétéro-agressives (131). Comme pour les psychoses carcérales, la soustraction à l'environnement permet une disparition des symptômes. L'hypothèse de l'apparition de ces symptômes serait l'effet cumulé d'un isolement sensoriel mais aussi social. Dès 1963, Paul-Claude Racamier voit dans les privations sensorielles une cause à l'affaiblissement du sentiment d'existence jusqu'à atteindre un état de dépersonnalisation. Privé de stimuli, le sujet est plus attentif à d'autres perceptions pouvant mener à des illusions (Racamier, P. *La privation sensorielle*. La Psychiatrie de l'Enfant; Paris, Vol. 6, N° 1, 1963 : 255).



Bien que Monsieur X. ne soit pas incarcéré au sein d'une « Supermax », certaines conditions d'emprisonnement sont partagées par toutes les prisons (enfermement, ennui, limitation des contacts sociaux). Les modifications des caractéristiques sensorielles sont également décrites dans des milieux de détention ordinaires (132).

On pourrait se poser la question du retentissement des conditions de l'isolement en termes de souffrance psychique sur Monsieur X., sujet souffrant déjà d'un trouble psychiatrique sévère, marqué par la désorganisation. A chaque retour en détention, et ce malgré une stabilisation en hospitalisation, le patient a présenté une décompensation psychotique comme « *réinfect(é) psychiquement* » par le retour à « *l'enfer de sa cellule* » (David, M. « Schizophrénie et détention : angles d'approche », *L'information psychiatrique*, 2010/2 (Vol. 86), pages 181 à 190) (133) .

#### **e. Une perte de chance sanitaire**

Une autre interprétation de la condition légale « *état de santé durablement incompatible avec la détention* » est apportée par Jean-Claude Bouvier (« Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait ». *Délibérée*, 2017/1 (N° 1), p 53 -58) (109). Le patient pourrait prétendre à une suspension de peine si l'incarcération lui faisait courir une perte de chance sanitaire. La perte de chance sanitaire pour un patient signifie qu'il bénéficierait, en détention, d'une offre de soins inférieure à celle attendue hors-détention. Elle entend également la notion d'inadéquation entre état de santé et lieu de détention. Dans le cadre des soins psychiatriques, Monsieur X. bénéficie d'une offre de soins composée de : un SMPR dispensant des consultations de psychiatrie, ainsi qu'un hôpital de jour. Les hospitalisations en psychiatrie se font à l'UHSA de Lille-Seclin ou sur le secteur si absence de place à l'UHSA. En théorie,

notre patient bénéficie d'une offre de soins en psychiatrie similaire à celle obtenue en dehors de la détention (soins ambulatoires (niveaux 1 et 2) et hospitalisations (niveau 3)). On ne peut donc pas conclure à une perte de chance sanitaire dans cette situation.

Cependant, on peut estimer que l'offre de soins n'est pas adaptée à la problématique de Monsieur X. En effet, il est hospitalisé depuis plusieurs années à l'UHSA et actuellement en soins libres. Cependant le patient ne veut, ni ne peut, retourner en détention, situation qui ne se produirait pas hors-détention. Les soins de niveau 1 et 2 puis les hospitalisations séquentielles n'ont pas suffi à stabiliser son état clinique. Chaque retour en détention était synonyme de nouvelle décompensation psychiatrique.

Ainsi, Monsieur X. présente une inadéquation de son état de santé avec le lieu de détention malgré une offre de soins optimale. En outre, accepter que le détenu malade reste en détention puisqu'il bénéficierait d'une offre de soins suffisante amène à un mésusage des lieux de soins pour les détenus.

L'offre de soins apportée à Monsieur X. est bien détournée de sa fonction initiale. Le patient bénéficie ici d'une hospitalisation longue à l'UHSA alors même que ces établissements n'ont pas été conçus pour des séjours de longue durée. Ce mésusage pourrait être un signal en faveur d'une suspension de peine pour un motif psychiatrique. Pourtant, selon « le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale (105) », des hospitalisations répétées ne suffiraient pas à attester « *de façon automatique* » d'une incompatibilité durable de l'état de santé du détenu avec un maintien en détention. Le cas échéant, il faudrait prendre en compte la durée totale et probable à venir des hospitalisations, les motifs d'hospitalisation, la perspective d'un retour en détention, la prise en charge

médicale. La première solution évoquée serait le changement de lieu de détention. On se trouve ici dans le cas d'un usage de l'établissement spécialisé (UHSA) comme alternative à la suspension de peine pour raison médicale. Cette situation n'est pas isolée, comme le rapporte l'IGAS dans un rapport sur les longues durées d'hospitalisations en UHSA sans perspective de retour en détention (134).

De par les conséquences de la schizophrénie et de la déficience mentale dont souffre Monsieur X, celui-ci présente une vulnérabilité accrue en milieu carcéral, empêchant tout retour en prison. Il pourrait ainsi prétendre à une SPRM pour motif psychiatrique répondant à « un état de santé durablement incompatible avec la détention ».

### **III. Evaluation du risque grave de renouvellement de l'infraction**

Le risque grave de renouvellement de l'infraction est une condition excluante à l'application de la suspension de peine pour raison médicale. Il ne s'agit pas d'une évaluation effectuée par le médecin qui requiert la demande de suspension de peine pour raison médicale pour son patient. Cependant, s'agissant d'une situation pouvant exclure le patient du processus de suspension de peine pour raison médicale, il peut être intéressant de l'aborder tout de même.

La notion de risque combine deux dimensions : les conséquences d'un évènement et sa probabilité d'occurrence. En médecine légale, lorsqu'on parle de risque de récidive, on aborde également la notion de dangerosité criminologique. L'évaluation du risque de renouvellement de l'infraction pour laquelle le détenu a été incarcéré, consiste donc en partie, en une évaluation de la dangerosité criminologique. La notion de dangerosité

est floue et discutée. Initialement concept issu du droit, la dangerosité est devenue fortement assimilée au domaine de la psychiatrie. Cette confusion est le fait de plusieurs facteurs. En effet, il s'agit déjà d'une confusion issue de la terminologie employée. On distingue ainsi la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique. La dangerosité criminologique correspond au risque présenté par un individu de commettre une nouvelle infraction. La dangerosité psychiatrique est définie comme le risque de passage à l'acte en lien avec un trouble mental (135). Cette distinction sémantique permet de rappeler que bien que les personnes souffrant d'un trouble mental sévère présentent une augmentation du risque de violence, leur implication dans les actes criminels est rare (5-10 % des auteurs d'homicide sont atteints de troubles mentaux (136)). De plus, la confusion peut être provoquée par le fait que ce sont les experts psychiatres qui peuvent se charger de son évaluation. De surcroît, comme le souligne, Jean-Louis Senon dans l'article « La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice » (137), cet amalgame est le fruit de politiques sécuritaires assimilant dangerosité et santé mentale. Enfin, la prise en compte de troubles mentaux comme facteurs de risque entre en compte dans l'évaluation du risque de récidive.

