UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

THÈSE

En vue de l'obtention du grade de

DOCTEUR EN DROIT

(Droit privé et Sciences criminelles)

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2016 par :

Aurélie BONNE-HARBIL

LES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Composition du Jury :

Madame Audrey DARSONVILLE, Professeur de Droit privé à l'Université de Lille 2, Rapporteur.

Monsieur Gérard DE CONINCK, Professeur de Criminologie à l'Université de Liège, ancien directeur d'un établissement pénitentiaire et membre du Conseil central de surveillance pénitentiaire (Belgique).

Monsieur Patrick MISTRETTA, Professeur de Droit privé à l'Université de Lyon 3, Rapporteur.

Monsieur Bruno PY, Professeur de Droit privé à l'Université de Lorraine, Co-directeur de thèse.

Madame Geneviève TILLEMENT, Maître de conférences à l'Université de Lorraine, Co-directrice de thèse.

École doctorale :

École doctorale des Sciences Juridiques, Politiques, Économiques et de Gestion (SJPEG)

Laboratoire de recherche et Unité de recherche :

Institut François Gény (IFG) – EA 7301

Institut de Sciences criminelles et de Droit médical (ISCRIMED)

THÈSE

En vue de l'obtention du grade de

DOCTEUR EN DROIT

(Droit privé et Sciences criminelles)

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2016 par :

Aurélie BONNE-HARBIL

LES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Composition du Jury :

Madame Audrey DARSONVILLE, Professeur de Droit privé à l'Université de Lille 2, Rapporteur.

Monsieur Gérard DE CONINCK, Professeur de Criminologie à l'Université de Liège, ancien directeur d'un établissement pénitentiaire et membre du Conseil central de surveillance pénitentiaire (Belgique).

Monsieur Patrick MISTRETTA, Professeur de Droit privé à l'Université de Lyon 3, Rapporteur.

Monsieur Bruno PY, Professeur de Droit privé à l'Université de Lorraine, Co-directeur de thèse.

Madame Geneviève TILLEMENT, Maître de conférences à l'Université de Lorraine, Co-directrice de thèse.

École doctorale :

École doctorale des Sciences Juridiques, Politiques, Économiques et de Gestion (SJPEG)

Laboratoire de recherche et Unité de recherche :

Institut François Gény (IFG) – EA 7301

Institut de Sciences criminelles et de Droit médical (ISCRIMED)

LE CORPS ENSEIGNANT
de la Faculté de Droit, Sciences Economiques et Gestion
Année Universitaire 2016-2017

DOYEN

M. le Professeur Fabrice GARTNER

DOYENS HONORAIRES

MM. GROSS, JAQUET, CRIQUI, CACHARD, GERMAIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES (*) et HONORAIRES

M. BIHR Philippe, Professeur de Droit Privé
M. BILLORET Jean-Louis, Professeur de Sciences Économiques
M. BORELLA François, Professeur de Droit Public
M. BUZELAY Alain, Professeur de Sciences Économiques
M. CHARPENTIER Jean, Professeur de Droit Public
M. COUDERT Jean, Professeur d'Histoire du Droit (*)
M. DEREU Yves, Professeur de Droit Privé
M. DUGAS DE LA BOISSONNY Christian, Professeur d'Histoire du Droit (*)
Mme. GAY Marie-Thérèse, Professeur d'Histoire du Droit
M. GOUBEAUX Gilles, Professeur de Droit Privé
M. GOSSEREZ Christian, Professeur de Droit Public
M. GROSS Bernard, Professeur de Droit Privé (*)
M. GRY Yves, Professeur de Droit Public (*)
M. GUYOT Fernand, Professeur de Sciences Économiques
M. JAQUET Paul, Professeur de Droit Public
M. LACOMBE Jean, Professeur de Droit Privé
Mme. MARRAUD Catherine, Professeur de Droit Privé
M. RAY Jean-Claude, Professeur de Sciences Économiques (*)
M. SEUROT François, Professeur de Sciences Économiques (*)

PROFESSEURS

M. SEUVIC Jean-François	Professeur de Droit Privé
M. MOUTON Jean-Denis	Professeur de Droit Public
M. JACQUOT François	Professeur de Droit Privé
M. CRIQUI Etienne	Professeur de Science Politique
M. PIERRÉ-CAPS Stéphane	Professeur de Droit Public
M. GARTNER Fabrice	Professeur de Droit Public
M. EBOUE Chicot	Professeur de Sciences Économiques
M. BISMANS Francis	Professeur de Sciences Économiques

M. ASTAING Antoine	Professeur d'Histoire du Droit
M. STASIAK Frédéric	Professeur de Droit Privé
M. CACHARD Olivier	Professeur de Droit Privé
M. LAMBERT Thierry	Professeur de Droit Privé
M. HENRY Xavier	Professeur de Droit Privé
M. TAFFOREAU Patrick	Professeur de Droit Privé
M. PETIT Yves	Professeur de Droit Public
Mme PEGUERA POCH Marta	Professeur d'Histoire du Droit
M. FARDET Christophe	Professeur de Droit Public
M. GEA Frédéric	Professeur de Droit Privé
Mme DUMAS Christelle *(En détachement)*	Professeur de Sciences Économiques
M. RENAUDIE Olivier	Professeur de Droit Public
M. PY Bruno	Professeur de Droit Privé
M. ADAM Patrice	Professeur de Droit Privé
M. CHAUVIRÉ Philippe	Professeur de Droit Privé
M. FEREY Samuel	Professeur de Sciences Économiques
M. LAFAIX Jean-François	Professeur de Droit Public
M. GUERAUD Luc	Professeur d'Histoire du Droit
M. GABUTHY Yannick	Professeur de Sciences Économiques
Mme G'SELL Florence	Professeur de Droit Privé
Mr SOHNLE Jochen	Professeur de Droit Public
Mme HARNAY Sophie	Professeur de Sciences Économiques
Mme BOURREAU DUBOIS Cécile	Professeur de Sciences Économiques
Mme CLUZEL Lucie	Professeur de Droit Public
Mme HOUIN-BRESSAND Caroline	Professeur de Droit Privé
Mme FOURNEYRON Yamina	Professeur de Sciences Économiques
Mme GRAMAIN Agnès	Professeur de Sciences Économiques

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. GERMAIN Eric	Maître de Conférences de Droit Public
M. LUISIN Bernard	Maître de Conférences de Droit Public
Mme MANSUY Francine	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme TILLEMENT Geneviève	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme GANZER Annette	Maître de Conférences de Droit Privé
M. OLIVIER Laurent	Maître de Conférences de Science Politique
M. GUIGOU Jean-Daniel *(détachement)*	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. GASSER Jean-Michel	Maître de Conférences de Droit Privé
M. AIMAR Thierry	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme KUHN Nicole	Maître de Conférences de Droit Public
Mme DAVID-BALESTRIERO Véronique	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme ETIENNOT Pascale	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BARBIER Madeleine	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
Mme LOEWENGUTH-DEFFAINS Nathalie	Maître de Conférences de Droit Public
Mme SIERPINSKI Batyah	Maître de Conférences de Droit Public
M. MOINE André	Maître de Conférences de Droit Public
Mme LE GUELLAFF Florence	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
M. EVRARD Sébastien	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
M. FENOGLIO Philippe	Maître de Conférences de Sciences Économiques

M. KLÖTGEN Paul	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DERDAELE Elodie	Maître de Conférences de Droit Public
M. DAMAS Nicolas	Maître de Conférences de Droit Privé
M. PFISTER Etienne *(En détachement)*	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. GICQUEL Jean-François	Maître de Conférences d'Histoire du Droit
Mme LELIEVRE Valérie	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. PREVOT Jean-Luc	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme CHAUPAIN-GUILLOT Sabine	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme PIERRE Nathalie	Maître de Conférences de Droit Privé
M. PIERRARD Didier	Maître de Conférences de Droit Public
Mme BLAIRON Katia	Maître de Conférences de Droit Public
M. MULLER François	Maître de Conférences de Droit Public
Mme ABALLEA Armelle	Maître de Conférences de Droit Public
M. THIERRY Jean-Baptiste	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DUBUY Mélanie	Maître de Conférences de Droit Public
Mme NAU Liliane	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BOUGHANMI Afef	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme HELSTROFFER Jenny	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme MICHEL-CLUPOT Muriel	Maître de Conférences de Gestion
M. RESTOUT Romain	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. LOVAT Bruno	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. DURAND Frédéric	Maître de Conférences de Droit Privé
M. PELLIER Jean-Denis	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme BACHELOT Carole	Maitre de Conférences de Science Politique
Mme BRACH-THIEL Delphine	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme FREYD-MAETZ Clotilde	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme GICQUIAUD Emilie	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme DURAND-VIGNERON Pascale	Maître de Conférences de Sciences Économiques
M. DELILE Jean-Felix	Maître de Conférences de Droit Public
M. GNIMASSOUN Blaise	Maître de Conférences de Sciences Economiques
Mme MENABE Catherine	Maître de Conférences de Droit Privé
Mme ACURIO-VASCONEZ Véronica	Maître de Conférences de Sciences Économiques
Mme ISIDRO Lola	Maître de Conférences de Droit Privé
M. MAGNIER-MERRAN Kévin	Maître de Conférences de Droit Privé

MAÎTRES DE CONFÉRENCES en langue anglaise

M. ECKERSLEY David

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIES

M. GREGOIRE Christian	Maître de Conférences associé de Sciences Économiques
M. MELLONI Mattia	Maître de Conférences associé de Droit Privé
M. COLLARD Fabrice	Maître de Conférences associé de Droit Privé
M. NOEL Sébastien	Maître de Conférences associé de Droit Privé

ASSISTANTS – PRAG

Mme DIEHL Christel	PRAG d'Anglais
M. BIR Claude	PRAG d'Économie et Gestion

L’Université n’entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

À Nahel, mon fils,
À Jamal, mon mari,
pour leur amour et la force qu'ils me donnent.

À ma mère,
pour son inconditionnel soutien et ses bienveillantes relectures.

À mon père, à mes frères,
À ma belle-famille, à Aziza,
À Clémence,
pour leur soutien et leurs encouragements.

« *Qu'une chose soit difficile doit nous être une raison de plus pour l'entreprendre* ».

(RILKE Rainer Maria,
Lettres à un jeune poète, 1929)

Liste des principales abréviations

ACP	Arpenter le Champ pénal
actu.	Actualisé (en/le)
Adsp	Actualité et dossier en santé publique (Revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique)
AJDA	Actualité juridique de Droit administratif
AJFP	Actualité Juridique Fonctions Publiques
AJ Pénal	Actualité juridique de Droit pénal
al.	Alinéa
anc.	Ancien
Arch. po. crim.	Archives de politique criminelle
art.	Article
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Institut de veille sanitaire)
BOMJL	Bulletin officiel du ministère de la Justice et des Libertés
Bull. crim.	Bulletin des arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation
C. civ.	Code civil
C. just. adm.	Code de justice administrative
C. pén.	Code pénal
C. pr. pén.	Code de procédure pénale
C. sant. pub.	Code de la santé publique
C. séc. soc.	Code de la sécurité sociale
c/	Contre
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CASF	Code de l'action sociale et des familles
Cass.	Cour de cassation
Cass. Ass. Plén.	Assemblée plénière de la Cour de cassation
Cass. Civ.	Chambre civile de la Cour de cassation
Cass. Crim.	Chambre criminelle de la Cour de cassation
CE	Conseil d'Etat
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
Cf.	*confer*

chap.	Chapitre
chron.	Chronique
COJ	Code de l'organisation de la justice
comm.	Commentaire
Comm. EDH	Commission européenne des droits de l'homme
concl.	Conclusions
Cons. const.	Conseil constitutionnel
Conv. EDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
CRDF	Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux
D.	Recueil Dalloz
dir.	Direction (sous la)
Dr. Pénal	Droit pénal
Dr. adm.	Droit administratif
éd.	Édition
et al.	Du latin el alii signifiant « et autres »
fasc.	Fascicule
Gaz. Pal.	Gazette du Palais
Ibib.	Du latin *ibidem*, au même endroit (d'un texte déjà cité)
in	Dans
infra	Ci-dessous
JCP G	Juris-Classeur périodique (La semaine juridique), édition générale
JCP A.	Juris-Classeur périodique (La semaine juridique), édition administrations et collectivités territoriales
J.-Cl. Adm.	Juris-Classeur encyclopédie, édition administratif
J. Cl. Pén.	Juris-Classeur encyclopédie, édition pénal
J.T.	Journal des Tribunaux (Belgique)
JDI	Journal du droit international
JORF	Journal officiel de la République française
Lebon	Recueil des arrêts du Conseil d'État
L.G.D.J.	Librairie générale de droit et de jurisprudence
n°	Numéro
obs.	Observations
op. cit.	Du latin *opere citato*, dans l'ouvrage (précédemment) cité
Ord.	Ordonnance
p.	Page

préc.	Précité
P.U.F.	Presses Universitaires de France
Réf.	Juge des référés (Conseil d'État)
Rép. cont. adm.	Répertoire du contentieux administratif
Rép. pén.	Répertoire de droit pénal et procédure pénale
Rép. resp. puiss. publ.	Répertoire de la responsabilité de la puissance publique
Rép. min.	Réponse ministérielle
req.	Requête
RDP	Revue de droit public et de la science politique en France et à l'étranger
RDPC	Revue de droit pénal et criminologie (Belgique)
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
RD publ.	Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger
RFDA	Revue française de droit administratif
RF aff. soc.	Revue française des affaires sociales
RGDM	Revue générale de droit médical
RID comp.	Revue internationale de droit comparé
RLDC	Revue Lamy droit civil
RPDP	Revue pénitentiaire et de droit pénal
RSC	Revue science criminelle et de droit pénal comparé
RTD civ.	Revue trimestrielle de droit civil
RTDH	Revue trimestrielle des droits de l'homme
s.	suivant
supra	Ci-dessus
SYNAPSE	Synthèse d'actualité pénitentiaire et de sensibilisation (ÉNAP)
t.	Tome
T. confl.	Tribunal des conflits
T. corr.	Tribunal, chambre correctionnelle
TA	Tribunal administratif
TGI	Tribunal de grande instance
V°	*Verbo* (au mot)
V.	Voyez
vol.	Volume
§	Paragraphe

Sommaire

Liste des principales abréviations *15*
Sommaire *19*

INTRODUCTION GÉNÉRALE 21

PREMIÈRE PARTIE 57

LA RECONNAISSANCE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ 57

TITRE 1 : 63
LA CONQUÊTE DU STATUT DE PATIENT 63
CHAPITRE 1 : *65*
UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE *65*
CHAPITRE 2 : *129*
UNE DYNAMIQUE SUBSTANTIELLE *129*
TITRE 2 197
L'INCIDENCE DU STATUT DE PERSONNE DÉTENUE 197
CHAPITRE 1 : *202*
DES QUELQUES INCIDENCES POSITIVES *202*
CHAPITRE 2 : *264*
DES MULTIPLES INCIDENCES NÉGATIVES *264*

SECONDE PARTIE 339

LA GARANTIE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ 339

TITRE 1 349
LA PROTECTION INFLUENTE DU JUGE EUROPÉEN 349
CHAPITRE 1 : *354*
UNE PROTECTION SUBSTANTIELLE *354*
CHAPITRE 2 : *434*
UNE PROTECTION PROCÉDURALE *434*
TITRE 2 489
UNE PROTECTION CROISSANTE DES JUGES NATIONAUX 489
CHAPITRE 1 : *493*
LE CONTRÔLE DU JUGE ADMINISTRATIF SUR LES CONDITIONS D'EXÉCUTION DE LA DÉTENTION *493*
CHAPITRE 2 : *543*
LE CONTRÔLE DU JUGE JUDICIAIRE SUR LA CAPACITÉ A LA DÉTENTION *543*

CONCLUSION GÉNÉRALE 601

Index alphabétique *605*
Bibliographie *609*
Table des matières *689*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Étudier les droits de la personne détenue en matière de santé peut surprendre en raison de la désignation usuelle de la prison comme zone de non-droit, comme en témoigne l'étonnement manifeste de certains de nos interlocuteurs à l'énoncé de notre sujet d'étude (« *Ah bon parce que les détenus ont des droits ?* »). Cet étonnement semble aussi bien résulter du regard sinistre et résigné qui peut être porté par certains sur la prison que de l'effarement ressenti par d'autres à l'idée que des droits puissent être reconnus aux personnes détenues.