L'évaluation du risque doit se faire en 4 temps : repérer, analyser, évaluer, répondre (138). Elle peut s'aider d'instruments actuariels (modèles mathématiques de prédiction du risque) ou de guides d'entretien semi-structurés comme la HCR-20 (Historical Clinical Risk -20). Dans le cas de Monsieur X. l'évaluation de la dangerosité est mixte, criminologique et psychiatrique. Lorsque l'expert psychiatre se retrouve dans la situation de l'évaluation du risque de récidive d'un comportement violent chez un sujet souffrant d'une pathologie mentale, il doit rechercher les facteurs augmentant le risque

de passage à l'acte (135). En effet, le risque de violence est multifactoriel et semblerait être bien plus influencé par des facteurs tels que des comorbidités addictologiques, plutôt que la seule présence d'un trouble mental (139). Les facteurs de risque recherchés sont divisés en facteurs de risque statiques et facteurs de risque dynamiques. Ils seront recherchés dans 4 domaines : « *individuel, historique, clinique et contextuel* » (135). Monsieur X. présente une schizophrénie actuellement stabilisée par la prise en charge hospitalière. Dans le cadre de l'évaluation des facteurs cliniques, la présence d'une schizophrénie ne suffirait pas à estimer le niveau de dangerosité. Ce sont les symptômes productifs, la présence d'un syndrome d'influence ou encore un syndrome de persécution qui augmentent le risque de violence (140). Un trouble de la personnalité antisociale comorbide serait également à chercher (141). Ce n'est pas le cas de Monsieur X. D'autres facteurs comme les abus de substance ou d'alcool, une faible capacité d'insight, une difficulté dans la gestion de la colère ou encore une mauvaise observance thérapeutique doivent être recherchés (135). La prise en charge à l'UHSA a permis d'agir sur ces facteurs. Monsieur X. ne présente plus de troubles du comportement en hospitalisation, il n'y a plus de comorbidité addictologique et le cadre hospitalier permet d'assurer l'observance thérapeutique. Il serait également important de s'intéresser aux facteurs contextuels, plus particulièrement les facteurs stressants tels que la violence subie dans l'enfance et à l'âge adulte connus pour augmenter le risque de passage à l'acte violent (139). Monsieur X. a pu être victime de violences physiques et sexuelles lorsqu'il était en prison.

La prise en charge prolongée en UHSA avec extraction de l'environnement carcéral pur a permis finalement de diminuer également les facteurs de risque de violence et de renouvellement de l'infraction.

Cependant, cette évaluation pourrait être en défaveur de Monsieur X. En effet, A. Chassagne (« Le juge, le médecin et le détenu. Regard critique sur la suspension de peine pour raison médicale », *Médecine et Droit* 2019, 55-62) met en évidence le fait que dans le cadre de cette évaluation, la gravité des actes commis et à l'origine de l'incarcération est prise en compte par le JAP, alors même qu'elle n'est pas une condition légale nécessaire (115). Cette appréciation mettrait en jeu « *un classement moral* » allant du « *crime grave* » au « *crime monstrueux* » et faisant une différence entre crimes sur les biens et crimes sur la personne (115). A. Chassagne rappelle l'importance d'évaluer le risque de récidive pour le magistrat car cette évaluation implique sa responsabilité (115). Aux critères d'évaluation, s'ajoute la personnalité du patient-détenu déterminée à partir des rapports des CPIP et médecins. Cette appréciation est décrite comme subjective par A. Chassagne alors que « *pour obtenir une réponse positive, il est aidant que le requérant soit défini comme sympathique* » (115). Au vu des critères subjectifs et moraux intervenant dans l'évaluation du risque grave de renouvellement de l'infraction, on pourrait alors se demander quel serait le risque évalué pour Monsieur X, patient souffrant d'une schizophrénie, avec déficience mentale, incarcéré dans les suites de l'homicide involontaire d'une personne âgée dans un contexte de décompensation psychotique probable et sous l'emprise de substances psychoactives.

<p>Le patient pour qui la demande de suspension de peine a été faite peut ainsi présenter une pathologie psychiatrique engageant son pronostic vital et/ou une incompatibilité durable à la détention mais se voir rejeter l'aménagement de peine devant un risque évalué comme élevé de renouveler l'infraction pour laquelle il a été incarcéré.</p>
--

## Discussion

### I. Réponse à la question principale

Ce travail de thèse avait pour objectif de présenter puis d'évaluer l'applicabilité de la suspension de peine pour un motif psychiatrique en utilisant le cas clinique de Monsieur X., patient pour lequel une demande de suspension de peine a été formulée. En d'autres termes, il s'agissait de se demander si l'article 720-1-1 du CPP était adapté, en l'état, à la situation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique lorsque celui-ci était le motif de la demande de la suspension de peine.

L'exégèse du texte de loi par le biais du cas de Monsieur X. semble montrer une possible adéquation entre son état de santé et les modalités de la loi permettant son application. En effet, les deux conditions permettant de bénéficier de cet aménagement de peine (celle de pathologie engageant le pronostic vital et la notion d'un état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec le maintien en détention) peuvent être remplies. Cependant l'évaluation de cette application s'est faite par l'usage d'interprétations de la loi par des psychiatres. Il ne s'agit donc pas d'interprétations consensuelles. De plus, il ne s'agit pas d'interprétations jurisprudentielles, la jurisprudence étant inexistante dans le cas de la suspension de peine pour un motif psychiatrique. Enfin, cette évaluation ne prend pas en compte la décision du juge de l'application des peines. Or, l'applicabilité, ou capacité à appliquer une loi est « *l'autorité qui s'attache aux dispositions d'un texte de Loi pour régir une situation juridique donnée* »(3). Et comme le signifie Hans Kelsen, « *l'application du droit est en même temps création du droit (...) ces deux notions ne représentent pas une antithèse absolue* » (Hans Kelsen, *Théorie pure du droit*, traduit par Charles Eisenmann, Paris, Dalloz, 1962, p. 315). L'applicabilité de la loi implique une facilité

d'application de celle-ci. Pour permettre à la loi d'être appliquée il faut ainsi définir un consensus autour de cette application et favoriser le caractère non discriminant de celle-ci. En ce sens, l'art-720-1-1 du CPP présente plusieurs obstacles à son applicabilité aux motifs psychiatriques.

## **II. Obstacles à l'application de cette loi dans le cadre de motifs psychiatriques**

On retrouve des obstacles médico-légaux mais aussi sociopolitiques à l'application de ce dispositif.

### **a. Obstacles médico-légaux**

Tout d'abord, les difficultés semblent apparaître dès l'étape de la demande par le médecin en détention. En effet, lors de la tentative d'application des modalités de la suspension de peine pour un motif psychiatrique à notre cas clinique, il est apparu que la terminologie législative semblait peu adaptée à la condition psychiatrique.

Ainsi, la notion de « pronostic vital engagé », déjà difficile à évaluer dans le cadre de pathologies somatiques ne semble pas appropriée à la situation d'un patient psychiatrique qui présente une pathologie chronique et dont le terme vital est imprédictible.

Les termes employés sont flous et manquent de spécificité. Il s'agit d'un constat déjà formulé pour la demande de suspension de peine pour raison médicale. En effet, aucune liste de pathologies engageant le pronostic vital n'a pu être dressée



formellement par l'Académie de Médecine. Cette terminologie législative (« pronostic vital engagé » et « incompatibilité durable avec la détention ») peut alors amener, soit à une « auto-censure » des praticiens en milieu pénitentiaire qui ne saurait trouver une adéquation de l'état de santé psychique de leur patient avec les conditions de demande de suspension de peine pour raison psychiatrique. A contrario, si l'on se réfère aux interprétations de la loi réalisées par exemple par Michel David, les demandes de suspension de peine pour un motif psychiatrique pourraient affluer pour tout détenu présentant des conduites suicidaires dans le cadre d'une pathologie psychiatrique sévère.

Ensuite, un manque de communication et d'information des professionnels (notamment des psychiatres) en milieu pénitentiaire au sujet de l'existence de ce dispositif de soins est probable. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée lors de ce travail de thèse.

Enfin, dans certains cas de patients qui auraient pu bénéficier de la suspension de peine pour raison médicale avec motif psychiatrique, l'usage de solutions « palliatives » à cet aménagement de peine pourrait masquer la nécessité d'une démarche de demande de SPRM. En effet, il existe des solutions alternatives, inadaptées mais plus faciles à mettre en place à court terme. C'est le cas par exemple des hospitalisations de longue durée ou répétées à l'UHSA. Comme le rappelle M. David, il ne s'agit pas de la mission des UHSA et ne doivent pas être une solution « *ce qui est malheureusement toujours à craindre* » (David, Michel. « La suspension de peine pour raison médicale », *Information psychiatrique* 2014/1 (Vol.90), pages 8 à 10) (14).