Se pencher sur les droits de la personne détenue en matière de santé suppose de s'intéresser à la peine privative de liberté, communément dénommée la prison, qui domine la politique pénale française contemporaine. Du latin *carcer*, la prison désigne l'exécution par un individu d'une peine privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. Mais la prison renvoie également à l'incarcération d'une personne avant le prononcé de son jugement. Surpopulation carcérale, conditions de détention, suicides, radicalisation, manque de personnels de surveillance et d'insertion et de probation sont des maux qui placent fréquemment la prison au cœur de l'actualité médiatique. Ils affectent l'opinion publique jugée, par le ministre de la Justice, Garde des sceaux, Jean-Jacques Urvoas[1], « *schizophrène* » qui « *veut à la fois plus d'enfermement comme manifestation d'une sévérité légitime et de l'humanité par allergie aux conditions de vie dégradantes des détenus et des surveillants* »[2]. Mais qui sont ces personnes détenues au cœur de la schizophrénie dont souffre l'opinion publique ? Selon l'article D. 50 du Code de procédure pénale, les personnes détenues sont désignées comme « *faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* »[3]. Cette définition apparaît conforme à l'adage traditionnel « *ce n'est pas la capture qui fait le prisonnier, c'est l'écrou* »[4]. Toute personne détenue fait l'objet, dès son incarcération, d'une inscription au registre d'écrou de l'établissement

[1] Garde des Sceaux, ministre de la Justice depuis le 27 janvier 2016. Il a succédé à Christiane Taubira, garde des Sceaux, ministre de la Justice du 16 mai 2012 au 27 janvier 2016.
[2] Jean-Jacques Urvoas face à Jean-Jacques Bourdin sur RMC et BFMTV, émission du 13 juillet 2016.
[3] Ne figurent pas dans cette catégorie de personnes privées de liberté, les personnes retenues dans les locaux de police ou de gendarmerie ou encore celles retenues dans les centres de rétention administrative.
[4] Cité par LOPEZ G., TZITZIS S. [dir.], *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, 2004, V° Détenu.

pénitentiaire[5]. Pour autant, le placement sous écrou ne signifie pas placement en détention. Une distinction s'opère donc entre les personnes écrouées et les personnes détenues. En effet, certaines personnes écrouées sont placées sous surveillance électronique ou à l'extérieur sans hébergement pénitentiaire et ne sont pas, de ce fait, détenues en établissement pénitentiaire. Au 1er janvier 2016, la population pénale française était composée de 66 270 personnes détenues, dont 12 964 en surnombre[6]. Un nombre record avait été atteint, en avril 2014, avec un nombre de 68 859 personnes détenues, dont 14 141 en surnombre[7]. Mais, en juillet 2016, un nouveau record a été atteint avec un nombre de 69 375 personnes détenues (soit une augmentation de près de 5 % en sept mois), dont 15 000 en surnombre[8]. D'après l'édition 2014 des statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe, la France se tient au huitième rang des pays européens dont la surpopulation carcérale est la plus élevée et ce, derrière la Hongrie, la Belgique, la Macédoine, la Grèce, l'Albanie, l'Espagne et la Slovénie[9]. La Direction générale « Droits de l'homme et État de Droit » du Conseil de l'Europe a d'ailleurs publié, le 30 juin 2016, un *Livre blanc sur le surpeuplement carcéral* visant à « *inciter les États membres à ouvrir un débat national sur leur système pénal et à prendre des décisions fondées sur des besoins manifestes et des objectifs à remplir à courte et à longue échéance* »[10]. Il convient en outre de préciser que la population détenue comprend à la fois des personnes condamnées et des personnes prévenues[11]. Le terme « détenu condamné »

---

[5] Toutes les personnes placées sous main de justice ne font donc pas l'objet d'une mise sous écrou.

[6] V. TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restrictions de liberté, OPALE 6. Évolution de la population détenue, p. 3.
Au 1er janvier 2016, le nombre de personnes écrouées était quant à lui de 76 601. 10 331 personnes étaient donc écrouées hors détention (TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restrictions de liberté, OPALE 7. Évolution de la population sous écrou, p. 3). Ces chiffres sont toutefois à nuancer eu égard aux chiffres communiqués par le Ministère de la Justice. Selon ces chiffres, la population pénale française était composée, au 1er janvier 2016, de 66 678 personnes détenues, dont 8 117 en surnombre.

[7] 57 680 places étaient opérationnelles au 1er avril 2014. 14 141 personnes détenues étaient alors en surnombre soit 25 % de la population carcérale. (TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restrictions de liberté, OPALE 3. Évolution du nombre de détenus en surnombre, p. 4). Ces chiffres sont là encore à nuancer. D'après le Ministère de la Justice, le nombre de personnes détenues était, en avril 2014, de 68 361 avec un surnombre de 9 702.

[8] V. TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restrictions de liberté, OPALE 1. État de la population sous écrou au 1er juillet 2016, p. 1.
Si, d'après le Ministère de la Justice, le nombre de personnes détenues était, en juillet 2016, de 69 375, le nombre de personnes détenues en surnombre est quant à lui de 11 064.

[9] COUNCIL OF EUROPE, Annual Penal Statistics, SPACE I - Prison populations, Survey 2014 [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://wp.unil.ch/space/files/2016/05/SPACE-I-2014-Report_final.1.pdf

[10] DIRECTION GÉNÉRALE DROITS DE L'HOMME ET ÉTAT DE DROIT, *Livre blanc sur le surpeuplement carcéral*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 30 juin 2016 [consulté le 6 août 2016]. Disponible sur : http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/PCCP%20documents%202016/PC-CP%20(2015)%206_F%20R%C3%A9v%207%20Livre%20blanc%2030%20juin%202016.pdf

[11] Au 1er janvier 2015, la population détenue était composée de 16 549 prévenus et de 49 721 condamnés. (TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restriction des libertés 2015, OPALE 3. Évolution du nombre de détenus en surnombre, p. 5.)

(ou « condamné ») désigne les personnes placées en détention qui ont fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif. Quant au terme « détenu prévenu » (ou « prévenu »), il fait référence au placement en détention provisoire, que ce soit des personnes mises en examen au cours de l'instruction, conformément aux dispositions de l'article 144 du Code de procédure pénale, ou des prévenus au sens strict dans le cadre de la comparution immédiate[12]. Entrent également dans la catégorie des personnes prévenues, les détenus condamnés ayant formé opposition, appel ou pourvoi et ce, tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive.

Aborder les droits de la personne détenue en matière de santé, c'est considérer l'individu privé de liberté dans toute sa personne. La présente étude s'efforcera ainsi de recourir, non au terme de « détenu » mais, à la formulation « personne détenue ». Si la personne fait l'objet d'une mesure d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, elle ne perd pas pour autant sa qualité de personne humaine. Du latin *Humanus*, l'adjectif humain renvoie à « *la personne physique considérée en sa totalité physique et psychique (corps et esprit), entité magnifiée en tant qu'elle est porteuse de toutes les valeurs prééminentes inhérentes à l'espèce humaine* »[13]. Et « *la culture humaniste de notre pays nous enjoint de ne jamais oublier qu'un criminel n'en reste pas moins Homme. Cela signifie pour la question pénitentiaire, que la protection de sa dignité, élément majeur de l'identité Humaine, doit être au mieux préservée y compris pendant le temps carcéral de la peine* »[14]. À cet égard, la santé des personnes détenues doit être sauvegardée. Mais la protection de leur santé n'a longtemps fait l'objet d'aucune préoccupation. Aussi, entreprendre une étude sur les droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé implique au préalable de cerner les jalons de la lente et récente apparition de cette préoccupation. L'histoire appartient certes au passé mais permet de comprendre et d'appréhender le présent. « *Nulle chose n'est compréhensible que par son histoire* »[15].

[12] C. pr. pén., art. 396.
[13] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Humain.
[14] Extrait de la conclusion du rapport de Monsieur Paul-Roger Gontard cité par BOCKEL J.-M., « Le détenu, un citoyen : les règles pénitentiaires européennes » in PAULIAT H., NÉGRON E., BERTHIER L.[dir], *La prison : quel(s) droit(s)* ?, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 33.
[15] TEILHARD DE CHARDIN P., *L'avenir de l'homme*, Paris, Éd. du Seuil, 2001.

LE CHÂTIMENT ORIGINEL DU CORPS

« *Un corps politique, qui, bien loin d'agir lui-même par passion, a pour objet d'apaiser celle des particuliers, peut-il être le foyer d'une inutile cruauté, instrument de la fureur, du fanatisme ou de la faiblesse des tyrans ? Les cris d'un malheureux seraient-ils capables de faire revenir le temps passé et de révoquer les actes qu'il a commis* ? »[16]

« *Pour le bien comme pour le mal, il y a des bornes aux facultés humaines, et un supplice dont le spectacle est trop horrible ne peut être que l'effet d'une fureur passagère, mais non pas d'une méthode constante et légale. Si les lois sont réellement cruelles, ou bien on les change, ou bien elles donnent naissance à l'impunité* »[17].

1. Aux origines des châtiments corporels. Les châtiments infligés au « *corps des condamnés* » [18] consistent en des peines « *qui, sans attenter à la vie, tendent à l'effusion du sang ou à l'amputation d'un membre, ou causent de la douleur au corps par l'état de gêne ou de contrainte où elles le mettent* »[19]. Ces peines correspondent alors à « *tout ce qui cause directement et passagèrement (en théorie) de la douleur au corps (fouet, marque au fer rouge, carcan, fouet sous la custode et pendaison sous les aisselles, etc. mais aussi peine de mort et de torture)* » [20]. Les origines des châtiments corporels remontent au droit primitif. Aux termes de la loi du Talion, une des plus anciennes lois de l'humanité, dont les premières traces apparaissent dans le Code d'Hammourabi (Roi de Babylone) en 1730 avant Jésus-Christ, « *si quelqu'un a crevé l'œil d'un homme libre, on lui crèvera l'œil ; si quelqu'un a cassé une dent d'un homme libre, on lui cassera une dent* [...] » [21]. La peine consistait alors en une vengeance privée, la vengeance étant une « *peine causée à un offenseur pour la satisfaction*

[16] BECCARIA C. [trad. CHEVALLIER M.], *Des délits et des peines (1764)*, Paris, Flammarion, 1991, p. 86-87.
[17] *Ibidem*, p. 125.
[18] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.
[19] RATEAU M., « Les peines corporelles en France sous l'Ancien Régime (1670-1789) », *Annales internationales de criminologie*, 1963, p. 276-308.
[20] GARNOT B., « Les peines corporelles en Bourgogne au XVIIIe siècle », in PORRET M., *Beccaria et la culture juridique des Lumières*, Acte du colloque européen de Genève, 1994, Genève, Droz, 1997, p. 215.
[21] DRAI R., *Le mythe de la loi du talion*, Paris, Anthropos, 1996, p. 9.

personnelle de l'offensé »[22]. En dépit d'une apparente cruauté, cette loi imposait néanmoins une limite à la vengeance privée, contrairement au droit primitif, en la restreignant à une certaine proportionnalité. Aussi, l'esprit de cette loi est incarné par la formulation « *vie pour vie, œil pour œil, dent pour dent, main pour main, pied pour pied* »[23]. Les châtiments corporels ont également été utilisés, sous l'Antiquité, par le système répressif, notamment chez les Perses et les Assyriens[24]. Au Haut Moyen-âge, les compositions pécuniaires ont en revanche été préférées aux peines corporelles. Mais, la fin du Moyen-âge, et plus particulièrement le XVIe siècle, a connu une recrudescence des châtiments corporels. Ces châtiments ont ensuite connu un essor considérable sous l'Ancien Régime[25].

2. Une justice cruelle, arbitraire et inégalitaire sous l'Ancien Régime. L'Ancien Régime est marqué par une justice criminelle guidée par la vengeance, non plus privée, mais sociale. Selon Jean Pinatel, « *lorsque l'autorité est constituée, lorsque le pouvoir central est cohérent, la peine cesse d'être privée, elle devient publique. Mais l'autorité, le pouvoir sont alors des notions d'origine divine. Le Chef, le Roi sont des délégués ou des représentants de la divinité. Leur action pénale s'exerce avec rigueur pour tous les délits troublant l'ordre public ou religieux* »[26]. Le pouvoir social fixe par conséquent le degré du mal qu'il est permis de rendre. Cette conception s'oppose alors à la vengeance privée permise par le droit primitif[27].

La justice criminelle de l'Ancien Régime s'est caractérisée par la cruauté des châtiments corporels infligés, comme en témoigne le procès de Robert-François Damiens cité par Michel Foucault, dans son ouvrage *Surveiller et Punir* publié en 1975[28]. *Les peines ne s'attaquaient pas systématiquement au corps, elles étaient néanmoins fréquemment accompagnées d'un supplice. Et l'inventaire des supplices imposés sous l'Ancien Régime est*

---

[22] ACADÉMIE FRANÇAISE**,** *Dictionnaire de l'Académie française,* Tome second H-Z, 8e éd., Librairie Hachette, 1935, V° Vengeance.
[23] Formule biblique (Exode XXI, 24).
[24] BOULOC B., *Pénologie*, 3e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011, p. 11.
[25] Une distinction doit être opérée entre les châtiments corporels administrés à titre de peine ou de complément de peine et la *quoestio*, moyen d'instruction. La question dite « préparatoire » consiste à extorquer des aveux de l'accusé tandis que la question dite « préalable » est infligée au condamné à mort, avant son exécution, dans le but d'obtenir de lui la dénonciation de ses complices. V. CADIET L. [dir.], *Dictionnaire de la justice*, Paris, PUF, 2004, p. 794.
[26] PINATEL J., *Précis de Science Pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 34-35.
[27] Système primitif du droit pénal dans lequel la victime d'un dommage a le droit de causer à l'auteur de celui-ci un autre dommage. L'esprit de la loi se trouve dans la formulation « se faire justice à soi-même ».
[28] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Histoires », 1975, p. 9-12. Robert François Damiens a été condamné, le 2 mars 1757, pour une tentative d'assassinat sur la personne du roi Louis XV. Il est la dernière personne à avoir été écartelée, en France, sous l'Ancien Régime.

édifiant[29]. Les supplices sont des peines corporelles qui revêtent des traits caractéristiques particuliers. En effet, le supplice consiste « *d'une façon générale* [en] *des Souffrances corporelles infligées aux vaincus, aux prisonniers, à toute sorte de victimes*. *Il se dit, par extension, de Tout ce qui cause une vive douleur de corps et qui dure quelque temps* »[30]. D'après Michel Foucault, la souffrance causée par le supplice infligé peut être « *mesurée exactement, du moins appréciée, comparée et hiérarchisée* » car « *le supplice repose sur tout un art quantitatif de la souffrance* » et « *met en corrélation le type d'atteinte corporelle, la qualité, l'intensité, la longueur des souffrances avec la gravité du crime, la personne du criminel, le rang de ses victimes* »[31]. En outre, les supplices se distinguent des peines corporelles par le cérémonial qui les accompagne. Ils se veulent marquants pour le corps du condamné en raison de la cicatrice qu'ils laissent[32], mais aussi pour les esprits des hommes et ce, par l'exposition publique de la cruauté de la peine. À titre d'exemple, la peine d'écartèlement consistait à attacher les membres à quatre chevaux et à pratiquer des entailles aux jointures des membres afin qu'ils puissent être arrachés[33].

La justice criminelle de l'Ancien Régime s'est voulue non seulement cruelle mais aussi manifestement arbitraire et inégalitaire. La répression était laissée à la discrétion du juge qui pouvait, non seulement appliquer la loi mais aussi l'interpréter voire même la créer et décider alors de réprimer des faits non incriminés par la loi. La justice se caractérisait alors par un non-respect de l'adage romain « *Nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege* » faisant référence au principe de légalité des crimes et des peines[34]. Et, comme la justice émanait du Roi, le pouvoir de juger était un pouvoir souverain[35]. Le Roi pouvait néanmoins choisir de déléguer ce pouvoir, en conservant toutefois la faculté de s'en ressaisir à tout

---

[29] *Un tableau sommaire des châtiments en usage sous l'Ancien Régime est dressé par André Laingui in* BELY L. [dir.], *Dictionnaire de l'Ancien Régime. Royaume de France XVI-XVIIIe siècle*, Paris, PUF, 1996, p. 976-978.

[30] ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française,* Tome second H-Z, 8e éd., Librairie Hachette, 1935, V° Supplice.

[31] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 43.

[32] *Ibidem*, p. 44.

[33] BELY L. [dir.], *Dictionnaire de l'Ancien Régime*. *Royaume de France XVI-XVIIIe siècle*, *op. cit.*, p. 976-978.

[34] Le principe de légalité criminelle signifie que « *les crimes et les délits doivent être légalement définis avec clarté et précision, ainsi que les peines qui leur sont applicables* ». V. GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016

Cette absence de légalité criminelle a été critiquée, au XVIIIe siècle, par les philosophes des Lumières et, en particulier, par Cesare Beccaria dans son ouvrage *Des délits et des peines publié* en 1764. Cf. *infra* n° 4.

[35] CADIET L. [dir.], *Dictionnaire de la justice*, Paris, PUF, 2004, p. 794.

instant[36]. Par ailleurs, la justice de l'Ancien Régime tenait compte des inégalités sociales, inégalités qui influaient alors sur la répression ainsi que sur les conditions de détention. Les condamnations variaient suivant « *la condition des prévenus et des plaignants* » et les peines différaient « *selon la qualité du coupable, le rang de la victime ou de l'offensé* »[37]. À titre d'exemple, la peine capitale était administrée par pendaison ou, pour les nobles, par décapitation[38]. Les conditions de détention étaient aussi ajustées aux inégalités sociales. Le système de la « pistole » consistait en un régime de faveur obtenu contre de l'argent et donc réservé aux riches[39]. Ces riches prisonniers étaient alors, moyennant finances, nourris et logés dans une chambre meublée du quartier de la Pistole. Quant aux prisonniers pauvres, ils étaient nourris par la charité chrétienne et logés dans le quartier du Commun meublé uniquement de paille. Enfin, la justice était tout autant inégalitaire du fait du statut juridique qui était attribué aux personnes condamnées. Paradoxalement, le « grand criminel », à qui un caractère sacré était conféré, recevait des aumônes tandis que le « voleur de poules » était abandonné à une mort certaine[40].

Aussi, sous le règne de cette barbarie, comment imaginer que quiconque puisse se préoccuper de la santé des prisonniers ? Nulle considération n'était faite à l'intégrité physique des condamnés, ni même à leur humanité. La sauvagerie des châtiments infligés faisait de la peine une mesure d'expiation[41] et d'intimidation[42]. De ce fait, la peine se rapprochait de la notion de pénitence volontaire. « *Expier, c'est souffrir soi-même pour la punition de sa propre faute. C'est expulser par la douleur physique ou morale les impuretés de son âme : magnis flabitus et laboribus, à force de larmes et de durs travaux* »[43]. Dans cette perspective,

---

[36] La justice « déléguée » se distingue de la justice « retenue ». Très fréquente, la justice retenue correspond à la justice exercée par le roi « *soit personnellement, par ces fameuses "lettres de cachet", si décriées, ou en confiant l'affaire à des commissaires, ou encore en la transmettant à son Conseil qui pouvait la juger directement ou la renvoyer devant une juridiction ordinaire* ». V. CADIET L. [dir.], *Dictionnaire de la justice*, Paris, PUF, 2004, p. 584.

[37] PINATEL J., *Précis de Science Pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 34.

[38] BELY L. [dir.], *Dictionnaire de l'Ancien Régime. Royaume de France XVI-XVIIIe siècle*, Paris, PUF, 1996, V° Décapitation. V. aussi PY B. [dir.], *La mort et le droit*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2010.

[39] Monnaie d'or espagnole (de même valeur que le Louis d'or), la plus répandue en Europe à l'époque de Louis XIII, qui est devenue, dès le XVIIe siècle, une monnaie de compte valant dix livres.

[40] CARLIER C., *L'histoire de l'enfermement*, Cahiers de la sécurité 2010, n° 12, p. 218.

[41] L'expiation désigne l'action d'expier (ou le résultat de cette action) qui consiste à « *réparer un crime, une faute par le repentir, ou une peine, un châtiment imposé ou accepté* ». V. ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Expier.

[42] L'intimidation désigne l'action d'intimider qui vise à « *troubler quelqu'un en lui causant de la crainte, de l'appréhension* ». V. ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Intimider.

[43] MERLE R., *La pénitence et la peine*, Théologie, droit canonique, droit pénal, Paris, Cujas 1985, p. 28 cité par KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 21-22.

la peine profitait autant au délinquant qu'à la société. La peine était dissuasive pour le condamné si l'idée de récidiver venait à lui traverser l'esprit. Encore fallait-il que la sentence capitale ne lui ait pas été appliquée. La peine était aussi intimidante pour l'ensemble des membres de la société qui seraient contraints de subir le même sort si l'envie les prenait d'imiter le condamné. Se voulant exemplaires par l'avertissement d'une extrême rigueur qu'elles délivrent, les peines corporelles sont infligées aux condamnés sous les yeux de leurs concitoyens. La mise en scène de la souffrance faisait ainsi partie du châtiment. Cette volonté d'utiliser le corps des condamnés comme moyen de prévention de la récidive et de la criminalité a alors conduit ces spectacles suppliciants aux pires excès[44]. Mais la sauvagerie des peines corporelles a toutefois connu une limite. En effet, la peine de mort ne pouvait pas être administrée aux femmes enceintes avant leur accouchement. Aux termes de l'article 23 de l'Ordonnance criminelle de 1670, rédigée par Jean-Baptiste Colbert, ministre du Roi Louis XIV[45], « *Si quelque femme devant ou après avoir été condamnée à mort, paraît ou déclare être enceinte, les juges ordonneront qu'elle sera visitée par matrones qui seront nommées d'office, et qui feront leur rapport dans la forme prescrite au titre des experts, par notre ordonnance du mois d'avril 1667 : et si elle se trouve enceinte, l'exécution sera différée jusques après son accouchement* »[46]. Seule préoccupation sanitaire sous l'Ancien Régime, cette mesure visait à protéger la vie de l'enfant à naître au travers de celle de sa mère. Il était néanmoins de l'intérêt du pouvoir souverain que les condamnés ne meurent pas avant leur procès afin qu'il puisse à cette occasion affirmer toute sa puissance par l'administration de supplice.

3. Une affirmation barbare du pouvoir souverain sous l'Ancien Régime. L'objet du supplice est au cœur même de la relation entre le corps des condamnés et le pouvoir. Selon Michel Foucault, « *le supplice ne rétablissait pas la justice, il réactivait le pouvoir* »[47]. La justice émanait du souverain. Le condamné portait donc directement, par ses actes délictueux, atteinte à l'autorité souveraine. « *Il l'attaque personnellement puisque la loi vaut comme la volonté du souverain, il l'attaque physiquement puisque la force de la loi, c'est la*

[44] L'inutilité de cette exposition publique a été dénoncée par les philanthropes du XVIIIe siècle, notamment Cesare Beccaria, dans son Traité des délits et des peines. V. BECCARIA C. [trad. CHEVALLIER M.], *Des délits et des peines (1764)*, Paris, Flammarion, 1991.
[45] Le roi Louis XIV, dit Roi-Soleil, a été roi de France de 1643 à 1715.
[46] Ordonnance criminelle du mois d'août 1670, faite à Saint-Germain-en-Laye, enregistrée par le Parlement de Paris le 26 août 1670, et entrée en vigueur au 1er janvier 1671, Titre XXV – Des sentences, jugements et arrêts, art. 23 [consulté le 15 août 2013]. Disponible sur : http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/ordonnance_criminelle_de_1670.htm
[47] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Histoires », 1975, p. 60.

force du prince »[48]. Dans ces conditions, le supplice infligé permettait au souverain de réaffirmer, avec force et aux yeux de tous, son pouvoir. Il s'emparait ainsi du corps du condamné pour restaurer fermement, au travers de la souffrance imposée, son autorité qui avait été bafouée. Michel Foucault a précisé que le supplice avait ainsi *« une fonction juridico-politique* »[49]. Ce châtiment consistait en un « *cérémonial pour reconstituer la souveraineté un instant blessée* » permettant de la restaurer « *en la manifestant dans tout son éclat* »[50]. De fait, « *l'exécution publique, aussi hâtive et quotidienne qu'elle soit, s'insère dans toute la série des grands rituels du pouvoir éclipsé et restauré (couronnement, entrée du roi dans une ville conquise, soumission des sujets révoltés) ; par-dessus le crime qui a méprisé le souverain, elle déploie aux yeux de tous une force invincible. Son but est moins de rétablir un équilibre que de faire jouer, jusqu'à son point extrême, la dissymétrie entre le sujet qui a osé violer la loi, et le souverain tout-puissant qui fait valoir sa force* »[51]. Sans nul doute, le rituel effroyable de l'exécution de la peine poursuivait l'objectif de faire triompher la loi souveraine et d'affirmer fermement la force du pouvoir souverain. Le corps des condamnés était ainsi objet de prise par le pouvoir souverain. Plus la prise sur le corps était forte, plus le pouvoir était réaffirmé. La santé des personnes condamnées ne pouvait donc recevoir aucune considération puisqu'aucune considération n'était faite à leur vie. Les supplices n'ayant pas forcément vocation à entrainer la mort, leur survie pouvait toutefois être espérée. Mais, face aux excès du système punitif de l'Ancien Droit, un mouvement de réforme de la justice criminelle s'est érigé.

4. Une mobilisation philanthropique contre le châtiment du corps : l'influence de Beccaria. Le XVIIIe siècle, dit siècle des Lumières, a été dominé par une période humanitaire caractérisée de fait par la profusion d'opinions et de doctrines qui cherchent « *à soulager l'humanité souffrante, à venir en aide aux hommes dans le besoin, dans la détresse* »[52]. De nombreux philanthropes se sont mobilisés pour dénoncer sévèrement la barbarie judiciaire de l'Ancien Régime en prônant un adoucissement des peines et ce, par une diminution de la souffrance infligée. À propos de la cruauté de la justice criminelle de l'Ancien Régime, Louis-Michel Le Pelletier de Saint-Fargeau a affirmé, en 1791, que « *ces spectacles cruels*

[48] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, coll. « Bibliothèque des Histoires », p. 58.
[49] *Ibidem*, p. 59.
[50] *Ibid*., p. 59-60.
[51] *Ibid*.
[52] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Humanitaire [consulté le 21 juillet 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/
V. aussi PINATEL J., *Précis de science pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 36. ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française,* Tome second H-Z, 8e éd., Librairie Hachette, 1935, V° Humanitaire.

dégradent les mœurs publiques, sont indignes d'un siècle humain et éclairé ; la raison et la philosophie les proscrivent » [53]. Les excès de la justice criminelle ont particulièrement éclaté dans l'affaire Calas. En 1761, Jean Calas a été accusé du meurtre de son fils et condamné par le Parlement de Toulouse, le 10 mars 1762, à la peine capitale par étranglement, accompagnée du supplice de la roue[54]. Cette affaire a connu un élan médiatique par l'intervention de Voltaire qui a proclamé qu'il était « *persuadé plus que jamais de l'innocence des Calas et de la cruelle bonne foi du Parlement de Toulouse qui a rendu le jugement le plus inique sur les indices les plus trompeurs* »[55]. En décembre 1763, Voltaire a publié un Traité sur la tolérance à l'occasion de la mort de Jean Calas. Et, grâce à la mobilisation de Voltaire dans cette affaire, Jean Calas a été définitivement réhabilité, mais post mortem, par le Parlement de Paris, le 9 mars 1765. Loin d'être un cas isolé, ce scandale judiciaire a contribué à l'affaiblissement du système judiciaire de l'Ancien Régime.

Les philosophes des Lumières, notamment Locke, Montesquieu, Voltaire, Diderot, Helvétius, d'Alembert et d'Holbach, se sont fermement opposés au système judiciaire de l'Ancien régime le jugeant afflictif, arbitraire et inégalitaire. D'après Jean Constant, « *c'est surtout Beccaria qui, par la publication de son fameux traité "Des délits et des peines", en 1764, donna le signal de l'assaut dirigé contre la peine de mort, la torture et les châtiments corporels* »[56]. Le jeune marquis a non seulement dénoncé les châtiments corporels en raison de leur cruauté et de leur inutilité vis-à-vis de la prévention de la criminalité[57] mais aussi, l'arbitraire de la justice criminelle de l'Ancien Régime. « *Qui ne frémirait d'horreur en voyant dans l'histoire les supplices barbares et inutiles inventés et appliqués froidement par des hommes qui se prétendaient sages ? Qui ne serait remué jusqu'au fond de l'âme par le tableau de ces milliers de malheureux que la misère, voulue ou tolérée par des lois toujours*

---

[53] ASSEMBLÉE NATIONALE, Rapport sur *Le projet du Code pénal*, présenté à l'Assemblée nationale, au nom des comités de Constitution et de législation criminelle, par M. Le Pelletier de Saint-Fargeau., séance du 23 mai 1791 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/peinedemort/rapport_le-pelletier-de-saint-fargeau_1791.asp

[54] À Toulouse, le 13 octobre 1761, le fils aîné de la famille Calas, de confession protestante, a été retrouvé pendu dans la maison familiale. Le suicide étant incriminé à cette époque, le père, Jean Calas, a maquillé le suicide en meurtre. La principale interrogation des enquêteurs a été de savoir s'il s'agissait d'un meurtre ou d'un suicide. Très vite, des rumeurs ont couru sur la volonté du fils de se convertir au catholicisme. Jean Calas a alors été soumis à la *quoestio* (Cf. *supra* note n° 25) afin d'obtenir ses aveux. Ce moyen s'est avéré infructueux, l'accusé n'a eu de cesse de clamer son innocence.

[55] Extrait d'une lettre de Voltaire, en date du 21 juin 1762, adressée à M. le Comte d'Argental [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.monsieurdevoltaire.com/
Pour aller plus loin : VOLTAIRE, *Traité sur la tolérance* (1763), Paris, Librio, 2013.

[56] CONSTANT J., « L'évolution du régime pénitentiaire », *RDPC* 1950-1951, p. 1004.

[57] Fervent opposant aux châtiments corporels, Cesare Beccaria a demandé l'abolition de la peine de mort.

favorables au petit nombre et cruelles à la masse, a forcés de retourner à l'état de nature ? »[58]. Aussi, selon Cesare Beccaria, « *le but des peines n'est ni de tourmenter et affliger un être sensible, ni de faire qu'un crime déjà commis ne l'ait pas été* »[59]. Sa philosophie judiciaire « *conjugue deux grands principes politiques et sociaux de la modernité pénale : correction individuelle, prévention sociale* »[60]. Influencé par le Contrat social de Jean-Jacques Rousseau, Cesare Beccaria a fixé à la peine l'objectif de protéger la société en réprimant toute atteinte au pacte social. Dans cette perspective, la peine n'est plus un moyen pour le pouvoir politique de réaffirmer son autorité mais un moyen d'assurer le respect du pacte unissant les membres de la société et de garantir en conséquence la paix sociale. « *La peine exprime ainsi l'exacte mesure de la liberté des citoyens* »[61]. « *Avant Beccaria, la peine était l'expression d'un pouvoir souverain, qui se manifestait dans " l'éclat des supplices ". Avec Beccaria, elle n'est plus qu'une exigence sociale, née d'une concession minimale de la liberté des citoyens nécessaire pour garantir celle-ci. La liberté – et non le pouvoir – est désormais à l'origine du droit de punir* »[62].

Cesare Beccaria a également condamné la sévérité du système pénal en raison de son inefficacité et de son inutilité. « *Ce n'est pas la sévérité de la peine qui produit le plus d'effet sur l'esprit des hommes, mais sa durée* »[63]. Il préconise donc de « *choisir des peines et une manière de les infliger qui, toute proportion gardée, fassent l'impression la plus efficace et la plus durable possible sur l'esprit des hommes, et la moins cruelle sur le corps du coupable* »[64]. Se heurtant fermement à la pratique des châtiments corporels, le jeune marquis milanais a alors proposé la privation de la liberté d'aller et venir. Cette peine privative de liberté se veut être une peine utile socialement et ce, par la durée qu'implique son exécution. « *Le frein le plus puissant pour arrêter les crimes n'est pas le spectacle terrible mais momentané de la mort d'un scélérat, c'est le tourment d'un homme privé de sa liberté, transformé en bête de somme qui paie par ses fatigues le tort qu'il a fait à la société* »[65]. Le réformisme de Cesare Beccaria consiste ainsi à enfermer le corps des condamnés pour atteindre leur esprit. Dans son ouvrage *Des délits et des peines*, le philanthrope a énoncé les principes révolutionnaires de cette nouvelle justice criminelle tels que le principe d'égalité des

[58] BECCARIA C. [trad. CHEVALLIER M.], *Des délits et des peines (1764)*, Paris, Flammarion, 1991, p. 125.
[59] *Ibidem*, p. 86.
[60] PORRET M., *Beccaria : le droit de punir*, Paris, Michalon, 2003, p. 83.
[61] *Ibid.*, p. 26.
[62] *Ibid.*
[63] *Ibid.*, p. 128.
[64] *Ibid.*, p. 87.
[65] *Ibid.*, p. 128.

citoyens devant la loi, de légalité des délits et des peines, de nécessité de la peine et de non-rétroactivité de la loi pénale. Ainsi, « *pour que n'importe quelle peine ne soit pas un acte de violence exercé par un seul ou par plusieurs contre un citoyen, elle doit absolument être publique, prompte, nécessaire, la moins sévère possible dans les circonstances données, proportionnée au délit et déterminée par la loi* »[66]. Ces idées réformistes ont été soutenues par les philanthropes œuvrant pour une modernisation du système judiciaire. D'après Robert Badinter, « *au XIXe siècle, le traité Des délits et des peines apparaît comme la source la plus importante des progrès réalisés dans la législation criminelle en France et dans toute l'Europe continentale* »[67]. Et, la prison, longtemps utilisée comme un simple lieu de garde et de sûreté, a alors été envisagée comme la modalité d'exécution de cette peine privative de liberté proposée par Cesare Beccaria.

5. La prison, un simple lieu de garde et de sûreté. La prison est l'une des plus vieilles institutions du monde. « *De tous temps il y a eu des "geôles", mais l'on n'y purgeait pas de peine* »[68]. Déjà dans l'Antiquité, la privation de liberté était une mesure provisoire, la prison n'était alors qu'un lieu de sûreté. Avant la révolution de 1789, de nombreux lieux d'enfermement très hétérogènes ont été édifiés. Au Moyen-âge, les lépreux étaient enfermés dans les « léproseries » alors que les mendiants et vagabonds étaient enfermés et mis au travail dans des « enfermeries »[69]. Au XVe siècle, Louis XI enfermait ses opposants dans des « oubliettes », cachots installés dans le sous-sol du donjon des châteaux. Au XVIe siècle, François Ier emprisonnait « *les pauvres marauds, vagabonds, incorrigibles, belistres, ruffians, caymans et caymandeuses dans de petites maisons* »[70]. Dans un édit de 1656, Louis XIV créa les hôpitaux généraux. Les quartiers de force de ces établissements n'avaient pas de vocation médicale mais servaient à enfermer et corriger les mendiants, les vagabonds et les prostituées. Dès 1767, des dépôts de mendicité ont été institués pour enfermer mais aussi mettre au travail les pauvres, les vagabonds et les mendiants. Aux côtés de ces lieux d'enfermement à caractère social coexistaient, à la veille de la Révolution, les prisons ordinaires et les maisons de force. D'après Christian Carlier, les prisons ordinaires étaient « *destinées à accueillir les prisonniers en attente ou d'un jugement ou de l'exécution d'une*

[66] BECCARIA C. [trad. CHEVALLIER M.], *Des délits et des peines (1764)*, Paris, Flammarion, 1991, p. 179.
[67] *Ibidem*, p. 45.
[68] SCHMELCK R., PICCA G., *Pénologie et droit pénitentiaire*, Paris, Cujas, 1967.
[69] CARLIER C., *L'histoire de l'enfermement*, Cahiers de la sécurité 2010, n° 12, p. 216-227.
[70] COSTANTINI P.-P., [dir. ABELHAUSER A.], *L'acte et son énigme. Entre l'innombrable et l'indicible. Psychopathologie en milieu carcéral*, Thèse de doctorat d'université, Psychopathologie clinique, Rennes, Université Rennes 2, 2007, p. 33.

peine criminelle, ainsi que les dettiers (tant ceux en matière pénale que civile), elles se referm[aient] *aussi sur les mineurs délinquants, les prostituées, les mendiants et vagabonds, ainsi que, de plus en plus, sur des condamnés à une peine d'enfermement ou sur des prisonniers pour "plus ample informé" (un biais grâce auquel le juge d'instruction évit[ait] à l'accusé une peine corporelle ou infâmante)* »[71]. Les maisons de force, quant à elles, assuraient comme des « *forteresses militaires* […] *la défense de la nation (sur les frontières) ou de la ville (la Bastille et Vincennes à Paris) contre l'ennemi extérieur, mais aussi contre l'ennemi intérieur (espions, traîtres, prisonniers politiques et prisonniers d'opinion) qui y était enfermé par lettre de cachet* »[72]. Dès le règne de Louis XIV, ces maisons de force ont accueilli « *moyennant un prix de pension versé par la famille ou l'État, les délinquants objets d'une lettre de cachet ou d'une mesure de correction paternelle, mais aussi les fous, les défigurés, et bien d'autres catégories de misère* »[73].