## b. Obstacles lors de l'évaluation des JAP

Pour étayer cet argumentaire, un questionnaire a été diffusé par mail aux juges de l'application des peines de la région <sup>13</sup>. Malgré un nombre faible de réponses<sup>14</sup> ne permettant pas d'extrapoler les résultats, celles-ci présentent un intérêt par l'apport même de l'avis de professionnels de la Justice <sup>15</sup>.

Le motif principal de rejet de la demande de suspension de peine pour les JAP répondeurs au questionnaire était l'absence d'incompatibilité durable avec la détention. Cette réponse peut paraître étonnante. En effet, dans le cas de Monsieur X. l'incompatibilité avec la détention semblait plus aisée à démontrer que la présence d'une pathologie psychiatrique engageant le pronostic vital. La mission des juges et celle des médecins se distingue. La Justice vient sanctionner les actes et comportements interdits par la Loi, elle se doit de protéger la société. Le médecin va s'attacher à l'individu. L'absence d'application d'une mesure de suspension de peine pour raison psychiatrique, pour cause de non-incompatibilité de l'état de santé mentale avec la détention est-elle liée à une connaissance partielle de la souffrance liée à une pathologie psychiatrique sévère ou des conditions de vie réelles des détenus ?

*« La suspension de peine pour un motif psychiatrique est très rare. Je n'ai jamais été confrontée à un cas tel qu'il rendrait le maintien en détention durablement incompatible. Une suspension pourrait s'envisager sous réserve d'une prise en charge dans un lieu susceptible*

---

<sup>13</sup> *Annexe 5. Questionnaire sur la suspension de peine pour raison médicale avec motif psychiatrique à destination des Juges d'application des peines.*

<sup>14</sup> A ce faible taux de réponses, les JAP contactés évoquent un attrait vis-à-vis de la question de la SPRM mais expliquent être submergés par une charge de travail grandissante.

<sup>15</sup> *Annexe 6 : Réponses au questionnaire à destination des JAP.*

*d'accueillir le condamné. Je pense que c'est là la difficulté » (réponse issue du questionnaire).*

On sait que l'un des obstacles majeurs à l'application de la suspension de peine pour raison médicale est l'absence d'hébergement à la sortie. En effet, cette cause principale d'échec de la mesure de SPRM a été déterminée par le service d'application des peines du Tribunal de Grande Instance de Créteil lors d'un travail effectué entre 2005 et 2013 (109). Cet obstacle serait le fruit de plusieurs facteurs : peu de places en établissement de long séjour, des centres de longs séjours réticents à admettre des patients détenus, crainte des responsables de ces centres de devenir des auxiliaires de justice, détenu n'ayant maintenu que peu ou pas de lien social avec l'extérieur. Un des obstacles majeurs observé par le TGI de Créteil est également le manque d'information des détenus sur leurs droits (109).

On pourrait facilement transposer cet obstacle à l'application d'une suspension de peine pour un motif psychiatrique. Elle concerne des patients souvent précarisés et isolés socialement, et nécessitant des soins psychiatriques resserrés. Cependant, les places en structures psychiatriques sont limitées. Michel David rappelle ainsi qu'un des enjeux d'une plus grande application de la suspension de peine pour un motif psychiatrique (associée à la Loi Taubira développant les obligations et injonctions de soins) serait la gestion d'un afflux de nouveaux patients à prendre en charge sur le secteur de psychiatrie (14).

De plus, il n'existe pas d'établissements spécifiquement dédiés à l'accueil des patients bénéficiaires d'une SPRM ou de moyens adéquats sur les structures existantes.

L'absence de structures d'aval spécifiques pourrait ainsi prévaloir sur la présence de conditions de l'art. 720-1-1 dans l'application par les JAP de la suspension de peine pour un motif psychiatrique.

A la question 9 du questionnaire « *D'après notre expérience, un certain nombre de patients qui pourrait bénéficier de cet aménagement de peine est hospitalisé en UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée). Pensez-vous qu'il s'agisse d'une orientation préférable à la suspension de peine pour un motif psychiatrique ?* ». On retrouve la réponse suivante : « *Dans la grande majorité des cas, cette orientation en UHSA est en effet préférable* ». Ainsi, en dépit des UHSA dont la mission n'est pas de se substituer à la SPRM, celle-ci serait néanmoins préférable à la mise en place d'une SPRM selon les JAP questionnés. Il pourrait s'agir d'une adaptation des JAP à la situation de la psychiatrie de secteur, en difficulté pour accueillir ces patients.

Enfin, il serait légitime d'envisager l'influence sociétale et médiatique comme pourvoyeurs de freins à l'application de cette mesure. En effet, depuis plusieurs années, de nombreux amalgames sont issus des médias et font état d'un lien supposé en troubles psychiatriques et dangerosité. Ces ambiguïtés pourraient favoriser la réticence des JAP. Cependant, les réponses au questionnaire ne font pas état d'un usage régulier du motif « *risque de renouvellement de l'infraction* » comme motif d'exclusion à l'application de l'aménagement de peine.

### III. Pistes d'amélioration

Pour améliorer la situation de ces détenus susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale avec motif psychiatrique, il semblerait pertinent d'agir en amont, avant que ce dispositif soit nécessaire.

Dans ce sens, une amélioration de l'environnement carcéral paraît nécessaire. En effet, on a pu voir dans une précédente partie que les prisons françaises présentent des conditions de détention indignes. De par le fait d'une surpopulation tout d'abord. Ensuite, l'ancienneté et l'inadaptation des locaux ne permettent pas à une population en mauvais état de santé général de vivre dignement. De plus, il s'agit de lieux de trafic de substances psychoactives et de violences auxquels les détenus souffrant de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables. Enfin, bien qu'optimisée au cours des années, l'offre de soins reste dépendante et limitée par le fonctionnement carcéral. Ces conditions d'accueil et de prises en charge participent à l'incompatibilité avec la détention présentée par certains détenus. La cible prioritaire de cette amélioration semble être la surpopulation carcérale. Les solutions à cette surpopulation sont connues. Celle-ci pourrait être partiellement résolue par l'usage plus fréquent des aménagements de peine pour les personnes détenues dont la peine restant à effectuer est de moins d'un an. S'inspirer des pays ayant une politique de réduction de l'usage et de la durée des peines de prison (pays scandinaves, Allemagne, Pays-bas par exemple) par le biais de la dépénalisation ou l'usage de sanctions en communauté pourrait participer à la décroissance de la population carcérale.

Les difficultés d'accès à la suspension de peine pour raison médicale avec motif psychiatrique relancent également la question de l'usage de l'irresponsabilité pénale.

La meilleure solution ne serait-elle pas celle d'éviter la prison sujets souffrant de troubles mentaux sévères ?

Afin de favoriser l'application de cette « loi humanitaire » auprès des détenus souffrant de pathologies psychiatriques, il pourrait être envisagé d'engager des adaptations sur le plan de la loi à partir des obstacles constatés et hypothétiques décrits auparavant.

Pour faciliter les demandes de suspension de peine pour motif psychiatrique :

L'emploi d'une terminologie plus précise voire plus restrictive et adaptée à la pathologie psychiatrique semble essentielle. On pourrait ainsi imaginer dresser une liste de troubles définis ou de caractéristiques nécessaires pour l'application de la SPRM. D'autres critères en faveur d'une incompatibilité durable avec la détention pourraient y être ajoutés comme celui, par-exemple, d'hospitalisations répétées ou longues en UHSA. On pourrait s'inspirer de la proposition d'amendement de Nicolas About, rapporteur pour avis, lors d'une audience au Sénat (5 mars 2009, proposition n°203 (142)) énonçant que les détenus ayant effectué un séjour de plus de 12 mois en continu dans un SMPR devraient être placés dans des établissements spécialisés hors du milieu carcéral, durant le temps de peine restant.

Il serait également pertinent d'engager un état des lieux des connaissances des médecins travaillant en milieu carcéral sur le sujet de la SPRM. Le cas échéant, une meilleure information pourrait être transmise aux professionnels de la psychiatrie en détention mais aussi aux détenus eux-mêmes.

Afin de faciliter la circulation des informations et des notions médico-légales, l'articulation du dialogue entre psychiatres en milieu carcéral et JAP pourrait être

améliorée. Cette amélioration pourrait s'envisager par le biais de journées dédiées, congrès ou réunions pluridisciplinaires.

Pour faciliter l'application de la suspension de peine pour raison psychiatrique :

La création d'établissement spécifiques, psychiatriques, dédiés à l'accueil des patients ayant bénéficié d'une SPRM avec motif psychiatrique pourrait-elle faciliter l'application de cette mesure ? L'amélioration de l'accessibilité de la SPRM aux patients souffrant d'un trouble psychiatrique devra-t-elle passer par la restructuration du secteur de psychiatrie générale ?

Pour favoriser une égalité de prise en charge sanitaire et judiciaire des détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère, plusieurs adaptations de la loi pourraient contribuer à améliorer l'applicabilité de l'art.720-1-1 à ces patients.

A contrario, la création d'une loi dédiée et spécifique à la suspension de peine pour un motif psychiatrique ne semble pas pertinent. En effet, elle pourrait participer à maintenir l'exclusion et la dichotomie existant entre médecine somatique et psychiatrie.

## Conclusion

Dans le contexte actuel de la prison en France, marqué par la surpopulation carcérale et des conditions de détention difficiles, la suspension de peine pour raison médicale apparaît comme une solution potentielle aux détenus dont une pathologie somatique ou psychiatrique engagerait le pronostic vital ou entraînerait une incompatibilité durable avec la détention. Cependant, cette loi humanitaire apparaît être très peu usitée pour des motifs somatiques, et n'a, à notre connaissance, jamais été appliquée pour des motifs psychiatriques. Le cas de Monsieur X., nous a permis d'évaluer l'applicabilité de l'art. 720-1-1 relatif à la suspension de peine pour raison médicale, à un aménagement de peine pour un motif psychiatrique. Il nous a également permis d'exposer les difficultés d'application de la mesure de suspension de peine pour un motif psychiatrique. En effet, une demande de suspension de peine pour motif psychiatrique a été formulée pour Monsieur X., patient souffrant d'une schizophrénie paranoïde et hospitalisé depuis plusieurs années à l'UHSA de Lille-Seclin. De par sa pathologie invalidante et sa vulnérabilité propres aux conditions de détention, Monsieur X. pourrait prétendre à bénéficier de cette mesure d'aménagement de peine. Cependant, plusieurs obstacles à la fois médicaux-légaux et politiques semblent participer à la persistance d'une non applicabilité réelle de cette mesure. Les conséquences sanitaires de la non-applicabilité de la SPRM aux patients souffrant de troubles psychiatriques sont nombreuses et notables, participant à la chronicisation des troubles et l'enkystement des délires, mais aussi à une dépendance accrue face à laquelle, les dispositifs de soins en détention peinent à trouver des solutions adéquates. Des axes d'amélioration pour favoriser l'application de la suspension de peine pour motif psychiatrique pourraient comprendre une reformulation des termes



de la loi, une restructuration des secteurs de psychiatrie et la création de structures médico-sociales dédiées aux patients bénéficiaires de cette suspension de peine, ou encore une meilleure connaissance et articulation des acteurs judiciaires et sanitaires.

## **Annexe 1. Article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale relatif à la suspension de peine pour raison médicale**

---

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2020

Modifié par Ordonnance n°2019-964 du 18 septembre 2019 - art. 35

*« Sauf s'il existe **un risque grave de renouvellement** de l'infraction, la suspension 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 physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention** ».*

## Annexe 2. La schizophrénie résistante.

La schizophrénie résistante est définie chez un patient souffrant d'une schizophrénie par :

- une réponse insuffisante ou une absence de réponse
- malgré l'utilisation successive de **deux antipsychotiques différents**, dont un antipsychotique atypique
- sur une durée **d'au moins 8 semaines**
- à posologie jugée efficace.

On l'observe chez 30 à 50 % des patients

*Certains facteurs de risque sont identifiés :*  
durée de psychose longue sans traitement, un début plus précoce, et un histoire d'abus à l'alcool et aux drogues sous-type paranoïde.

*Avant toute stratégie thérapeutique :*

Prévoir un bilan cognitif, une imagerie, cérébrale, un bilan pharmacogénétique, des dosages médicamenteux..

*Modalités de prise en charge :*

CLOZAPINE, l'usage d'associations médicamenteuses avec d'autres psychotropes (autre antipsychotique, benzodiazépine, antidépresseur, thymorégulateur, antiépileptique), l'électroconvulsivothérapie, les thérapies comportementales et cognitives, la rTMS..

Les patients avec résistance aux traitements antipsychotiques ont *une qualité de vie inférieure* à celle des patients sans résistance ainsi qu'une altération plus marquée du fonctionnement social.

La CLOZAPINE est intéressante chez les patients présentant une résistance mais également des effets indésirables neurologiques difficiles à corriger. 30 à 60 % de ces patients répondent à la CLOZAPINE. Son usage reste limité devant des effets indésirables rares mais sévères comme l'agranulocytose, nécessitant des bilans sanguins très réguliers.

### Références :

- Frederick C. Nucifora, Jr. « Treatment Resistant Schizophrenia: Clinical, Biological, and Therapeutic Perspectives ». Neurobiol Dis. 2019 Nov; 131: 104257.

- V. Delaunay. « Les schizophrénies résistantes : définitions et conduite à tenir ». L'Encéphale, 2006 ; 32 : 925-6, cahier 4

## Annexe 3. Maladie de Niemann-Pick de type C.

La maladie de Niemann-Pick de type C (NPC) est **une pathologie neuroviscérale rare.**

Elle concerne 1/120 000 à 1/150 000 naissance en France et se transmet de façon autosomique récessive.

Son expression clinique chez l'adulte est **hétérogène, de début et progression insidieux.** L'âge moyen d'apparition est de 20,9 ans.

*Cliniquement*  
**une atteinte neurologique** (syndrome cérébelleux, mouvements anormaux, crises d'épilepsie) avec une altération cognitive constante évoluant **vers une démence avec perte d'autonomie.**

Dans **86 %** des cas, des **symptômes psychiatriques non spécifiques** sont décrits : manifestations psychotiques (55 % des cas), syndrome dépressif, troubles bipolaires, troubles du comportement.

Ils sont **parfois isolés et souvent atypiques** : confusion mentale, fluctuation symptomatique, réponse inhabituelle ou paradoxale au traitement, catatonie, altération cognitive progressive.

*La mutation* provoque une **accumulation** de cholestérol non estérifié et de glycolipides, en particulier de **glycosphingolipides cérébraux.**

Dans 50 % des cas, un diagnostic psychiatrique est posé (27 % schizophrénie, 23 % dépression).