Dans ces lieux d'enfermement, la privation de liberté n'était pas utilisée dans le but de punir les individus. L'objectif n'était autre que d'écarter les individus dangereux de la société afin d'assurer la protection de celle-ci. Cette pratique résonne dans la célèbre maxime d'Ulpien[74] : « *Carcer enim ad continendos homines, non ad puniendos haberi debet* » (la prison doit être employée pour retenir les hommes et non les punir). La prison permettait ainsi de détenir les individus dangereux soit avant leur jugement, soit avant l'exécution de leur peine. Pour de nombreux auteurs, la prison n'était, à cette époque, que « *l'antichambre de la souffrance ou de la mort* »[75]. Mais les individus détenus n'étaient pas pour autant systématiquement dangereux. La prison permettait d'écarter tous ceux qui incommodaient la société et avait ainsi vocation à enfermer des marginaux. En définitive, la prison était un « *lieu de garde et de sûreté plutôt préventif, où séjournaient les accusés en attente de jugement (prévenus), les condamnés en passe d'exécuter leur peine (mort, bagne,…), les dettiers, les détenus soumis à la contrainte par corps, ainsi que toute une population, considérée comme menaçante pour l'ordre social, familial ou public* »[76].

---

[71] CARLIER C., *L'histoire de l'enfermement*, Cahiers de la sécurité 2010, n° 12, p. 216-227.
[72] *Ibidem.*
[73] *Ibid.*
[74] V. Le Digeste de l'empereur Justinien 1er publié en 533 (Dig. 48.19.8.9) : « *Solent praesides in carcere continendos damnare aut ut in vinculis contineantur : sed id eos facere non oportet. nam huiusmodi poenae interdictae sunt : carcer enim ad continendos homines, non ad puniendos haberi debet* ».
[75] PANSIER F.-J., *La peine et le droit*, Paris, Que sais-je ?, PUF, 1994, p. 22.
[76] VIMONT J.-C., *La prison. L'ombre des hauts murs*, Paris, Découvertes Gallimard, 2004, p. 12.

6. Une dénonciation des conditions de vie en détention : le témoignage de John Howard. Les lieux d'enfermement évoqués précédemment, nombreux et disparates, étaient surpeuplés, insalubres, mal aérés et peu éclairés. Le taux de mortalité y était très élevé. L'anglais John Howard a constaté, lors de son incarcération à la prison de Brest, l'état déplorable des lieux d'enfermement. De cette expérience est née sa volonté d'améliorer les prisons et notamment les conditions de vie des détenus. De 1773 à 1790, il a alors entrepris la visite de nombreux lieux d'enfermement dans divers pays d'Europe[77]. Lors de ces voyages, il a observé les conditions de vie en détention lamentables qui régnaient dans les prisons d'Europe. Dans son ouvrage *L'état des prisons*, le philanthrope a non seulement dénoncé le manque d'eau, le défaut d'hygiène, l'insuffisance et le non renouvellement de l'air mais aussi le surpeuplement, le confinement et l'oisiveté[78]. Ainsi, pour John Howard, « *il est odieux d'exposer à perdre dans les prisons les mœurs, la santé, la vie même de ceux que la loi ne condamnait qu'à une privation de liberté* »[79]. La mobilisation de ce philanthrope a dès lors marqué les prémisses d'une préoccupation de la société pour la santé des personnes détenues dans les lieux d'enfermement. Et John Howard ne s'est pas contenté de dresser un constat, il s'est aussi voulu réformateur[80]. Dans toute l'Europe, l'influence de John Howard sur la matière pénitentiaire a été considérable. Mais, les prisons françaises, dont l'état désastreux a été dénoncé par le philanthrope anglais, n'étaient jusque-là que des lieux de rétention. La privation de liberté était utilisée, non pas pour punir, mais pour écarter les individus de la société.

7. La prison, une modalité d'exécution de la peine privative de liberté (origines). Si ce n'est qu'au XVIIIe siècle que la prison est devenue une modalité d'exécution de la peine privative de liberté, instaurée comme peine principale de droit commun, des origines ont cependant été trouvées non seulement dans le droit canonique mais aussi dans le droit laïc. Le droit canonique est à l'origine de l'émergence du système pénitentiaire contemporain. « *L'idée d'utiliser la prison comme peine apparait avec le développement de la pensée*

---

[77] HOWARD J. [trad. CARLIER C., PETIT J.-G.], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994, p. 23-24.

[78] HOWARD J., *The State of the prisons in England and Wales, with preliminary observations, and an account of some foreign prisons*, Warrington, William Eyres, 1777. Trois nouvelles éditions sont successivement parues en 1780, en 1784 et à titre posthume, en 1792.

[79] John Howard cité par PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 37 in GERMAIN Ch., Directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

[80] Pour aller plus loin : HOWARD J. [trad. CARLIER C., PETIT J.-G.], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle, op. cit.*, p. 91-111.

chrétienne »[81]. Pour le criminologue Jean Pinatel, « *alors que la prison est utilisée essentiellement comme un instrument policier de détention avant jugement, les peines canoniques font appel, à côté de l'excommunication, à des pénitences, pèlerinages, aumônes, ainsi qu'à des peines privatives de liberté, tels que la détention perpétuelle et l'internement à temps dans un monastère* »[82]. La privation de liberté par isolement cellulaire est alors devenue un instrument de pénitence par lequel le pécheur expie ses fautes. Le mot « pénitence » vient du latin *paenitentia* qui signifie « *regret, repentir* »[83]. Jean Pinatel a observé que « *la privation de liberté est le moyen d'un système pénitentiel, auquel se soumettent des pécheurs animés d'un esprit de mortification. Ils font pénitence de leurs fautes par la réclusion dans un monastère ; réclusion solitaire car la solitude rapproche de Dieu* »[84]. Et, dès le XVIIe siècle, l'Église a connu un véritable engouement pour la peine privative de liberté. Elle s'est lancée « *dans la voie non plus seulement pénitentielle, mais pénitentiaire* »[85]. En 1246, le Concile de Béziers a soumis les pécheurs à un isolement de nuit et à une vie en communauté le jour régie par la règle du silence. Dans son ouvrage *Réflexions sur les prisons des ordres religieux*, publié en 1690, le moine Mabillon a conçu « *le système moderne de l'individualisation de la peine, mettant en relief l'idée de progressivité et traçait le tableau d'une prison moderne, faisant ainsi œuvre de précurseur* » [86]. Il s'est pour autant opposé à tout isolement absolu. En 1703, Clément XI a construit, comme dépendance de l'hospice Saint-Michel à Rome, une prison de correction pour jeunes détenus. Sur le modèle de cette prison, Clément XII, a édifié, à Rome, en 1735, une prison de femmes. Le développement du système pénitentiaire de l'Église a ensuite gagné toute l'Europe.

Dans le droit laïc, les origines du système pénitentiaire contemporain remontent à la fin du XVIe siècle. En 1596, à Amsterdam, deux établissements pénitentiaires ont été construits, le *Rasphuis* et le *Spinhuis*[87]. Le *Rasphuis* (« maison où l'on râpe ») recevait de jeunes voleurs, vagabonds et mendiants. Les détenus y râpaient du bois de campêche pour en

---

[81] RENAUT M.-H., « De l'enfermement sous l'Ancien Régime au bracelet magnétique du XXIe siècle. Qu'en est-il de l'exécution effective des peines d'emprisonnement ?, *RPDP* 1997, p. 275.
[82] PINATEL J., *Histoire des sciences de l'homme et de la criminologie*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 56.
[83] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Pénitence [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/
Une pénitence correspond à un « *regret intérieur et effectif de ses fautes, accompagné de la ferme volonté de les réparer et de ne plus y retomber* ». Par extension, elle se traduit par une « *peine imposée en réparation d'une* faute ».
[84] PINATEL J., *Histoire des sciences de l'homme et de la criminologie*, *op. cit.*, p. 56.
[85] *Ibidem*.
[86] AMOR P., « La réforme pénitentiaire en France », *RSC* 1947, p. 3.
[87] CONSTANT J., « L'évolution du régime pénitentiaire », *RDPC* 1950-1951, p. 1002 ; KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 175.

faire de la teinture. Le *Spinhuis* (« maison où l'on file ») accueillait des femmes mendiantes ou prostituées et les obligeait à filer de la laine. Le régime de ces établissements répondait à un isolement de nuit et à un travail en commun de jour. En 1775, dans la Belgique annexée, la prison-manufacture de Gand, édifiée par le bourgmestre vicomte Jean-Philippe Vilain XIIII suivait également ce régime d'enfermement. « *Qui noluerit Operari, non Manducet. L'homme est condamné par Dieu à manger son pain à la sueur de son visage* » disait le Vicomte Jean-Philippe Vilain XIIII[88]. Ces établissements pénitentiaires ont été les précurseurs du travail pénitentiaire qui a été, à la fin du XVIIIe siècle, au cœur de l'exécution de la peine privative de liberté. À cette époque, la modernisation du système pénal a été marquée par l'institution de la peine privative de liberté comme peine principale de droit commun faisant alors de la prison la modalité d'exécution de cette peine.

[88] VILAIN XIIII J.-P., *Mémoire sur les moyens de corriger les malfaiteurs et fainéants à leur propre avantage et de les rendre utiles à l'Etat,* Gand, De Goesin, 1775, p. 26.

UNE RELATIVE HUMANISATION DE LA PEINE

« *Punis le criminel, mais n'outrage point l'homme* »[89].

8. L'Assemblée nationale législative de 1791 : une disparition des châtiments corporels annoncée. La Révolution française de 1789 a marqué un tournant considérable dans la modernisation du système pénal et ce, en raison du vote par l'Assemblée constituante, le 26 août 1789, de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Énoncés par Cesare Beccaria, les principes d'égalité des citoyens devant la loi, de légalité des délits et des peines, de nécessité de la peine et de non-rétroactivité de la loi pénale ont été repris dans les articles 6 et 8 de la déclaration. Et la période humanitaire a atteint son apogée lors de l'adoption en 1791, par l'Assemblée nationale législative, du premier Code pénal français inspiré des principes de Cesare Beccaria. Conformément aux dispositions de ce Code pénal, les châtiments corporels tels que les supplices qui accompagnaient la peine capitale mais aussi les peines qui mutilaient ou marquaient le corps des criminels (la marque ou encore la flétrissure) ont été proscrits, exprimant ainsi « *la fin du spectacle punitif* »[90]. Néanmoins, sous le Premier Empire, le système répressif a de nouveau eu recours aux châtiments corporels et ce, conformément aux dispositions du Code pénal de 1810, dit « Code napoléonien ». À titre d'exemple, l'article 13 du code prévoyait l'amputation du poing droit du parricide avant l'exécution de la peine capitale[91]. Toutefois, conformément à l'article 27 de ce code, les femmes enceintes ne pouvaient être exécutées avant leur accouchement, comme l'avait prescrit l'Ordonnance criminelle de 1670[92]. La santé des femmes enceintes n'était pas la seule préoccupation d'ordre sanitaire sous l'Ancien régime. Aux termes de l'article 64 du Code pénal de 1810, « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps*

---

[89] GINOUVIER J.-F.-T, *Tableau de l'intérieur des prisons de France, ou, Etudes sur la situation et les souffrances morales et physiques de toutes les classes de prisonniers ou détenus*, Paris, Baudouin Frères, 1824, V. première de couverture.

[90] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Histoires », 1975, p. 14.

[91] En outre, en vertu de l'article 15 du Code pénal de 1810, les forçats étaient condamnés à trainer un boulet attaché, par une chaîne, à leurs pieds. En application de l'article 26, la flétrissure était infligée à tous les condamnés aux travaux forcés à perpétuité. Conformément à l'article 22, le condamné aux travaux forcés, à perpétuité, à temps ou à réclusion, était attaché au carcan sur la place publique.

[92] Cf. *supra* n° 2.

de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » [93]. Une attention particulière était donc portée à la santé mentale des délinquants et ce, non pas dans leur intérêt mais dans celui de la société. La maladie mentale était « *source d'exclusion* »[94]. En outre, dès 1839, face au nombre important de grossesses de femmes détenues, un corps féminin de gardiens de prisons a été créé afin de protéger les femmes contre les risques de viols par les surveillants[95]. Ce n'est qu'à la suite de l'adoption de la loi du 28 avril 1832 que les châtiments corporels ont été abolis[96]. Quant à la peine de mort, elle a été abolie en matière politique sous la Révolution française de 1848. Il aura fallu attendre le 9 octobre 1981 pour que la peine de mort de droit commun soit abolie à l'initiative du gouvernement de Robert Badinter, sous la présidence de François Mitterrand[97].

9. Une généralisation de la peine privative de liberté. Le caractère fondamental conféré à la liberté d'aller et venir[98] a légitimé le recours à la privation de liberté comme peine principale de droit commun. En effet, selon le criminologue George Kellens, « *la nature de la peine dominante est toujours en rapport avec la nature des biens les plus appréciés* »[99]. Après l'adoption du premier Code pénal en 1791, la peine privative de liberté a été instituée comme peine principale de droit commun et ce, sous quatre formes : la peine de fers[100], la peine de réclusion[101], la peine de gêne[102] et la peine de détention[103]. L'utilisation de la

[93] Pour aller plus loin : VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013, n° 15, p. 38.
[94] VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, *op. cit*., n° 34, p. 69.
[95] MENABÉ C., *Réflexions critiques sur la criminalité féminine, Thèse de doctorat d'université,* Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013, n° 301, p. 334.
[96] Loi n° 178 du 28 avril 1832 relative aux modifications apportées au Code pénal et au Code d'instruction criminelle, JORF du 20 août 1944, p. 121.
[97] Loi n° 81-908 du 9 octobre 1981 portant abolition de la peine de mort, JORF du 10 octobre 1981 p. 2759.
[98] Cons. const., 12 juillet 1979, n° 79-107 DC. Dans cette décision, le Conseil constitutionnel a consacré la liberté d'aller et venir comme liberté fondamentale (considérants n° 2 et 3).
[99] Cité par KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 173.
[100] La peine de fers contraignait les condamnés à des travaux forcés « *soit dans l'intérieur des maisons de force, soit dans les ports et arsenaux, soit pour l'extraction des mines, soit pour le dessèchement des marais, soit enfin pour tous autres ouvrages pénibles* ». Code pénal de 1791, art. 6, 7 et 8.
[101] La peine de réclusion, qui consistait en une peine d'emprisonnement, était destinée aux femmes qui étaient dans l'impossibilité d'exécuter la peine des fers qui leur était infligée. Code pénal de 1791, art. 9 à 13.
[102] La peine de gêne se traduisait par un emprisonnement de type cellulaire soumis à un régime particulièrement rigoureux. Code pénal de 1791, art. 14 à 19.
[103] Les condamnés à la peine de détention étaient enfermés dans un établissement prévu à cet effet et mis au travail. Code pénal de 1791, art. 20 à 27.

privation de la liberté d'aller et venir, à titre de sanction pénale, a ainsi donné naissance à l' « *emprisonnement-peine* »[104].

10. Un enfermement du corps et un assujettissement de l'esprit. La généralisation de la peine privative de liberté, dans le système de pénalités, a mis un terme aux effusions de sang de l'Ancien Régime. « *A disparu, en quelques dizaines d'années, le corps supplicié, dépecé, amputé, symboliquement marqué au visage ou à l'épaule, exposé vif ou mort, donné en spectacle. A disparu le corps comme cible majeure de la répression pénale* »[105]. Néanmoins, le corps des personnes détenues demeure objet et cible du pouvoir. Il n'est pas libéré de la prise que les instances de pouvoir ont sur lui. Pour le criminologue George Kellens, « *l'emprisonnement-peine est apparu en fait comme la peine de remplacement après la suppression graduelle des peines corporelles et capitales. Mais les prisons ne perdirent pas d'emblée tout caractère de peine corporelle* »[106]. Le corps du condamné n'est plus supplicié mais il est enfermé pour mieux assujettir l'esprit de ce dernier[107]. Les instances de pouvoir investissent alors le corps en privant le condamné, pour un temps déterminé, de la liberté d'aller et venir. Certes, la souffrance infligée au corps n'est plus un élément constitutif de la peine, mais le corps conserve une place centrale dans le système répressif. « […] *La relation châtiment-corps n'y est pas identique à ce qu'elle était dans les supplices. Le corps s'y trouve en position d'instrument ou d'intermédiaire : si on intervient sur lui en l'enfermant* […], *c'est pour priver l'individu d'une liberté considérée à la fois comme un droit et un bien. Le corps est pris dans un système de contrainte et de privation, d'obligations et d'interdits* »[108]. La peine privative de liberté est alors associée à un supplément de douleur physique et psychique et ce, par les châtiments imposés indirectement au corps et à l'esprit.

Les principales contraintes carcérales exercées sur le corps et l'esprit résident non seulement dans l'impossibilité pour la personne détenue de se déplacer librement et dans la restriction de son espace vital [109] mais aussi dans l'incapacité d'organiser et de jouir librement

---

[104] KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000. p. 175.
[105] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Histoires », 1975, p. 14.
[106] KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, *op. cit.*.
[107] LEFEUVRE DEOTTE M., *« Foucault : le corps, le pouvoir, la prison », Revue Appareil* 2009, n° 4.
[108] FOUCAULT M., *Surveiller et punir, op. cit.*, p. 17-18.
[109] Pour aller plus loin : MILHAUD O. [dir. DI MEO G.], *Séparer et punir. Les prisons françaises : mise à distance et punition par l'espace,* Thèse de doctorat d'Université, Géographie, Bordeaux, Université Michel de Montaigne Bordeaux III, 2009. L'auteur démontre comment la prison punit les personnes détenues en les retirant de l'espace public, en les mettant à distance de leurs proches et en les confinant dans un espace clos et segmenté.

de son temps. Les mouvements et gestes des détenus sont limités, programmés et surveillés. Le corps est également observé et fouillé par l'institution carcérale. Et « *la fouille à corps* […] *parachève la désappropriation d'un corps devenu objet de suspicion jusque dans ses orifices* »[110]. De plus, toute la structure temporelle découle de l'univers carcéral[111]. Le temps carcéral est uniforme et impersonnel. « *En prélevant le temps du condamné, la prison semble traduire concrètement l'idée que l'infraction a lésé au-delà de la victime, la société toute entière. Évidence économico-morale d'une pénalité qui monnaie les châtiments en jours, en mois, en années et qui établit des équivalences quantitatives délits-durée* »[112]. La personne détenue est ainsi contrainte, par le temps, à réparer le préjudice qu'elle a causé à la société[113]. L'attente en milieu carcéral marque tant le corps que l'esprit des personnes détenues. Elle revêt « *une dimension instrumentale pour l'institution puisqu'elle sert à asseoir l'emprise de l'institution sur les individus qu'elle enferme (substituer les rythmes carcéraux et judiciaires aux rythmes intimes et sociaux ordinaires)* »[114]. En conséquence, la peine conserve une influence certaine sur la santé physique et psychique des personnes tenues de l'exécuter. Le corps réagit à la transformation de l'espace vital, au changement du mode de vie et aux contraintes liées à l'univers carcéral (privation sexuelle, nouvelles règles alimentaires, etc.). Cette réaction peut consister en une perte ou une prise de poids importante, en un amoindrissement des cinq sens et en un ralentissement ou une accélération du vieillissement voire même en une perte de cheveux ou de dents. L'ensemble des contrariétés dont est l'objet les détenus peuvent mettre à mal leur bien-être psychique voire même leur santé mentale. En somme, tous les aspects de la vie en détention sont soumis aux contraintes du milieu carcéral. Selon Erving Goffman, ces contraintes font ainsi de l'administration pénitentiaire une « *institution totale* »[115]. En tout état de cause, « *le châtiment est passé d'un art des sensations insupportables à une économie des droits suspendus* »[116]. L'humanisation des peines, par l'insertion de la privation de liberté dans l'éventail répressif, est par conséquent relative.

---

[110] BARLET P., « La prison, carrefour des paradoxes », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 16-19 [consulté le 25 septembre 2011]. Disponible sur : http://www.elserevue.fr/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/Prison-Carrefour-des-paradoxes_Expertise.pdf.

[111] Pour aller plus loin : ENGLEBERT J., *Psychopathologie de l'homme en situation : le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Paris, Hermann, 2014.

[112] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 269.

[113] Pour aller plus loin : SLIWOWSKI G., « La sociologie du temps et la peine privative de liberté », *RSC* 1974, p. 295-312.

[114] BOUAGGA Y., « Le temps de punir. Gérer l'attente en maison d'arrêt », *Terrain* 2014, n° 63, p. 86-101. V. aussi BOUAGGA Y. [dir. FASSIN D.], *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, Thèse de doctorat d'université, Sociologie, Paris, Université de Paris XIII, 2013.

[115] GOFFMAN E. [LAINÉ L. et C. trad.], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

[116] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, *op. cit.*, p. 18.

Certes, la cruauté des châtiments corporels a disparu mais est-il pour autant humain d'enfermer les hommes ? « *Si l'emprisonnement apparaît lui-même comme une victoire humaniste sur les châtiments corporels, sur la peine de mort et sur l'inégalité de traitement, aucun châtiment n'a semblé plus égalitaire et moins inhumain que la privation du temps, de l'espace et du mouvement* »[117]. D'après Michel Foucault, la prison « *n'a jamais fonctionné sans un certain supplément punitif qui concerne bien le corps lui-même.* […] *La prison dans ses dispositifs les plus explicites a toujours ménagé une certaine mesure de la souffrance corporelle* »[118]. Mais, en dépit de cette souffrance infligée au corps et à l'esprit, la peine privative de liberté vise à amender et à réinsérer les personnes condamnées.

11. Un amendement et une réinsertion du condamné recherchés. Les fonctions de la peine privative de liberté ne se limitent pas à l'expiation et à l'intimidation. Selon Michel Foucault, « *l'évidence de la prison se fonde* [...] *sur son rôle, supposé ou exigé, d'appareil à transformer les individus* »[119]. En effet, « *dès l'Antiquité, Socrate mettait en garde contre la colère à l'égard des criminels et demandait qu'on leur enseigne surtout comment ne plus commettre d'infractions en leur donnant l'instruction et la formation qui leur ont souvent fait défaut. Platon estimait de même que "Si quelqu'un a commis un crime, la loi lui enseignerait à ne plus le répéter"* »[120]. Dès lors, l'exécution de la peine privative de liberté implique non seulement l'enfermement et la punition mais aussi la correction du condamné et ce, par la voie de l'amendement. Le terme « amender » vient du latin *emendare* qui signifie « *corriger, améliorer* »[121]. En ce sens, l'amendement est une « *vertu attribuée à la sanction pénale, quelle qu'en soit la nature ou l'intensité, sous forme d'amélioration personnelle du délinquant et de sa réinsertion dans la société* »[122]. L'objectif ainsi poursuivi par la peine privative de liberté est de modifier le comportement de la personne condamnée en vue d'une amélioration personnelle. Cette amélioration doit profiter certes à l'individu mais aussi à la société. Dans cette perspective, la peine doit également être exécutée de façon à réadapter socialement les personnes condamnées afin qu'elles retrouvent, une fois leur peine accomplie, une place dans la société. Néanmoins, pendant longtemps, ces fonctions amendantes et

[117] KAMINSKI D., « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie* 2010, vol. 43, n° 1, p. 202.
[118] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 23.
[119] *Ibidem*, p. 269.
[120] BOULOC B., *Pénologie*, 3e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011, p. 10-11.
[121] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Amender [consulté le 21 juillet 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/
[122] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Amendement.

resocialisantes de la peine privative de liberté ont été niées. Ce n'est qu'en 1945, avec la réforme pénitentiaire dite « réforme Amor », que l'amendement et le reclassement social de la personne condamnée sont devenus officiellement les objectifs majeurs de la peine. D'après Michel Foucault, « *dresser* » les corps et les esprits est la mission confiée à l'institution pénitentiaire[123]. Un corps dressé est un corps docile. « *Est docile un corps qui peut être soumis, qui peut être utilisé, qui peut être transformé et perfectionné* »[124]. Il fait référence à Walhausen[125], pour qui « *la droite discipline* » est un art du « *bon dressement* ». En conséquence, la discipline est l'art de rendre les corps dociles. Ainsi, « *la prison doit être un appareil disciplinaire exhaustif. En plusieurs sens : elle doit prendre en charge tous les aspects de l'individu, son dressage physique, son aptitude au travail, sa conduite quotidienne, son attitude morale, ses dispositions ; la prison, beaucoup plus que l'école, l'atelier ou l'armée, qui impliquent toujours une certaine spécialisation, est "omni-disciplinaire". De plus la prison est sans extérieur ni lacune ; elle ne s'interrompt pas, sauf sa tâche totalement achevée ; son action sur l'individu doit être ininterrompue : discipline incessante. Enfin, elle donne un pouvoir presque total sur les détenus ; elle a ses mécanismes internes de répression et de châtiment : discipline despotique* »[126]. Les règles imposées par la discipline carcérale rythment la vie en détention en ne laissant qu'une faible marge de manœuvre aux personnes incarcérées. La discipline est ainsi l'outil de l'administration pénitentiaire lui permettant, certes d'avoir une emprise manifeste sur le corps et l'esprit des détenus, mais aussi de favoriser l'amendement et la réinsertion des condamnés[127].

L'amendement et la réhabilitation du condamné recherchés par l'exécution de la peine privative de liberté n'ont eu de cesse d'être affirmés. Le Conseil constitutionnel a rappelé, dans sa décision n° 93-334 DC du 20 janvier 1994, que « […] *l'exécution des peines privatives de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue, non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi pour favoriser l'amendement de celui-ci par son éventuelle réinsertion* » [128]. Les fonctions et objectifs de la peine privative de liberté ont à nouveau été précisés par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, dans son article premier : « *Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté*

[123] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 200.
[124] *Ibidem*, p. 160.
[125] *Ibid*., p. 200.
[126] *Ibid*., p. 273.
[127] Pour aller plus loin : LAMBERT Gérard, *Le mitard : une approche sociologique de la discipline pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, 2015 ; CÉRÉ J.-P., *Droit disciplinaire pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, 2011.
[128] Cons. const. n° 93-334 DC du 20 janvier 1994, JORF du 26 janvier 1994, p. 1380 (considérant n° 12).

concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions »[129]. Toutefois, cet article de la loi pénitentiaire a été abrogé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014[130] qui a redéfini les fonctions et objectifs de la peine privative de liberté. Ainsi, aux termes de l'article 130-1 du Code pénal, « *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* [et] *de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion* »[131]. Cet objectif de la peine est aussi rappelé au deuxième paragraphe de l'article 707 du Code de procédure pénale, « *le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions.* […] »[132].

12. Des conséquences délétères du travail pénitentiaire sur la santé. En quête d'amendement des personnes condamnées, les prisons ont longtemps été des lieux de réhabilitation par le travail. Dans une instruction en date du 22 mars 1816, le ministre de l'intérieur Vincent-Marie Vaublanc a affirmé que « *le travail est, de tous les moyens, le plus propre à corriger les hommes dépravés* »[133]. L'exécution de la peine privative de liberté s'est alors traduite par un enfermement et une mise au travail des personnes condamnées. De ce fait, avant d'être utilisée comme instrument de réhabilitation dans le cadre de l'exécution de la peine privative de liberté, la mise au travail des condamnés a été prononcée comme peine. Une distinction doit donc être faite entre le travail carcéral (ou pénitentiaire) et le travail pénal. Le travail pénitentiaire est le travail accompli dans le cadre de l'exécution d'une peine privative de liberté alors que le travail pénal correspond au travail appliqué à titre de peine. « *L'utilisation du travail des condamnés à des fins répressives est une institution ancienne. Les galères, les bagnes, les travaux forcés où les condamnés devaient être employés aux "travaux les plus pénibles" ont offert autant d'exemples* »[134]. Sa finalité était ainsi

[129] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 1er.
[130] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 24.
[131] *Ibidem*, art. 1er.
[132] *Ibid*., art. 24.
[133] Cité par FIZE M., « Le travail dans les prisons (1873-1914) », *RSC* 1990, p. 298.
[134] SCHMELCK R., PICCA G., *Pénologie et droit pénitentiaire*, Paris, Cujas, 1967, p. 287.

d'expier et d'affliger le condamné[135]. À la suite de l'instauration de la peine privative de liberté comme peine principale de droit commun, les personnes privées de liberté ont été soumises à une obligation de travail afin notamment de rechercher leur amendement. Selon Voltaire, « *Forcez les hommes au travail et vous les rendrez honnêtes* »[136]. Le Professeur Georges Vidal a apporté des justifications à cette obligation de travail. « *Le travail manuel* [était] *imposé aux condamnés : d'une part, pour empêcher qu'assurés de la vie matérielle ils n'aient une situation meilleure que celle des ouvriers libres obligés de travailler pour vivre*[[137]] *; d'autre part pour éviter les dangers de l'oisiveté, qui rendrait toute discipline impossible ; en troisième lieu, pour rembourser à l'État les dépenses que celui-ci* [faisait] *pour l'entretien des prisonniers et, au besoin pour réparer le préjudice causé aux particuliers ; enfin pour contribuer à la moralisation des condamnés, en leur apprenant un métier, en leur donnant le goût du travail au moyen d'un salaire qui leur permettra d'adoucir, dans une certaine mesure, leur sort pendant la peine et d'avoir, à leur libération, une certaine somme pour vivre en attendant de trouver un emploi* »[138]. Cet objectif de réhabilitation par le travail n'a néanmoins pas été atteint. En effet, la réalité a été toute autre.

Du fait de la dureté des conditions de travail, les personnes privées de liberté ont de fait été soumises à un complément de peine. Suite au déclin progressif des bagnes, a émergé l'idée d'affecter les personnes condamnées à des travaux utiles dans les colonies[139]. En raison des peines de déportation, de transportation et de relégation, les colonies sont devenues de

---

[135] La peine des galères, fréquemment appliquée sous l'Ancien Régime, est apparue dès la fin du XVe siècle. Elle a marqué la consécration du travail exécuté à titre de peine. Les condamnés étaient astreints à des travaux forcés et ainsi, envoyés comme rameurs sur les galères royales dans des conditions inhumaines. Par le travail galérien qui réduisait l'individu à l'état d'esclave du souverain, la puissance du roi était réaffirmée. Suite à une ordonnance de Louis XV, en date du 27 septembre 1748, la peine des bagnes s'est substituée à la peine des galères et ce, en raison de l'essor de la marine à voile. Les forçats étaient affectés à la construction navale. Ont alors été créés, les grands bagnes portuaires de Brest, Rochefort et Toulon. L'article 6 du Code pénal de 1791 a ensuite prévu que « *les condamnés à la peine des fers, seront employés à des travaux forcés au profit de l'État* […] ». Cette « peine des fers » a été reprise sous le Code pénal de 1810 mais sous l'appellation de « travaux forcés ». Pour aller plus loin : PETIT J.-G., CASTAN N., FAUGERON C., PIERRE M., ZYSBERG A., *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIIIe – XXe s.). Introduction à l'histoire pénale de la France*, Toulouse, Privat, 1991.

[136] VOLTAIRE, *Commentaire sur le livre des Délits et des Peines*, 2e éd., Gabriel Grasset, 1767, p. 51.

[137] Il est fait référence au principe de la moindre éligibilité.

[138] VIDAL G., *Cours de droit criminel et de sciences pénitentiaires*, Paris, Rousseau et Cie, 1921, p. 660.

[139] Le 30 mai 1854, une loi sur la transportation dans les colonies (Guyane et Nouvelle-Calédonie) pour l'exécution de la peine de travaux forcés a été promulguée (loi du 30 mai 1854 sur l'exécution de la peine de travaux forcés, JORF du 20 août 1944, p. 269). La loi du 27 mai 1885 a instauré la peine de relégation qui consistait dans la transportation des récidivistes hors du territoire français, en Guyane essentiellement (loi du 27 mai 1885 relative aux récidivistes, JORF du 28 mai 1885, p. 2721). Les opposants politiques, condamnés à la peine de déportation étaient également transportés dans les colonies mais ils bénéficiaient d'un régime particulier et n'étaient pas soumis à l'obligation de travail (loi du 8 juin 1850 relative à la déportation, JORF du 20 août 1944, p. 266). Pour aller plus loin : PETIT J.-G., CASTAN N., FAUGERON C., PIERRE M., ZYSBERG A., *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIIIe – XXe s.). Introduction à l'histoire pénale de la France*, *op. cit.*

« *vastes prisons à ciel ouvert* »[140] où les personnes détenues étaient soumises au travail en commun de jour et à l'enfermement de nuit. Ces colonies ont alors été « *le théâtre de l'agonie de travailleurs décimés par les maladies* »[141]. Les conditions climatiques étaient difficiles et les conditions de vie des forçats étaient déplorables. Le manque d'hygiène a causé de graves épidémies et a accru le taux de mortalité déjà conséquent. Les forçats étaient soumis au port du boulet[142]. La jambe était alors attachée par une chaîne à un boulet qu'ils devaient donc trainer. Soumis à la flétrissure, le corps des condamnés était marqué au fer rouge[143]. Le port du boulet et la flétrissure n'ont été qu'humiliation et dégradation. La pénibilité et même la férocité du travail ainsi que les mauvaises conditions de travail ont mis à mal la personne physique du travailleur détenu. Le moral des forçats était assailli par la répétition des corvées, par leur déqualification et par le peu de rentabilité qu'elles occasionnaient. La personne détenue était alors atteinte dans son âme et dans sa chair. Eu égard à la dureté des conditions de travail, le criminologue George Kellens a affirmé qu' « *il n'est pas douteux que le but réel poursuivi était avant tout le "débarras", spécialement lorsqu'il s'agissait de la transportation dans des régions insalubres, dont on avait bon espoir qu'ils* [les condamnés] *ne reviendraient pas : on a qualifié cette élimination, obtenue sans verser de sang, de "guillotine sèche"* »[144]. Le travail, imposé en complément de peine, n'est que « *souffrance et expiation* »[145], « *contrainte et punition* »[146]. Il est « *le véhicule légal d'un processus expiatoire* »[147]. La dureté des conditions de vie en détention et des conditions de travail imposées n'étaient donc pas conciliables avec une attention, aussi minime soit-elle, pour la santé des personnes détenues.