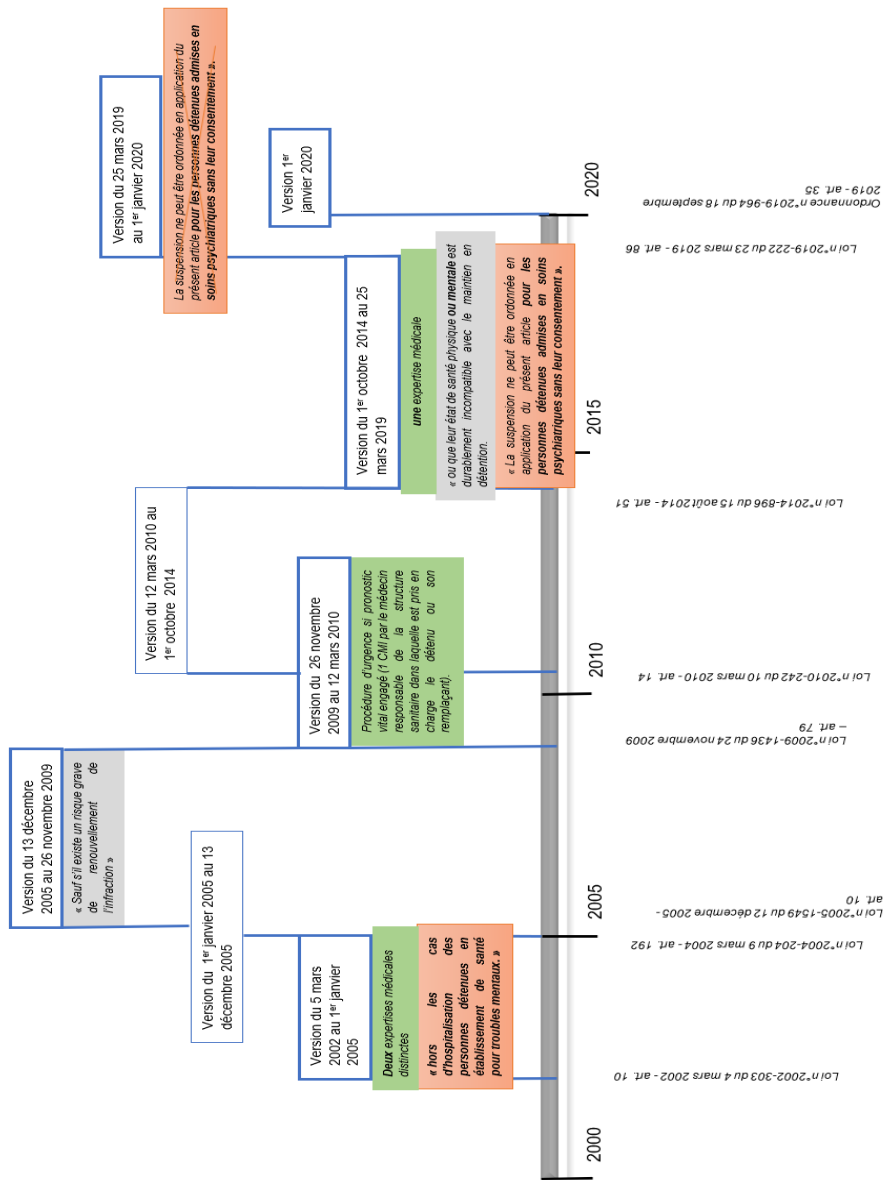
**Rechercher la NPC devant tout tableau psychotique atypique.**

### Références :

- A. Maubert, C. Hanon, F. Sedel, « Troubles psychiatriques dans la maladie de Niemann-Pick de type C chez l'adulte », L'Encéphale, Volume 42, Issue 3, June 2016, Pages 208-213

- A. Maubert, C. Hanon, J.-P. Metton, « Maladie de Niemann-Pick de type C chez l'adulte et troubles psychiatriques : revue de littérature », L'Encéphale, Volume 39, Issue 5, October 2013, Pages 315-319

# Annexe 4. Evolution de l'art. 720-1-1 selon les modifications apportées par la loi.



Référence : Légifrance.gouv

## **Annexe 5. Questionnaire sur la suspension de peine pour un motif d'ordre psychiatrique à destination des Juges d'application de peine (JAP).**

**Question 1 :** Au cours de votre exercice, avez-vous fréquemment eu des demandes pour une suspension de peine pour raison médicale (somatique) ?

- Oui
- Non

**Si oui**, pouvez-vous donner une moyenne par an ?

- <1 par an
- Entre 5 et 10 par an
- Plus de 10 par an

**Question 2 :** Au cours de votre exercice, avez-vous fréquemment eu des demandes pour une suspension de peine pour un motif psychiatrique ?

- Oui
- Non

**Si oui**, pouvez-vous donner une moyenne par an ?

- <1 par an
- Entre 5 et 10 par an
- Plus de 10 par an

**Question 3 :** A partir de ces demandes, combien ont abouti, en moyenne, à une suspension de peine pour raison médicale (psychiatrique et somatique) ?

- 0
- 0-25 %
- 25-50 %
- >50 %

**Question 4 :** Dans votre pratique, quels sont les obstacles les plus souvent rencontrés à l'application de cet aménagement de peine ?

- Risque de renouvellement de l'infraction
- Pronostic vital non engagé
- Incompatibilité durable avec la détention non démontrée
- Autre

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

**Question 5 :** Pensez-vous que les termes incluent dans l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale concernant la suspension de peine pour raison médicale soient trop restrictifs et/ou imprécis pour que cette disposition soit appliquée ?

- Oui
- Non
- Autre

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

**Question 6 :** La version antérieure à 2019 de l'article 720-1-1 précisait que « La suspension ne peut être ordonnée pour les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ». Ceci n'est pas le cas des détenus présentant une pathologie somatique. Pensez-vous que cette différence entre les détenus ait pu entraîner une inégalité de traitement, préjudiciable pour les prisonniers souffrant de troubles mentaux ?

- Oui
- Non
- Autre

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

**Question 7 :** La loi n°2019-222 du 23 mars 2019 - art. 86 a permis la disparition de la précédente mention, avez-vous constaté une différence d'application de la suspension de peine pour un motif d'ordre psychiatrique ?

- Oui
- Non
- Autre

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

**Question 8 :** Pensez-vous que cette disposition légale réponde à la situation actuelle des détenus souffrant d'une pathologie somatique ou psychiatrique sévère et chronique ?

- Oui
- Non
- Autre

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

**Question 9 :** D'après notre expérience, un certain nombre de patients qui pourrait bénéficier de cet aménagement de peine est hospitalisé en UHSA (Unité d'hospitalisation spécialement aménagée). Pensez-vous qu'il s'agisse d'une orientation préférable à la suspension de peine pour un motif psychiatrique ?

*Questionnaire diffusé par mail en juin 2021 aux JAP de la région.*

## Annexe 6. Réponses au questionnaire à destination des JAP.

**Question 1 :** Au cours de votre exercice, avez-vous fréquemment eu des demandes pour une suspension de peine pour raison médicale (somatique) ?

100 % des réponses : **oui**.

**Si oui**, pouvez-vous donner une moyenne par an ?

100 % des réponses : **entre 5 et 10 par an**.

**Question 2 :** Au cours de votre exercice, avez-vous fréquemment eu des demandes pour une suspension de peine pour un motif psychiatrique ?

66,7 % des réponses : **non**.

33,3 % des réponses : **oui**.

**Si oui**, pouvez-vous donner une moyenne par an ?

100 % des réponses : **moins de 1 par an**.

**Question 3 :** A partir de ces demandes, combien ont abouti, en moyenne, à une suspension de peine pour raison médicale (psychiatrique et somatique) ?

66,7 % des réponses : **plus de 50 %**.

33,3 % des réponses : **entre 25 et 50 %**.

**Question 4 :** Dans votre pratique, quels sont les obstacles les plus souvent rencontrés à l'application de cet aménagement de peine ?