Derrière ce complément de peine, ne se cachait-il pas un intérêt purement économique ? Assurément. Comme force de travail, les personnes détenues ont une valeur économique considérable. Pour Goerg Rusche et Otto Kirchheimer, « *toute la problématique des relations économiques du régime des peines oscille autour du flux de la main d'œuvre, de*

---

[140] PONCELA P., *Droit de la peine,* 2e éd., Paris, P.U.F., coll. « Thémis Droit privé », 2001, p. 84.
[141] *Ididem*.
[142] Code pénal de 1810, art. 15.
[143] *Ibidem*, art. 26.
[144] KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 162.
[145] LORVELLEC S., « Travail et peine », *RPDP* 1997, p. 208.
[146] *Ibidem*.
[147] *Ibid*., p. 210.

son abondance ou de sa rareté »[148]. En effet, « *dans toutes les sociétés où se produit une pénurie de main d'œuvre, il existe une tendance à abandonner les châtiments corporels et l'anéantissement du criminel. Car même lui a encore de la valeur comme force de travail ; on ne le tue pas volontiers, mais on l'exploite si possible. Le travail forcé est la peine adéquate* »[149]. Le développement industriel, qu'a connu la France au début du XIXe siècle, a alors incité les industriels à puiser dans toutes les réserves de main-d'œuvre disponibles. Les prisons se sont révélées être une source abondante de main-d'œuvre bon marché. Le corps des personnes détenues a alors été instrumentalisé, exploité jusqu'à un extrême épuisement. Face à cet intérêt économique, la santé des personnes détenues était là encore loin d'être une préoccupation majeure. Pourtant, malgré la dureté des conditions de vie et de travail appliquées aux personnes privées de liberté, une attention a commencé à être portée à leur santé. Après une dénonciation de l'insalubrité des lieux d'enfermement, un mouvement d'hygiénisation a progressivement émergé et ce, afin de lutter contre les épidémies qui affectaient la population détenue. Il est à préciser que l'attention première était de protéger la société libre des risques de propagation des épidémies. En outre, les terribles conséquences sur la santé des condamnés de cette mise au travail se sont ensuite effacées en raison de l'abandon progressif de la fonction répressive du travail[150] puis, de la disparition de l'obligation au travail. L'obligation de travail faite aux personnes détenues a poursuivi un objectif, non plus de punition mais, de réhabilitation et de resocialisation du délinquant. Le travail obligatoire en prison a été définitivement supprimé par une loi du 22 juin 1987[151]. L'aliénation de la personne détenue par le travail a progressivement laissé place à la réinsertion du condamné par le travail, conception contemporaine du travail pénitentiaire[152].

---

[148] RUSCHE G., KIRCHHEIMER O., *Peine et structure sociale. Histoire et « théorie critique » du régime pénal*, Paris, Éditions du Cerf, 1994, p. 59, cité par KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 179.

[149] *Ibidem*. V. aussi p. 108, Goerg Rusche et Otto Kirchheimer ont également affirmé que « *Dans une situation de pénurie de bras prolongée, qui rendait toute force de travail précieuse, il eût été d'une cruauté économiquement "insensée" de continuer à exterminer les criminels. La peine privative de liberté prit la place des châtiments corporels et capitaux ; l'humanité se substitua à la cruauté ; à la place des échafauds de toujours, on édifia alors des maisons de correction. Cette humanité était des plus rentables : " à quoi sert-il, pour le voleur lui-même ou sa victime, de le pendre pour 50 florins, alors qu'il peut gagner quatre fois plus en un an d'atelier ? "* ».

[150] PINATEL J., *Précis de Science Pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 117.

[151] Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, JORF du 23 juin 1987, p. 6775.

[152] La poursuite de l'objectif de réinsertion est pour autant contestée. Selon Michel Foucault, « *qu'on les isole en cellules, ou qu'on leur impose un travail inutile pour lequel ils ne trouveront pas d'emploi : c'est de toute façon ne pas songer à l'homme en société* » (FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 310, cité par ROME I., *Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014, p. 141). La juge Isabelle Rome a affirmé à propos du travail en milieu carcéral qu'« *impliquant respect des horaires et discipline, il constitue un élément positif en vue de la sortie. Par le type même de tâches – répétitives et ne suscitant aucun effort de réflexion, il ne contribue cependant pas à une véritable insertion – ou réinsertion – des détenues* » (ROME I., *Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014, p. 141).

Cette évolution est principalement marquée par l'influence des normes supranationales. Dès le 10 décembre 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme énonce, dans son article 4, que « *nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes* ». De même, la Convention européenne des droits de l'homme, adoptée par le Conseil de l'Europe le 4 novembre 1950, prohibe l'esclavage et le travail forcé. Conformément à son article 4 § 2, « *nul ne peut être astreint à accomplir un travail forcé ou obligatoire* ». Le troisième paragraphe précise toutefois que tout travail requis normalement d'une personne soumise à la détention dans les conditions prévues par l'article 5 de la Convention, ou durant sa mise en liberté conditionnelle, n'est pas considéré comme travail forcé ou obligatoire. Et la Convention n° 105 sur l'abolition du travail forcé adoptée, le 25 juin 1957, par l'Organisation internationale du travail (O.I.T.) interdit également le recours au travail forcé ou obligatoire sous toute forme.

Eu égard à l'enfermement du corps et l'assujettissement de l'esprit inévitablement endurés par la seule privation de liberté, la fin du travail obligatoire n'a pas pour autant exempté de toute souffrance les personnes exécutant une peine privative de liberté au sein d'un établissement pénitentiaire. Une humanisation de la peine conduisant à restaurer les personnes détenues dans toute leur dignité ne peut être effective sans que leur santé ne soit préservée et que des droits en matière de santé ne leur soient conférés. Aussi, la santé des personnes détenues est progressivement apparue comme une question de société et de droit.

UNE QUESTION DE SOCIÉTÉ ET DE DROIT

« *Introduire le droit dans la prison, c'est aussi inscrire la prison dans la société* »[153].

13. Une préoccupation certaine et récente de la société pour la santé en prison. La privation de liberté permet, pour un temps donné, de tenir certains individus, les plus dangereux, à l'écart de la société mais il n'en demeure pas moins que ces individus font bel et bien partie de la société. En effet, « *il est tentant de penser que les prisonniers font partie d'un autre monde mais cela ne change rien au fait que cette société qu'ils habitent est la nôtre* »[154]. De toute évidence, « *la prison n'est qu'un reflet démesurément grandi de la société qui produit ceux qu'elle incarcère* »[155]. La nécessité d'insérer la prison dans la société est alors progressivement apparue. Et la société s'est peu à peu souciée de la santé des personnes détenues. Préserver la santé des personnes détenues, c'est respecter l'humanité de ces personnes, leur dignité humaine. C'est aussi protéger la société. Protéger la santé des personnes détenues permet d'éviter tout risque de propagation des maladies à l'égard de la population extérieure, lors de leur libération ou par l'intermédiaire des personnels intervenant au sein des établissements pénitentiaires. La prise en charge de la santé des personnes détenues contribue également à atteindre l'objectif de réhabilitation des individus condamnés poursuivi par la peine privative de liberté et ce, en les restaurant dans leur corps et leur esprit mais aussi en limitant, voire en évitant, les risques de récidive. « *Ce n'est qu'un truisme de répéter qu'on ne peut rien sur l'esprit habitant un corps malade. À quoi servirait d'entreprendre la réforme du régime pénitentiaire pour relever le condamné, de poursuivre une œuvre sociale pour le reclasser, si on ne faisait de lui, d'abord, un être physiquement sain* »[156]. L'exécution d'une peine privative de liberté au sein d'un établissement pénitentiaire

[153] D'HARCOURT C., « Panorama général des droits en milieu carcéral » in PAULIAT H., NÉGRON E., BERTHIER L. [dir], La prison : quel(s) droit(s) ?, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 54.
[154] Juge Brennan de la Cour suprême américaine en 1987 cité par MANSUY I., *La protection des droits des détenus en France et en Allemagne*, Paris, L'Harmattan, 2007 p. 17.
[155] BONALDI H., *D'une prison l'autre*, Paris, Gasset, 1977.
[156] PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 85 in GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

peut donc s'avérer comme une occasion de soin profitable à la société toute entière[157]. Ainsi, tiraillée entre humanisme et sauvegarde de l'ordre public, la question de la santé des personnes détenues est devenue une préoccupation certaine mais récente de la société. Dès le XVIIIe siècle, un mouvement d'hygiénisation des établissements pénitentiaires a été engagé. Et, après les deux guerres mondiales, un dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a été mis en place, avec notamment l'installation d'un service social et médico-psychologique dans chaque établissement pénitentiaire. Mais, pour que la santé des personnes détenues soit considérée comme un véritable enjeu de santé publique, il a fallu attendre la réforme opérée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a confié la prise en charge sanitaire de ces personnes, relevant auparavant du service public pénitentiaire, au service public hospitalier[158]. Cette réforme est la résultante d'une progressive ouverture de la prison sur l'extérieur, notamment d'un décloisonnement progressif de la prise en charge sanitaire des personnes détenues aboutissant à une intégration dans la politique de santé publique. « *Prison health is part of public health and prisons are part of our society* »[159]. En publiant, en 2000, son ouvrage *Médecin-Chef à la prison de la santé*, le docteur Véronique Vasseur a particulièrement dénoncé la pénibilité des conditions de vie en détention ainsi que les défaillances dans la prise en charge de la santé des personnes détenues[160]. Elle a alors vivement sensibilisé l'opinion publique qui, depuis lors, par cette prise de conscience, apparaît soucieuse de garantir le respect de la dignité des personnes détenues.

14. Des avancées de l'État de Droit en prison. Un État de Droit est un « *État dont l'ensemble des autorités politiques et administratives, centrales et locales,* [qui] *agit en se conformant effectivement aux règles de droit en vigueur et dans lequel tous les individus bénéficient également de libertés publiques et de garanties procédurales et*

---

[157] « La finalité de la prison n'est pas le soin mais l'exécution d'une peine […]. Pour autant, s'il y a des médecins en prison, c'est bien que la prison peut être une occasion de soin […]. La prison n'est pas un lieu de soin, c'est un lieu où l'on soigne ». V. LÉCU A., « Santé en prison : l'établissement pénitentiaire n'est pas un lieu de soin, mais de misère », Le Nouvel Observateur.com, publiée le 29 novembre 2013 [consulté le 2 décembre 2013]. Disponible sur : http://leplus.nouvelobs.com/contribution/977972-sante-en-prison-l-etablissement-penitentiaire-n-est-pas-un-lieu-de-soin-mais-de-misere.html)

[158] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[159] Traduit par « *La santé en prison fait partie de la santé publique et les prisons font partie de notre société* ». V. Zsuzsanna Jakab, Directeur régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, in ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, Foreword (avant-propos) [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

[160] VASSEUR V., *Médecin chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche midi, 2000.

juridictionnelles »[161]. L'État de Droit se traduit alors par une subordination de la puissance publique au Droit. Mais qu'est-ce que le Droit ? Dans sa dimension objective, le Droit consiste en un ensemble de règles de conduite qui gouvernent les rapports des hommes dans la société et dont le respect est assuré par l'autorité publique[162]. Le Droit, désigné « *colonne vertébrale du corps social* »[163], apparaît comme un instrument de régulation des conduites sociales. À cet égard, le philosophe Émile Durkheim a défini le droit comme un mécanisme d'encadrement du fait social. « *Est sociale toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles* »[164]. En d'autres termes, le fait social consiste en toute manière d'agir, de penser et de faire, dont les attributs sont la généralité, l'extériorité et la contrainte. Cette manière de faire, ou d'être, qu'est le fait social est générale étant répandue dans une société donnée. Extérieur aux individus, le fait social revêt donc un caractère collectif.

Le fait social existe en dehors des consciences individuelles qu'il contraint ou qu'il est susceptible de contraindre. Manifestant son pouvoir coercitif, le fait social s'impose aux individus et ce, quelle que soit leur volonté. Sous réserve de se voir infliger une sanction par la société, les individus doivent se conformer aux faits sociaux. La contrainte n'est que tacite lorsque ces obligations sociales sont intériorisées par les individus qui les estiment comme naturelles, du fait de leur éducation. La force contraignante du fait social s'exprime au travers des mœurs, de la coutume et des usages mais également du Droit. Certaines manières de faire peuvent alors être contraintes par le Droit. Il est alors question de contraintes juridiques. C'est en ce sens que le droit s'avère être un mécanisme d'encadrement du fait social. Selon Émile Durkheim, « *si j'essaie de violer les règles de droit, elles réagissent contre moi de manière à empêcher mon acte s'il en est temps, ou à l'annuler et à le rétablir sous sa forme normale s'il est accompli et réparable, ou à me le faire expier s'il ne peut être réparé autrement* »[165].

---

[161] GUINCHARD S., DEBARD T.[dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° État de droit. Les garanties fondamentales de l'État de droit résident dans le respect du principe de l'égalité des citoyens devant la loi, du principe de séparation des pouvoirs et, particulièrement, le respect de la hiérarchie des normes qui s'impose à tout individu mais surtout à la puissance publique.

[162] CABRILLAC R. [dir.], *Dictionnaire du vocabulaire juridique 2016*, 7e éd., Paris, LexisNexis, 2015, V° Droit.

[163] DEL VECCHIO G., *Philosophie du droit*, Paris, Dalloz, 2003, p. 279.

[164] DURKHEIM É. [dir. BERTHELOT J.-M..], *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Flammarion, coll. « Champs classiques », 2010, p. 113.

[165] *Ibidem*, p. 101.

L'État de Droit ne peut pas être ignoré en prison[166]. « *Pour tous les acteurs pénitentiaires, la question du droit est centrale, tout simplement parce qu'il est à la fois protection et levier, protection des personnes et levier de la réforme pénitentiaire* »[167]. L'ex garde des Sceaux, ministre de la Justice, Christiane Taubira, a déclaré, en janvier 2013, à l'occasion de sa visite du centre pénitentiaire de Marseille, que « *la prison républicaine est une prison fondée sur le Droit et sur les droits »*[168]. Or, le sociologue Grégory Salle a fait état des manquements de la prison aux exigences de l'État de Droit. L'institution carcérale est, selon lui, « *la part d'ombre de l'État de Droit* » au motif que « *s'il est une zone du monde social dans laquelle les obligations revendiquées par l'État de Droit sont démenties, en tout cas prises en défaut, c'est bien la prison. Plus encore, si les pratiques carcérales sont envisagées non seulement comme un espace à part, mais comme un témoin fiable, voire comme un lieu de dévoilement de réalités plus générales, ce ne sont plus seulement des défaillances locales qui se trouvent disqualifiées mais le modèle de l'État de Droit tout entier, en écho à l'idée selon laquelle la réalité d'une société se juge à celle de ses prisons* »[169].

Des avancées de l'État de Droit en prison sont néanmoins significatives, en témoigne notamment la reconnaissance progressive de droits aux personnes détenues. Dans un État de Droit, tous les individus bénéficient de droits et de libertés. Or, la condamnation à une peine privative de liberté a longtemps été assortie de la perte des droits individuels dont jouissait tout citoyen. Dans son ouvrage *La prison*, Jean-Paul Céré explique qu' « *il n'était guère concevable* [jusqu'au milieu du XIXe siècle] *de considérer que le détenu dispose d'un statut juridique quelconque. Tout juste pouvait-il revendiquer quelques faveurs, révocables selon le*

---

[166] La mobilisation du droit dans l'univers carcéral a généré une nouvelle discipline juridique autonome, le droit pénitentiaire. Le champ de cette discipline s'étend aux règles de droit relatives à l'exécution des peines privatives de liberté dans les établissements pénitentiaires. Le droit pénitentiaire est ainsi, non seulement incorporé dans le droit de la peine mais aussi, dans le droit de l'exécution des peines. Le Professeur Martine Herzog-Evans définit le droit pénitentiaire comme « *une discipline juridique qui traite de l'individualisation des peines en milieu fermé, et du fonctionnement des établissements pénitentiaires, du statut de leurs personnels, des conditions de détention, des droits et obligations des personnes détenues, du maintien des liens familiaux de ces derniers, du maintien de l'ordre et de la sécurité ainsi que du régime de la contrainte et des sanctions qui s'appliquent aux reclus* ». V. HERZOG-EVANS M., *Droit pénitentiaire*, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2012, V° 002.21.

[167] D'HARCOURT C., « Panorama général des droits en milieu carcéral » in PAULIAT H., NÉGRON E., BERTHIER L. [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 53-59.

[168] Christiane Taubira, garde des Sceaux, ministre de la Justice, extrait du discours tenu, le 8 janvier 2013, lors de sa visite de la prison des Baumettes, centre pénitentiaire Marseille [consulté le 12 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.presse.justice.gouv.fr/archives-discours-10093/archives-des-discours-de-2013-12529/prison-des-bau mettes-25508.html

[169] SALLE G., « Des "infimes matérialités" carcérales à l'"État de Droit". Prison et Rechtsstaat en RFA depuis 1968 », *Droit et société* 2008, n° 69-70, p. 508-509. Pour aller plus loin : SALLE G., *La part d'ombre de l'État de Droit. La question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2009.

bon vouloir des autorités pénitentiaires » [170]. Dès lors, « *la privation de liberté assimilée à une capitis diminutio faisait du détenu un " être diminué, asservi et sans droit"* »[171]. Mais, progressivement, la qualité de sujet de droit a été reconnue à la personne détenue excluant par conséquent la perte des droits fondamentaux et en particulier, les droits en matière de santé. Depuis lors, il n'a cessé d'être affirmé que la personne détenue doit être traitée comme un véritable sujet de droit. La Commission nationale consultative des droits de l'homme a d'ailleurs rappelé au Gouvernement, dans un avis sur le projet de loi pénitentiaire adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, que « *l'enjeu essentiel d'une démarche de réforme du droit pénitentiaire est de garantir le respect de l'État de Droit en restituant à la loi le domaine qui est le sien dans le champ carcéral, en consacrant l'application du droit commun dans les établissements pénitentiaires et en restaurant la personne détenue comme sujet de droit* »[172]. L'attention progressive portée à la santé et aux droits des personnes détenues dans ce domaine témoigne ainsi d'une volonté d'atteindre en milieu carcéral les exigences de l'État de droit.

15. Des droits en matière de santé : notion de santé. L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la santé comme « *l'état complet de bien-être physique, mental et social* [qui] *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[173]. Cette définition s'oppose à la vision négative qui peut en être faite et qui réduit la santé à l'absence de maladie. En outre, elle ne se limite pas à la notion de soins, et ce, en raison de la contribution partielle de la réception de soins médicaux à la protection de la santé. Cette conception de la santé dépasse la dimension purement physique et revêt aussi une dimension tant psychique que sociale. Pour le Haut Comité de la santé publique, cette conception présente l'intérêt d'insister sur les différentes dimensions de la santé et sur une vision positive de la santé[174]. En revanche, le Haut Comité dénonce l'aspect purement subjectif de la santé

---

[170] CÉRÉ J.-P., *La prison*, 2e éd., Paris, Dalloz, 2016, p.70.

[171] GAYRAUD A., « La coercition dans l'exécution des peines », RPDP 1968, p. 72 cité par CÉRÉ J.-P., *La prison*, 2e éd., Paris, Dalloz, 2016, p. 70.

[172] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 2 [consulté le 30 juin 2015]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

[173] Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du 22 juillet 1946 [consulté le 16 août 2012]. Disponible sur : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de soixante et un États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

[174] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Rapport sur la santé en France*, novembre 1994, p. 18 [consulté le 16 août 2012]. Disponible sur : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_HCSP_1994_La_sante_en_France_Rapport_general_.pdf

retenu par cette conception, qui renvoie à la sensation ressentie par un individu d'être ou non en bonne santé plutôt qu'à son état de santé réel. Aussi, le Haut Comité a repris une définition formulée par le microbiologiste René Dubos[175]. La santé désigne « *un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* »[176]. Cette conception de la santé tient compte de l'état de santé réel de l'individu et, pour déterminer le niveau de santé exigé, de l'environnement dans lequel il est placé.

16. Des droits en matière de santé : entre reconnaissance et garantie. En dépit de l'exécution d'une mesure d'incarcération au sein d'un établissement pénitentiaire, la personne détenue reste, conformément aux exigences de l'État de droit, titulaire de tous ses droits. Selon l'Académie française, le droit est « *la faculté de faire quelque chose, d'en jouir, d'en disposer, d'y prétendre, de l'exiger, soit que cette faculté résulte naturellement des rapports qui s'établissent entre les personnes, soit qu'on la tienne du pacte social, des lois positives, des conventions particulières* »[177]. En effet, par opposition au Droit objectif, le droit subjectif est « *une prérogative individuelle reconnue et sanctionnée par le Droit objectif qui permet à son titulaire de faire, d'exiger ou d'interdire quelque chose dans son propre intérêt ou, parfois, dans l'intérêt d'autrui* »[178]. Quelles sont alors les prérogatives attribuées aux personnes détenues dans le domaine de la santé dont le respect est garanti par la puissance publique ? Aux termes de l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, « *l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits* »[179]. Dans cette perspective, outre les droits qui résultent de leur statut juridique, les personnes détenues doivent bénéficier des droits fondamentaux reconnus à toute personne et en particulier dans le domaine de la santé. Dans un avis publié au journal officiel du 16 juillet 2015, le Contrôleur des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, a précisé que « *les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet* »[180]. Si ces droits des personnes détenues sont donc affirmés, qu'en est-il toutefois de leur

[175] Microbiologiste américain d'origine française (1901-1982).
[176] DUBOS R., *L'homme interrompu*, Paris, Le Seuil, 1971.
[177] ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Droit.
[178] CORNU G.[dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Droit.
[179] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[180] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

effectivité en matière de santé ? Le Contrôleur général a fait état, dans le présent avis, de défaillances dans la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé entravant le respect des droits garantis aux patients. À l'occasion d'une récente condamnation de la France, la Cour européenne des droits de l'homme a également rappelé que l'État doit non seulement s'assurer que le « détenu malade » soit capable de purger sa peine mais aussi, lui administrer les soins nécessaires et adapter les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé[181]. Dans son rapport public 2014, la Cour des comptes a aussi constaté que « *l'équilibre, toujours délicat et fragile entre droits des personnes, exigences du soin, et nécessités de sécurité ne s'établit souvent pas de manière satisfaisante* »[182]. Eu égard aux défaillances dénoncées de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, des éclaircissements sur les droits dont elles bénéficient en matière de santé ainsi que sur leur effectivité s'avèrent justifiés et nécessaires. Ce besoin de clarification porte non seulement sur la reconnaissance des droits mais aussi sur le respect de ces droits. Toute réponse à ce besoin implique de démontrer si la personne détenue est parvenue à conquérir pleinement le statut de patient et si le statut de personne détenue a une incidence sur cette conquête. Si les droits doivent être reconnus, leur respect doit être nécessairement garanti. De fait, ce besoin de clarification doit être également satisfait par une analyse de l'intervention tant du juge européen que des juges nationaux dans la garantie des droits de la personne détenue en matière de santé. Aussi, la présente étude tente d'apporter les éclaircissements attendus en présentant successivement :

- dans une première partie : **la reconnaissance des droits de la personne détenue.**

- dans une seconde partie : **la garantie des droits de la personne détenue.**

[181] CEDH 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. n° 10-401/12. V. LÉNA M., « Santé en prison (détenu paraplégique) : condamnation de la France pour manque de soins », note sous CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, n° 10401/12, *D.* 2015, p. 569.

[182] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 270.

« *Il faut protéger les droits, les reconnaître, les faire respecter, parce qu'ils ont eux-mêmes une valeur* »[183].

[183] KAMINSKI D., « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie* 2010, vol. 43, n° 1, p. 200-201.

PREMIÈRE PARTIE

LA RECONNAISSANCE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ

« *Admettre que la peine d'emprisonnement a pour finalité la réintégration, dans la société, d'une personne condamnée induit une autre logique juridique, celle d'un détenu qui, à l'exception de la liberté d'aller et de venir, conserve tous les droits puisés dans sa qualité de citoyen, qu'il n'a pas perdue du fait de sa condamnation, mais aussi celle d'un lieu, la prison qui, faisant partie du territoire de la République, doit être régi selon le droit commun, y compris dans les adaptations qu'exige la privation de liberté* »[184].

17. Une politique de normalisation des conditions de vie en prison : le concept de normalisation. Tendre à une normalisation des conditions de vie en prison consiste à rapprocher autant que possible les conditions de vie des personnes détenues de celles de la population générale[185], dans les limites des contraintes de sûreté et de sécurité imposées par l'incarcération. Au regard de ce principe de normalisation, les dispositions de droit commun doivent s'appliquer aux personnes détenues. Hormis le droit d'aller et venir librement, les personnes détenues doivent ainsi bénéficier des mêmes droits que tout individu libre. Dan Kaminski, criminologue et juriste belge, a soutenu que « *les droits des détenus ne sont que les instruments d'un choix politique favorable à la normalisation* »[186]. Le criminologue a ajouté que « *l'orientation idéologique dite "normalisation" est historiquement associée à la promotion d'objectifs pénaux reposant sur le traitement et sur la réhabilitation, mais une version plus radicale se dégage de ces associations, version dans laquelle prévaut la reconnaissance des droits des détenus, quel que soit l'objectif poursuivi par la pénalité* »[187]. En somme, le concept de normalisation apparaît comme un pilier de la promotion des droits des personnes détenues. Dans sa thèse sur la protection des droits des personnes détenues en

[184] CANIVET G. [dir.], *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La Documentation française, 2000, p. 13.

[185] Le Professeur de criminologie Sonja Snacken (Vrije Universiteit Brussel) distingue le concept de normalisation collective du concept de normalisation individuelle : SNACKEN S., « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », in DE SCHUTTER O., KAMINSKI D. [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 133. La normalisation du détenu signifie que ce dernier « *est discipliné dans son corps et dans son âme afin de vivre selon les normes légales, celles-ci étant supposées le résultat d'un consensus social général* ». L'objectif de la normalisation vise alors à réinsérer le détenu libéré dans la société en le maintenant en conformité avec les normes existantes. S'appuyant sur le concept de normalisation décrit par Michel Foucault, Sonja Snacken énonce que « *les prisons sont alors considérées comme des institutions dont l'origine et la persistance ne peuvent se comprendre que par l'objectif de normalisation, d'influence de l'âme du détenu par l'emprisonnement de son corps* ». Pour aller plus loin : FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

[186] KAMINSKI D., « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *op. cit.*, p. 201.

[187] *Ibidem*, p. 208.

France et en Allemagne, Isabelle Mansuy énonce qu' « *il est indispensable que le détenu, afin de se sentir membre à part entière de cette société qui l'a puni, dispose des mêmes droits que tous les citoyens et puisse les faire appliquer de la même manière. Comment en effet, demander à un individu de respecter les règles d'une société dont il est exclu ou au sein de laquelle il ne peut exercer aucun de ses droits ? La reconnaissance de droits aux détenus a donc une signification non seulement individuelle – dans un État de droit, chaque citoyen a des droits déterminés par la Constitution et par la loi – mais aussi collective. Un condamné réinséré est une personne qui ne causera plus de tort à la société et permettra à tous les citoyens d'exercer leurs propres libertés, sans autres restrictions que celles imposées par la loi* »[188]. À ce titre, la normalisation des conditions de vie en prison acquiert toute sa légitimité.

Depuis leur première publication, les Règles pénitentiaires européennes prescrivent que les conditions de vie en prison doivent être autant que possible équivalentes à celles offertes à l'extérieur[189]. Dès 1973, les Règles minima pour le traitement des personnes détenues préconisent en effet que « *le régime* [pénitentiaire] *de l'établissement doit chercher à réduire les différences entre la vie en prison et la vie en liberté, tendant à affaiblir le sens de la responsabilité du détenu ou le respect de la dignité de sa personne* »[190]. En 1987, les Règles pénitentiaires européennes recommandent que « *tous les efforts doivent être entrepris pour s'assurer que les régimes des établissements soient établis et gérés de manière à : a. assurer les conditions de vie compatibles avec la dignité humaine et avec les normes acceptables par la collectivité ; b. réduire au minimum les effets préjudiciables de la détention et les différences entre la vie carcérale et la vie en liberté afin que les détenus ne perdent pas le respect de soi ou le sens de leur responsabilité personnelle* […] »[191]. En 2006, les nouvelles Règles pénitentiaires européennes préconisent aussi que « *la vie en prison* [soit]

[188] MANSUY I., *La protection des droits des détenus en France et en Allemagne*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 22-23.
[189] Les Règles pénitentiaires européennes (R.P.E.) ont été définies, pour la première fois, en 1973 puis révisées, en 1987 et en 2006. Elles consistent en un ensemble de principes normatifs visant à harmoniser les politiques pénitentiaires des États membres du Conseil de l'Europe.
[190] CONSEIL DE L'EUROPE, Résolution (73) 5 relative à l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, adoptée par le Comité des ministres le 19 janvier 1973 (Règle n° 58).
[191] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation n° R (87) 3 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 12 février 1987, lors de la 404e réunion des délégués des ministres (Règle n° 65).

alignée aussi étroitement que possible sur les aspects positifs de la vie à l'extérieur de la prison »[192].

Dans la rédaction de ces règles, l'utilisation des formules suivantes « *réduire les différences* », « *réduire au minimum* », « *alignée aussi étroitement que possible* » nous conduit à apporter la précision suivante quant à la portée de la normalisation. La normalisation de la vie en prison ne pourra jamais être totale puisque, comme le souligne le Professeur Sonja Snacken, « *la prison gardera toujours ses caractéristiques essentielles d'institution totalitaire, telles que définies par Goffman*[[193]]. *Une situation de privation de liberté ne pourra jamais être comparable à une situation de liberté* » [194]. La normalisation des conditions de vie en prison tend ainsi à répondre au principal défi inhérent à la limitation des aspects totalitaires de la prison. En ce sens, les nouvelles Règles pénitentiaires européennes exigent que « *chaque détention* [soit] *gérée de manière à faciliter la réintégration dans la société libre des personnes privées de liberté* »[195]. En outre, les Règles pénitentiaires européennes renvoient, dans leur dernière version, « *aux [seuls] aspects positifs* » de la normalisation. En somme, face à une dégradation des conditions de vie à l'extérieur, il convient de « *s'assurer que cette normalisation ne puisse pas avoir pour conséquence des conditions de détention inhumaines* »[196]. Un durcissement des conditions de vie en liberté ne peut légitimer une quelconque discrimination à l'égard des personnes détenues.

---

[192] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (Règle n° 5).

[193] Pour aller plus loin : GOFFMAN E. [LAINÉ L. et C. trad.], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979. Le concept d'institution totale (ou totalitaire se réfère à « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* ». (p. 41) « *C'est une caractéristique fondamentale des sociétés modernes que l'individu dorme, se distraie et travaille en des endroits différents, avec des partenaires différents, sous des autorités différentes, sans que cette diversité d'appartenance relève d'un plan d'ensemble. Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activité ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles* » (p. 47).

[194] SNACKEN S., « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », in DE SCHUTTER O., KAMINSKI D. [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 152. V. dans ce présent article, les défis et limites de la « normalisation » en prison, p. 136-138.

[195] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (Règle n° 6).

[196] Commentaire de la Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes (Règle n° 5).

18. Une normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Conformément au principe de normalisation, la prise en charge de la santé des personnes détenues doit être, autant que possible, similaire à celle assurée à la population générale. Aussi, les Règles pénitentiaires européennes préconisent, dès 1973, que « *les services médicaux* [doivent] *être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation* »[197]. Les nouvelles Règles pénitentiaires exigent plus particulièrement que les personnes détenues aient « *accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique* »[198] et qu'ils bénéficient « *des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre* »[199]. Aussi, une conquête du statut de patient en faveur de la personne détenue a été engagée et s'est progressivement réalisée (Titre 1). Néanmoins, le « patient détenu » reste une personne privée de liberté[200]. Et à ce titre, le statut de personne détenue a une incidence sur l'exercice des droits qui lui sont reconnus en matière de santé (Titre 2).

[197] CONSEIL DE L'EUROPE, Résolution (73) 5 relative à l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, adoptée par le Comité des ministres le 19 janvier 1973 (Règle n° 21). V. CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (Règle n° 40.1).

[198] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (Règle n° 40.3).

[199] *Ibidem* (Règle n° 40.5).

[200] La notion de patient renvoie à une personne ayant des besoins de santé et, par conséquent, sujette à des soins de santé[200]. La formulation « patient détenu » sera utilisé tout au long de cette étude pour désigner la personne détenue une personne ayant des besoins de santé et étant sujette à des soins de santé.

TITRE 1 :

LA CONQUÊTE DU STATUT DE PATIENT

« Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus »[201]

19. Notion de patient. Du latin *patiens* (« qui supporte, endurant »), le terme « *patient* » désigne « *celui qui subit ou qui va subir un examen médical ou une opération médicale* »[202]. Ce terme est souvent assimilé à tort à celui de « *malade* ». Malade se dit d'une personne « *dont la santé est altérée; qui est atteint d'une maladie, qui éprouve un malaise* »[203]. Premièrement, un patient n'est pas toujours malade. La personne malade est un individu dont l'état de santé est altéré. Elle peut décider de consulter un médecin à titre purement préventif voire même administratif. Son ressenti peut également l'amener à consulter. Il arrive qu'un individu ressente les symptômes d'une maladie sans en être effectivement atteint. L'intervention du médecin est ainsi importante pour confirmer ou non ce ressenti et ainsi, légitimer ou non son statut de malade. Deuxièmement, le malade n'est pas toujours patient. En effet, un malade peut s'ignorer. Dans ce cas, il y a bien signe de maladie mais l'individu n'en ressent pas les symptômes. Il peut arriver aussi que l'individu ressente les symptômes mais ne reconnaisse pas la maladie ou refuse de la reconnaitre et encore moins de l'accepter. Il nie alors la qualité de malade que lui confère le médecin. De surcroit, toute personne présentant un problème de santé ne recourt pas systématiquement à des soins. Qu'il y ait souffrance ou non, un individu peut ne pas éprouver le besoin de se faire soigner et même refuser tout soin. Il peut également s'agir d'un patient contraint autrement dit un patient à qui les soins sont imposés. C'est le cas, par exemple, des personnes détenues atteintes de troubles

[201] Traduit par « *Où la loi ne distingue pas, il ne faut pas distinguer* ». V. ROLAND H., BOYER L., *Adages du droit français*, 4e éd., Paris, Litec, 1999, n° 453, p. 920 : « *La loi ayant disposé sans restrictions ni conditions, l'interprète ne saurait en réduire la substance en introduisant des exigences qui ne s'y trouvent pas, ni en éluder l'application au motif que le cas est exceptionnel ou qu'il y aurait inopportunité à ne faire usage en l'espèce* ».