100 % des réponses : **incompatibilité durable avec la détention non démontrée**.

**Question 5 :** Pensez-vous que les termes incluent dans l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale concernant la suspension de peine pour raison médicale soient trop restrictifs et/ou imprécis pour que cette disposition soit appliquée ?

100 % des réponses : **non**.

**Question 6 :** La version antérieure à 2019 de l'article 720-1-1 précisait que « La suspension ne peut être ordonnée pour les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ». Ceci n'est pas le cas des détenus présentant une pathologie somatique. Pensez-vous que cette différence entre les détenus ait pu entraîner une inégalité de traitement, préjudiciable pour les prisonniers souffrant de troubles mentaux ?

66,7 % des réponses : **oui**.

33,3 % des réponses : **non**.

**Question 7 :** La loi n°2019-222 du 23 mars 2019 - art. 86 a permis la disparition de la précédente mention, avez-vous constaté une différence d'application de la suspension de peine pour un motif d'ordre psychiatrique ?

66,7 % des réponses : **non**.

33,3 % des réponses : **autre**.

**Si « autre »**, pouvez-vous préciser ?

*« il paraît un peu tôt pour se prononcer sur une réelle évolution jurisprudentielle de la suspension en cas de pathologie psychiatrique, qui n'est pas encore vraiment perceptible deux ans après. »*

**Question 8 :** Pensez-vous que cette disposition légale réponde à la situation actuelle des détenus souffrant d'une pathologie somatique ou psychiatrique sévère et chronique ?

66,7 % des réponses : **oui**.

33,3 % des réponses : **non**.

**Question 9 :** D'après notre expérience, un certain nombre de patients qui pourrait bénéficier de cet aménagement de peine est hospitalisé en UHSA (Unité d'hospitalisation spécialement aménagée). Pensez-vous qu'il s'agisse d'une orientation préférable à la suspension de peine pour un motif psychiatrique ?

*« dans la grande majorité ces cas, cette orientation en UHSA est en effet préférable. »*

*« La suspension de peine pour motif psychiatrique est très rare. Je n'ai jamais été confrontée à un cas tel qu'il rendrait le maintien en détention durablement incompatible. Une suspension pourrait s'envisager sous réserve d'une prise en charge dans un lieu susceptible d'accueillir le condamné. Je pense que c'est là la difficulté. »*

## Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : amender, s'amender, être amendé - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/amender/2788>
2. Larousse É. Définitions : amende - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/amende/2785>
3. BAUMANN SB-A. Applicabilité - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/applicabilite.php>
4. BAUMANN SB-A. Droit - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/droit.php>
5. Jurisprudence - Fiches d'orientation - avril 2021 | Dalloz [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=DZ%2FOASIS%2F000573>
6. Comment définir la jurisprudence ? [Internet]. Juri'Predis. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.juripredis.com/fr/comment-definir-la-jurisprudence>
7. DALLOZ Etudiant - Fiches: La loi [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://fiches.dalloz-etudiant.fr/introduction-au-droit/detail/fiche/97/h/852d85060f.html>
8. Larousse É. Définitions : réclusion - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9clusion/67060>
9. Responsabilité pénale - Fiches d'orientation - avril 2021 | Dalloz [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=DZ%2FOASIS%2F000851>
10. Universalis E. 18-19 septembre 2002 - France. Suspension de la peine de Maurice Papon - Événement [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/evnement/18-19-septembre-2002-suspension-de-la-peine-de-maurice-papon/>
11. CEDH : la France condamnée pour ses prisons indignes - Administratif | Dalloz Actualité [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/cedh-france-condamnee-pour-ses-prisons-indignes#.YTz4Qt8682w>
12. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. déc 2006;6(1):33.
13. Article 720-1-1 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000039279123/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039279123/)
14. David M. La suspension de peine pour raison médicale. *Inf Psychiatr*. 18 févr 2014;Volume 90(1):8-10.
15. Christian Carlier MR, Christian Carlier MR. Histoire des prisons en France — De l'Ancien Régime à la Restauration. <https://criminocorpus.org> [Internet]. 18 juin 2007 [cité 30 juill



- 2020]; Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/chronologies/peines-et-prisons-en-france-de-lancien-regime-la-restauration/>
16. Gómez RE, Pasquier-Chambolle D. De l'enfermement et des lieux de réclusion. *Hypotheses*. 1 déc 2008;11(1):141-50.
  17. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 14 févr 2009 [cité 30 juill 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/246>
  18. Gassin R, Cimamonti S, Bonfils P. *Criminologie*. Dalloz. 2011; p48.
  19. Mai 1945. Les 14 points de la réforme pénitentiaire. <https://criminocorpus.org> [Internet]. 12 déc 2008 [cité 12 sept 2021]; Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-1945-a-nos-jours/les-14-points-de-la-reforme-amor/>
  20. Akrich M, Callon M. L'intrusion des prisons dans le monde carcéral français. *Le programme 13000*. :16.
  21. LOI n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (1). 2004-204 mars 9, 2004.
  22. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (1). 2014-896 août 15, 2014.
  23. Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Bureau de la donnée (DAP/SDEX/EX3). Statistique des établissements des personnes écrouées en France [Internet]. 2021. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Statistique\\_etablissements\\_personnes\\_ecrouees\\_France\\_2108.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablissements_personnes_ecrouees_France_2108.pdf)
  24. Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.
  25. Ministère de la Justice. Mesure de l'incarcération [Internet]. 2020. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Mesure\\_incarceration\\_decembre\\_2020.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_decembre_2020.pdf)
  26. Les structures pénitentiaires [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
  27. Prisons OI des. Budget de l'administration pénitentiaire [Internet]. [oip.org](http://oip.org). [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/budget-administration-penitentiaire/>
  28. Mbanzoulou P. L'architecture carcérale. *Droit Ville*. 2013;N° 76(2):121-34.
  29. Prisons OI des. Combien coûte la prison ? Quel est le coût comparé des alternatives à la prison ? [Internet]. [oip.org](http://oip.org). [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/combien-coute-la-prison-quel-est-le-cout-compare-des-alternatives-a-la-prison/>
  30. Boni T. La dignité de la personne humaine : *Diogene*. 2006;n° 215(3):65-76.

31. Chapitre II : Du respect du corps humain (Articles 16 à 16-9) - Légifrance [Internet]. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006136059/>
32. OMS | Journée mondiale de la santé mentale 2015: dignité et santé mentale [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2015\\_infosheet/fr/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/fr/)
33. >Ban Public - Le portail d'information sur les prisons [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://prison.eu.org/hcsp-population-carcerale>
34. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-449\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-449_mono.html)
35. Conditions matérielles – Observatoire International des Prisons [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/conditions-materielles/>
36. France : les prisons en 2020 [Internet]. Prison Insider. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.prison-insider.com/fichepays/france-2020-5e9db31082af2?s=populations-specifiques-5d9b19c2d4a4f>
37. Prisons OI des. Activités [Internet]. oip.org. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/activites/>
38. Loi du 5 juin 1875. <https://criminocorpus.org> [Internet]. 13 juin 2007 [cité 19 juin 2021]; Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/loi-du-5-juin-1875/>
39. Fassin D. L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale: Une anthropologie de la condition carcérale. Média Diffusion; 2015. 482 p.
40. Aebi MF, Berger-Kolopp L, Burkhardt C, Tiago MM, Council of Europe. Prisons in Europe: 2005-2015. 2019.
41. LIBERATION, AFP. Dans les prisons de France, 849 détenus dorment sur un matelas à même le sol [Internet]. Libération. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/societe/police-justice/dans-les-prisons-de-france-849-detenus-dorment-sur-un-matelas-a-meme-le-sol-20210308\\_EKY7C7NSTFCU7EUGYQ6CNOUSFI/](https://www.liberation.fr/societe/police-justice/dans-les-prisons-de-france-849-detenus-dorment-sur-un-matelas-a-meme-le-sol-20210308_EKY7C7NSTFCU7EUGYQ6CNOUSFI/)
42. Vanneste C. Pauvreté, précarité et prison : des liens de proximité inéluctables ? *Specificites*. 2014;n° 6(1):202-20.
43. Justice / Portail / Les chiffres clefs [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
44. Bilan\_annuel\_national\_enseignement\_milieu\_penitentiaire\_2017\_2018.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Bilan\\_annuel\\_national\\_enseignement\\_milieu\\_penitentiaire\\_2017\\_2018.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_annuel_national_enseignement_milieu_penitentiaire_2017_2018.pdf)

45. justice.gouv. Prévention de la récidive et individualisation des peines, Chiffres-clés [Internet]. 2014. Disponible sur:  
[http://www.justice.gouv.fr/include\\_htm/reforme\\_penale\\_chiffres\\_cles\\_plaquette.pdf](http://www.justice.gouv.fr/include_htm/reforme_penale_chiffres_cles_plaquette.pdf)
46. Chantraine G. La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France. :23.
47. Delarue J-M. Continuité et discontinuité de la condition pénitentiaire. Rev MAUSS. 19 nov 2012;n° 40(2):73-102.
48. Observatoire Internationale des Prisons, section française. Le travail en prison, en France, en 2020 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://oip.org/wp-content/uploads/2020/03/oip-travail-prison-2020.pdf>
49. Communauté carcérale et transformations de la prison [\*] | Cairn.info [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2015-2-page-151.htm>
50. Cabelguen M. Dynamique des processus de socialisation carcérale. Champ PénalPenal Field [Internet]. 5 janv 2006 [cité 20 juin 2021];(Vol. III). Disponible sur:  
<http://journals.openedition.org/champpenal/513>
51. Prisons OI des. Le code des détenus [Internet]. oip.org. [cité 20 juin 2021]. Disponible sur:  
<https://oip.org/temoignage/le-code-des-detenus/>
52. Article 74 - LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1) - Légifrance [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000038261696](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038261696)
53. Sous-section 4 : Du prononcé des peines (Articles 132-17 à 132-22) - Légifrance [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038313376/2020-03-24/>
54. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Bureau de la statistique et des études (Me5). Statistiques trimestrielles des personnes écrouées. Mouvements au cours du 4ème trimestre 2016. Situation au 1er janvier 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur:  
[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trimestrielle\\_MF\\_janvier\\_2017.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_MF_janvier_2017.pdf)
55. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur:  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
56. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
57. Sanchez J-L. Caroline Touraut, Vieillir en prison. Punition et compassion. Paris, Champs social éditions, coll. « Questions de société », 2019, 256 p. Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines [Internet]. 6 mars 2020 [cité 9 févr 2021]; Disponible sur:  
<http://journals.openedition.org/criminocorpus/6961>
58. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. The Lancet. 12 mars 2011;377(9769):956-65.

59. Mission de recherche Droit et Justice » Étude transversale multicentrique de l'état de santé mentale des détenus âgés et de leur prise en charge pénitentiaire [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/tude-transversale-multicentrique-de-ltat-de-sant-mentale-des-dtenus-gs-et-de-leur-prise-en-charge-judiciaire-mdico-psychologique-et-pnitentiaire/>
60. Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.
61. Touraut C. Les professionnels face aux personnes détenues âgées. Cah Justice. 2016;N° 2(2):319-31.
62. Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement. :12.
63. Article 82 - LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (1) - Légifrance [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000021312466](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021312466)
64. adsp n° 44 - La santé en prison [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=85>
65. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. Sante Publique (Bucur). 2006;Vol. 18(2):223-34.
66. Michot I. Julien Morel d'Arleux Coordination : Julie-Emilie Adès Maquette : Frédérique Million Documentation : 2019;8.
67. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 4 janv 2007;2:1.
68. Michel L, Maguet O, Calderon C, Jauffret-Roustide M, Carrieri P, Taieb C, et al. Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les DEtenus. :35.
69. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). :40.
70. Mumola CJ. Medical Causes of Death in State Prisons, 2001-2004 [Internet]. American Psychological Association; 2007 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e603802007-001>
71. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. Lancet Psychiatry. sept 2016;3(9):871-81.
72. Allgayer MF, Ely KZ, Freitas GH de, Valim AR de M, Gonzales RIC, Krug SBF, et al. Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. Rev Bras Enferm. oct 2019;72(5):1304-10.
73. Simpson PL, Simpson M, Adily A, Grant L, Butler T. Prison cell spatial density and infectious and communicable diseases: a systematic review. BMJ Open [Internet]. 23 juill 2019 [cité 24 mars 2021];9(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6661645/>
74. Bui J, Wendt M, Bakos A. Understanding and Addressing Health Disparities and Health Needs of Justice-Involved Populations. Public Health Rep. 6 mai 2019;134(1 Suppl):3S-7S.

75. Maruschak LM. Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmates, 2011-12. 2015;23.
76. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2004;162(8):646-52.
77. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet.* févr 2002;359(9306):545-50.
78. Tyler N, Miles HL, Karadag B, Rogers G. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 sept 2019;54(9):1143-52.
79. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté - ScienceDirect [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448715001079>
80. Qui est irresponsable ? | Cairn.info [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-3-page-173.htm#>
81. Dubret G. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. *Inf Psychiatr.* 2008;Volume 84(6):543-50.
82. Karl Wilmanns Heidelberg, Paul Nitsche Dresden. *The History of the Prison Psychoses.* 1912. (Nervous and mental disease monograph series; vol. 13).
83. Lhuillier, Dominique, Lemiszewska, Adona. *Le choc carcéral : survivre en prison.* Paris: Bayard; 2001.
84. Benezech, Lamothe, Senon. *Psychiatrie en milieu carcéral.* 1990;
85. Vacheret M, Lafortune D. Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Deviance Soc.* 2 déc 2011;Vol. 35(4):485-501.
86. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry.* janv 2009;166(1):103-9.
87. Abramsky S, Fellner J. *Ill-equipped: U.S. prisons and offenders with mental illness.* New York: Human Rights Watch; 2003. 215 p.
88. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population.* 2014;Vol. 69(4):519-49.
89. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Médicale.* 1 janv 2019;48(1, Part 1):46-54.
90. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
91. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. 86-602 mars 14, 1986.
92. LOI no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1). 94-43 janv 18, 1994.

93. Kanoui-Mebazaa V, Valantin M-A. La santé en prison. *Trib Sante*. 2007;n° 17(4):97-103.
94. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
95. Ministère de la justice, ministère de la santé et des solidarités. *Prise en charge sanitaire de personnes placées sous main de justice*. 2018.
96. Article D398 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000023410936/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000023410936/)
97. France, Inspection générale des affaires sociales. *Les institutions sociales face aux usagers: rapport annuel 2001*. 2001.
98. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
99. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ/MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste\\_20110005\\_0100\\_0076.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0076.pdf)
100. Lancelée C. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. *Regards*. 31 juill 2017;N° 51(1):245-55.
101. Prisons OI des. Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA [Internet]. oip.org. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/les-psychiatres-demandent-une-evaluation-des-uhsa/>
102. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(6):525-35.
103. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
104. Traulle É, Werbrouck A, Manaouil C. La suspension de peine pour raison médicale. *Médecine Droit*. août 2006;2006(79-80):142-6.
105. Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé. *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale* [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bo/2018/20180831/JUSK1821900J.pdf>
106. Article 729 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038313952/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038313952/)
107. de Sandol-Roy B. La suspension de peine pour raison médicale: Une parenthèse de la peine contre une parenthèse de la santé. *Droit Déontologie Soins*. 1 mars 2004;4(1):4-15.
108. *Le rapport public annuel 2014* [Internet]. Cour des comptes. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2014>
109. *Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait* | Cairn.info [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deliberee-2017-1-page-53.htm>

110. CEDH, AFFAIRE HELHAL c. FRANCE, 2015, 001-152257 [Internet]. AHJUCAF; 2015 [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://juricaf.org/arret/juricaf.org/arret/CONSEILDELEUROPE-COUREUROPEENNEDESROITSDELHOMME-20150219-001152257>
111. Situations pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées, suite à l'article 720-1-1 du code civil de procédure pénale [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2003 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-dune-suspension-de-peine-pour-raison-medicale-des-personnes-condamnees-suite-a-larticle-720-1-1-du-code-civil-de-procedure-penale/>
112. Cour de cassation [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.courdecassation.fr/publications\\_26/rapport\\_annuel\\_36/rapport\\_2007\\_2640/etude\\_sante\\_2646/epreuve\\_protection\\_2647/externes\\_activite\\_2649/sante\\_systeme\\_repressif\\_11381.html](https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2007_2640/etude_sante_2646/epreuve_protection_2647/externes_activite_2649/sante_systeme_repressif_11381.html)
113. Lagarrigue A, Bayle P, Dedouit F, Telmon N, Rougé D. Épistémologie de la transposition du pronostic en expertise dans le cadre des suspensions de peine. *Éthique Santé*. 1 déc 2012;9(4):181-6.
114. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 19 févr 2000;320(7233):469-72.
115. Chassagne A, Godard-Marceau A. Le juge, le médecin et le détenu. Regard critique sur la suspension de peine pour raison médicale. *Médecine Droit*. juin 2019;2019(156):55-62.
116. Janas M, Vella M. Les difficultés d'application de la suspension de peine médicale. 2003;
117. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. *L'Encéphale*. 1 avr 2009;35(2):176-81.
118. Loas G. Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2009;167(6):446-9.
119. Reutfors J, Clapham E, Bahmanyar S, Brandt L, Jönsson EG, Ekblom A, et al. Suicide risk and antipsychotic side effects in schizophrenia: nested case-control study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2016;31(4):341-5.
120. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, et al. Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. *Am J Psychiatry*. 1 août 1999;156(8):1276-8.
121. Bardon C, Morin D, Ouimet A-M, Mongeau C. Comprendre le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. *Rev Francoph Défic Intellect*. 18 mai 2016;26:102-16.
122. Kim C-H, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*. 1 mars 2003;60(1):71-80.

123. Azoulay C. Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie [Internet]. Dunod; 2013 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-psychose--9782100594078-page-235.htm?contenu=resume>
124. Macheret-Christe F, Gravier B. Schizophrénie, psychose et prison. *Psychiatr Violence*. 2001;1074840ar.
125. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull*. nov 2008;34(6):1211-20.
126. Lecerf J-R. Table ronde : la problématique législative récente des aménagements de peine. Propos de Jean-René Lecerf. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 7 oct 2013 [cité 18 sept 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/2505>
127. Morgan DW, Edwards AC, Faulkner LR. The adaptation to prison by individuals with schizophrenia. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1993;21(4):427-33.
128. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. juill 1998;12(3):426-45.
129. Arrigo BA, Bullock JL. The Psychological Effects of Solitary Confinement on Prisoners in Supermax Units: Reviewing What We Know and Recommending What Should Change. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. déc 2008;52(6):622-40.
130. Ward DA, Werlich TG. Alcatraz and Marion: Evaluating super-maximum custody. *Punishm Soc*. janv 2003;5(1):53-75.
131. Grassian S. Psychiatric Effects of Solitary Confinement. 22:60.
132. Smith PS. The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature. *Crime Justice*. 2006;34(1):441-528.
133. David M. Schizophrénie et détention : angles d'approche. *Inf Psychiatr*. 2010;Volume 86(2):181-90.
134. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées [Internet]. 2018 déc. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_uhsa-t1-d.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_uhsa-t1-d.pdf)
135. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(8):745-52.
136. Fazel S, Grann M. The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime. *Am J Psychiatry*. 1 août 2006;163(8):1397-403.
137. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;Volume 88(6):407-14.
138. Montleau F de, Clervoy P, Bichra Z, Southwell G. La dangerosité en psychiatrie. *Perspect Psy*. 2005;Vol. 44(3):226-33.



139. Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 févr 2009;66(2):152-61.
140. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of Assaultive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv*. 1 juill 2003;54(7):1012-6.
141. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res*. 15 oct 2005;78(2):323-35.
142. Sénat - Compte rendu analytique officiel du 5 mars 2009 [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: [http://www.senat.fr/cra/s20090305/b\\_s20090305\\_81.html](http://www.senat.fr/cra/s20090305/b_s20090305_81.html)

**AUTEUR : Nom : YTHIER**

**Prénom : Julia**

**Date de soutenance :** 5 octobre 2021

**Titre de la thèse :** La suspension de peine pour raison médicale avec motif psychiatrique : évaluation de son application à partir d'un cas clinique

**Thèse - Médecine - Lille « 2021 »**

**Cadre de classement :** *Psychiatrie*

**DES + spécialité :** *Psychiatrie adulte*

**Mots-clés :** suspension de peine pour motif psychiatrique, aménagement de peine, application, cas clinique, limites

La suspension de peine pour un motif psychiatrique est une mesure d'aménagement de peine qui découle de la suspension de peine pour raison médicale (SPRM). Défini par les termes de l'art. 720-1-1 du Code de Procédure Pénale (CPP), ce dispositif légal s'adresse aux détenus, condamnés, souffrant d'une pathologie engageant le pronostic vital ou présentant un état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec la détention. Le contexte carcéral actuel français est marqué par une surpopulation et des détenus à l'état de santé plus altéré qu'en population générale. On considère qu'un détenu sur 3 souffre d'un trouble mental. Cette loi humanitaire pourrait bénéficier aux détenus souffrant d'une condition psychiatrique ne permettant pas leur maintien en détention. Cependant, malgré une révision substantielle de son contenu en 2019 visant à favoriser son application aux motifs psychiatriques, la SPRM avec motif psychiatrique n'a, à notre connaissance, jamais été appliquée. Ce travail se propose, par l'usage d'un cas clinique, d'évaluer l'applicabilité de l'art.720-1-1 du CPP aux motifs psychiatriques et de mettre en exergue les obstacles qui limitent son accessibilité jusqu'à présent. Le cas étudié est celui d'un détenu souffrant de schizophrénie, pris en charge à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Lille-Seclin et pour qui une demande de SPRM pour motif psychiatrique a été formulée. Plusieurs auteurs et psychiatres ont tenté de faire l'exégèse de la loi pour faciliter son application aux motifs psychiatriques. En partant de ces interprétations non consensuelles, le patient étudié pourrait prétendre à bénéficier d'une SPRM. Néanmoins, du droit au fait, l'application de la suspension de peine pour motif psychiatrique révèle ses limites à la fois médico-légales et politiques. C'est notamment l'absence de structure de soins adaptée à la sortie qui se dessine comme obstacle majeur à son application. Pour favoriser une égalité d'accès aux droits des patients souffrant de pathologies psychiatriques, des axes d'améliorations pourraient être proposés, tels que la modification de la terminologie légale employée dans l'art. 720-1-1 du CPP vers un vocable plus adapté à la condition psychiatrique, un usage de l'UHSA qui ne dépasse pas ses fonctions initiales, ou encore, l'adjonction de moyens aux structures d'aval permettant d'accueillir plus facilement les détenus qui auraient bénéficié d'une SPRM avec motif psychiatrique.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Docteur Thomas FOVET**

**Directeur de thèse : Docteur Fabien AGNERAY**