[202] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Patient [consulté le 12 mai 2012]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

[203] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Malade [consulté le 12 mai 2012]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

mentaux qui peuvent, au vu d'une décision préfectorale, être hospitalisées dans un établissement de santé. Enfin, la notion de « *malade* » est assez restrictive quant à la prise en charge qui résulte de ce statut. Parler de malade au sujet d'un individu qui sollicite une consultation ou un traitement médical, c'est prendre assurément le risque de centrer la prise en charge de ce dernier sur la maladie sans prendre en considération son environnement. Le statut de patient implique une prise en charge globale de la personne et non pas seulement de sa maladie. De ce fait, il convient de resituer l'individu dans l'environnement au sein duquel il évolue et d'en tenir compte. Ainsi, être patient, c'est être pris en charge par le corps médical[204]. En ce sens, la notion de « patient » est à rapprocher, conformément à la loi du 4 mars 2002, de celle d' « usager du système de santé »[205]. La frontière entre les soins somatiques et les soins psychiatriques est parfois mince voire nulle. Ainsi, il est question dans cette étude de la prise en charge, aussi bien somatique que psychiatrique de la personne détenue. Cette précision est d'ailleurs conforme à l'objectif de décloisonnement de ces deux dimensions du soin poursuivi par la troisième édition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice et, de ce fait, de la restructuration de l'offre de soins aux personnes détenues qui en découle[206].

20. Le détenu, un patient comme les autres. Conformément à la politique de normalisation de la prise en charge sanitaire, les personnes détenues doivent être regardées comme des patients comme les autres. De fait, en matière de santé, l'application du droit commun nécessite d'une part, que l'organisation de cette prise en charge soit confiée au service public hospitalier et, d'autre part, que les patients détenus bénéficient des mêmes droits que ceux dont bénéficient les patients extra muros. La conquête du statut de patient en faveur de la personne détenue a alors résulté d'une dynamique tant institutionnelle (chapitre 1) que substantielle (chapitre 2).

---

[204] Le corps médical fait ici référence au personnel médical, au personnel soignant ainsi qu'aux autres professionnels de santé.

[205] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1. V. PITCHO B., *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2004 ; MISTRETTA P., « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : réflexions critiques sur un droit en pleine mutation », *JCP G* 2002, I, 141.

[206] Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus, octobre 2012 [consulté le 1er décembre 2012]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

CHAPITRE 1 :
UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE

« *À qui appartient le malade détenu ?*
"C'est un malade, il n'est pas à vous", dit le docteur.
"C'est un détenu, il est à moi", dit le directeur de la prison... »[207]

21. Transfert de compétence. La conquête du statut de patient en faveur du détenu a impliqué une organisation progressive de la prise en charge sanitaire des personnes détenues marquée notamment par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale[208]. D'après la Cour des comptes, les dispositions de cette loi ont « *visé à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé. À cet effet, elle a transféré cette responsabilité du ministère de la justice à celui chargé de la santé et, par suite, à des équipes médicales, rattachées à des établissements de santé, indépendantes de la hiérarchie des établissements pénitentiaires* »[209]. Dans ces conditions, la conquête du statut de patient a été particulièrement marquée par le transfert de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, qui relevait jusque-là du service public pénitentiaire (section 1), au service public hospitalier (section 2).

[207] Blog Brunodesbaumettes.overblog.com [consulté le 21 décembre 2013]. Disponible sur : http://brunodesbaumettes.overblog.com/des-etres-malades-en-prison.html
[208] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[209] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, Paris, La Documentation française, 2014, p. 251.

Section 1 : Une compétence traditionnelle du service public pénitentiaire

« *Il est odieux d'exposer à perdre dans les prisons les mœurs, la santé, la vie même de ceux que la loi ne condamnait qu'à une privation de liberté* »[210].

22. Le service public pénitentiaire : entre exécution des décisions pénales et réinsertion des condamnés. L'instauration de la peine privative de liberté comme peine principale de droit commun, par l'Assemblée nationale législative de 1791, a donné naissance au service public pénitentiaire[211]. Ce service public est chargé d'exécuter les peines privatives de liberté prononcées par la justice. Depuis la réforme de 1945, dite « Réforme Amor », l'amendement et le reclassement social des personnes condamnées sont recherchés par l'exécution de la peine privative de liberté. Ainsi, les missions du service public pénitentiaire ont dû être redéfinies[212]. Conformément aux dispositions de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions pénales et contribue à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire mais aussi à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues[213]. Au 1er janvier 2015, le service public pénitentiaire était tenu d'assurer la prise en charge de 249 513 personnes placées sous main de justice[214]. Rattachée au ministère de la Justice en 1911, l'administration pénitentiaire est l'acteur principal du service public pénitentiaire[215]. Aux termes de l'article 3 de la loi pénitentiaire, « *les fonctions de direction, de surveillance et de greffe des établissements pénitentiaires sont assurées par l'administration pénitentiaire.*

[210] John Howard cité par PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 37 in GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf
[211] Cf. *supra* n° 9.
[212] Cf. *supra* n° 11.
[213] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 2.
[214] V. TOURNIER P.-V. [dir.], Les chiffres de l'Observatoire des Prisons et des Autres Lieux d'Enfermement ou de restriction des libertés, OPALE 12. Population placée sous main de justice au 1er janvier 2015, p. 5.
[215] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 3.

Les autres fonctions peuvent être confiées à des personnes de droit public ou privé bénéficiant d'une habilitation dans des conditions définies par décret en Conseil d'État »[216].

Bien que l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues ait été assurée à l'origine par le service public pénitentiaire jusqu'à la loi du 18 janvier 1994[217] (§1.), sa compétence a été d'une manière progressive remise en cause (§2.).

§1. L'organisation de la prise en charge sanitaire par l'administration pénitentiaire

23. Généralités. Sous l'Ancien Régime, il a été vu que la santé des délinquants était sérieusement mise à mal par l'atrocité des châtiments corporels qui leur étaient infligés mais également par l'inhumanité des conditions de vie des personnes placées en détention. À partir de la fin du XVIIe siècle, une attention croissante a été prêtée à la santé des personnes détenues. Une prise en charge sanitaire s'est alors progressivement installée. Placée à l'origine sous la compétence du service public pénitentiaire, l'organisation de la prise en charge de la santé des personnes détenues s'est non seulement traduite par une hygiénisation du milieu carcéral mais aussi par un aménagement du dispositif de prise en charge sanitaire.

A. L'hygiénisation du milieu carcéral

24. Hygiène et hygiène pénitentiaire : notions. Le mot « hygiène » trouve son origine dans le nom de la déesse grecque de la santé, Hygie (en grec, *Hugieia*)[218]. L'hygiène est « *une discipline médicale qui s'intéresse aux relations entre l'homme et son environnement dans l'objectif de l'obtention du meilleur état de santé possible*. […] *Elle est présente dans toutes les civilisations depuis les plus primitives mais avec une évolution des approches liées aux progrès et aux transformations des structures sociales* »[219]. L'hygiène consiste dès lors en

[216] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[217] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[218] Encyclopédie Larousse en ligne, V° Hygie.
[219] HARTEMANN P., MAISONNET M., « Hygiène », *Encyclopædia Universalis en ligne* [consulté le 24 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.universalis.fr/encyclopedie/hygiene/

un ensemble de mesures et de pratiques individuelles et/ou collectives mis en œuvre pour conserver, et même améliorer, la santé. L'hygiène est d'ailleurs définie comme une « *partie de la médecine qui traite de la manière de conserver la santé* »[220]. À ce titre, l'hygiéniste se doit de « *prendre en compte l'arrière-plan social des maladies afin de mieux asseoir une politique de soins efficace et surtout une médecine préventive d'envergure* »[221]. Ce fut particulièrement le cas du Doyen Jacques Parisot, professeur de médecine sociale à la Faculté de médecine de Nancy et l'un des créateurs de l'action sanitaire et sociale moderne. Il a notamment créé, en 1920, l'Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle qui a conduit des actions concrètes et efficaces pour lutter contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile[222].

Aussi, l'hygiène pénitentiaire ne se rapporte pas seulement à l'aménagement et à l'entretien des locaux, la nourriture, l'habillement, le couchage et l'entretien individuel du détenu[223]. Elle consiste plus largement en un ensemble de règles et de pratiques visant à préserver la santé du détenu, voire à l'améliorer. Pour le criminologue Jean Pinatel, « *l'hygiène pénitentiaire constitue* [même] *un des éléments du régime pénitentiaire, et le service médical doit contribuer à atteindre les buts mêmes assignés à la peine par le législateur, sans énerver la répression, et sans infliger au détenu, par la défectuosité de ses installations ou de son régime sanitaire une aggravation de sa situation. Ces considérations conduisent à réclamer un minimum d'hygiène suffisant pour assurer un bon état sanitaire* […] »[224].

1) Un constat d'insalubrité

25. Des lieux de détention insalubres, fétides et pestilentiels. En 1670, l'Ordonnance criminelle, rédigée par Jean-Baptiste Colbert, ministre du Roi Louis XIV[225], a prescrit des règles de procédure pénale parmi lesquelles figure la présente règle : « *Voulons que les prisons soient sûres, et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être*

[220] *Dictionnaire de l'Académie française,* Tome second H-Z, 8e éd., Librairie Hachette, 1935, V° Hygiène.
[221] THÉVENIN É., *Jacques Parisot (1882-1967). Un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2002.
[222] *Ibidem.*
[223] BOULOC B., *Pénologie*, 3e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011, p. 193.
[224] PINATEL J., *Précis de Science Pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 144.
[225] Le roi Louis XIV, dit Roi-Soleil, a été roi de France de 1643 à 1715.

incommodée »[226]. Dès lors, des infirmeries ont été installées dans les prisons françaises et des visites régulières de médecins ont été programmées. Pour autant, en 1690, le moine bénédictin Jean Mabillon a dénoncé les conditions de vie en détention dans son ouvrage *Réflexions sur les prisons des ordres religieux* et a souligné la nécessité d'adopter de véritables mesures d'hygiène dans les prisons[227]. Au XVIIIe siècle, l'insalubrité des lieux de détention était telle que les prisons françaises ont été assaillies de maladies, causant de nombreux décès : « *en prison comme ailleurs, les maladies "internes" les plus courantes affectent l'appareil respiratoire et l'appareil digestif. L'hiver dominent les catarrhes, angines, pneumonies, pleurésies, etc. L'été reviennent les diarrhées, dysenteries, entérites, etc. Le scorbut est familier des concentrations humaines à nourriture carencée* […]. *La terrible "fièvre des prisons", qu'on appelle ailleurs fièvre des vaisseaux, des camps ou des hôpitaux, n'est autre que le typhus qui éclate là où la misère se conjugue à l'encombrement* »[228]. Cet effet délétère du milieu carcéral s'est ainsi heurté aux objectifs poursuivis par la réforme humaniste du système pénal, à savoir la suppression des châtiments corporels et l'humanisation des peines. En visitant de nombreux lieux d'enfermement en Europe, entre 1773 et 1790, le philanthrope anglais John Howard a pris conscience de l'état sanitaire désastreux de ces lieux et notamment des ravages causés par la fièvre des prisons. D'après l'historien Christian Carlier, le philanthrope anglais a constaté que les ravages de cette fièvre se prolongeaient et s'étendaient souvent dans les villes, hors des murs des prisons, faisant ainsi de l'insalubrité carcérale une question d'intérêt national[229]. Néanmoins, John Howard a préféré insister sur l'injustice de cette mortalité des prisons plutôt que de jouer sur la peur pour leur vie des individus libres[230]. John Howard a observé que « *la fièvre des prisons est provoquée par le manque d'air frais et par la saleté* » et « *déplore l'obstruction des portes et des fenêtres (des barreaux suffisent pour la sécurité et laissent passer l'air), les cachots souterrains, les salles putrides, le manque de latrines et d'égouts, l'absence ou l'insuffisance de l'eau pour la boisson et les bains, la défectuosité de la plupart des ventilateurs de Hales*[231] *qui ont été*

---

[226] Ordonnance criminelle, titre XIII. Des prisons, greffiers des geôles et guichetiers, art. premier in SALLÉ J.-A., *L'esprit des ordonnances de Louis XIV* (Tome second, contenant l'Ordonnance Criminelle de 1670, l'Ordonnance du Commerce de 1673, et l'Édit de 1695 sur la jurisdiction ecclésiastique), Paris, Samson, 1758.
[227] THUILLIER A.-V., *Ouvrages posthumes de Dom Jean Mabillon et Thierri Ruinart*, Paris, 1724.
[228] LÉONARD J., « Les médecins des prisons en France au XIXe siècle », in PETIT J.-G. [dir.], *La prison, le bagne et l'histoire*, Genève, Médecine et hygiène, 1984, p. 141-149.
[229] HOWARD J. [trad. CARLIER C., PETIT J.-G.], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994, p. 37.
[230] *Ibidem*.
[231] Le Docteur Stephen Hales, britannique, inventa, en 1741, des ventilateurs destinés à renouveler l'air des prisons, entre autres. Face au succès rencontré, l'usage de ces ventilateurs se généralise dans les prisons anglaises et se répand même en France.

installés »[232]. De ce constat d'insalubrité, est alors né un mouvement d'hygiénisation des établissements pénitentiaires.

2) Une mobilisation pour une hygiène en détention

26. Le courant hygiéniste, de la naissance de l'hygiène publique. L'hygiénisation du milieu carcéral est étroitement liée à la naissance de l'hygiène publique « moderne ». Les grecs et les romains ont été les pionniers de l'hygiène publique en développant des procédés tels que l'assèchement des marais pour lutter contre la malaria, l'implantation des villes dans des lieux appropriés, l'inhumation des morts en dehors des villes mais aussi la construction d'aqueducs pour acheminer l'eau potable[233]. L'hygiénisme est un « […] *très vaste programme politique et social qu'ont porté plusieurs générations de médecins et d'hommes d'État depuis les années 1820 au moins et jusqu'à la seconde guerre mondiale* ».[234] Ce mouvement hygiéniste s'est notamment préoccupé, selon l'historien Christian Carlier, « *du risque de propagation des maladies à partir des lieux où s'entassent et fermentent les corps : prisons, vaisseaux, hôpitaux, etc.* »[235]. Cette préoccupation majeure a ainsi conduit les hygiénistes à se mobiliser et à dénoncer les conditions de vie en détention manifestement insalubres. Le docteur René-Louis Villermé a publié, en 1820, un ouvrage intitulé *Des prisons telles qu'elles sont, et telles qu'elles devraient être*[236]. En 1821, l'avocat Ernest Danjou a publié *Des prisons, de leur régime, et des moyens de l'améliorer*[237]. En 1824, deux rapports ont dressé successivement un bilan accablant de la situation sanitaire des personnes détenues. Le premier *Tableau de l'intérieur des prisons de France*[238] a été communiqué par Ginouvier et le second a été livré par Benjamin Appert, *Rapport sur l'état*

---

[232] HOWARD J. [trad. CARLIER C., PETIT J.-G.], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle, op. cit*., p. 37-38.

[233] Encyclopædia Universalis [en ligne], V° Hygiène [consulté le 24 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.universalis.fr/encyclopedie/hygiene/ V. aussi JORLAND G., *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publique en France au XIXème siècle*, Paris Gallimard, 2010 (I. La naissance de l'hygiène publique) ; LECOURT D. [dir.], *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, V° Hygiène.

[234] MUCCHIELLI L., « Criminologie, hygiénisme, eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles », *Revue d'histoire des sciences humaines* 2000, n° 3, p. 57-89.

[235] HOWARD J. [trad. CARLIER C., PETIT J.-G.], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994, p. 37.

[236] VILLERMÉ L.-R., *Des prisons telles qu'elles sont, et telles qu'elles devraient être. Ouvrage dans lequel on les considère par rapport à l'hygiène, à la morale et à l'économie politique*, Paris, Chez Méquignon-Marvis, 1820.

[237] DANJOU E., *Des prisons, de leur régime, et des moyens de l'améliorer*, Paris, A. Egron, 1821.

[238] GINOUVIER J.-F.-T, *Tableau de l'intérieur des prisons de France, ou, Etudes sur la situation et les souffrances morales et physiques de toutes les classes de prisonniers ou détenus*, Paris, Baudouin Frères, 1824.

actuel des prisons, des hospices et des écoles des départements de l'Aisne, du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme[239]. Ce mouvement hygiéniste a abouti à la création, en 1953, d'un Code de la santé publique[240].

27. Le mouvement d'hygiénisation des prisons. Ce mouvement d'hygiénisation a connu une longue évolution. Diverses mesures ont été prises pour assurer une hygiène et une salubrité nécessaires au sein des établissements pénitentiaires. Les personnels de santé ont fait leur entrée dans les prisons afin d'enrayer les épidémies qui accablent les personnes détenues et ainsi, protéger non seulement les différents intervenants en prison mais aussi la population extérieure de toute contamination. La prévention et la lutte contre ces épidémies ont dès lors fait apparaitre la nécessité de prendre en charge la santé des personnes incarcérées. Il convient alors de relever les avancées marquantes de ce mouvement d'hygiénisation. Sous l'Ancien Régime, Louis XVI a manifesté sa volonté d'engager une réforme pénitentiaire dans une déclaration du 30 août 1780, en prévoyant notamment la création d'infirmeries et l'abolition des cachots souterrains. En 1807, une circulaire, adressée aux préfets, a insisté sur la nécessité de créer une infirmerie dans chaque prison[241]. Toutefois, cette mesure visait, avant tout, à lutter contre les transferts abusifs de personnes détenues « *pour des maladies ou légères ou feintes* »[242] vers des hospices civils, où le régime de détention était beaucoup plus souple. Après la chute du Premier Empire, Louis XVIII, sur proposition du comte Decazes, ministre de l'Intérieur, a fondé la Société Royale des prisons pour l'amélioration des prisons par une ordonnance du 9 avril 1819[243]. La Société Royale a œuvré en faveur d'une poursuite du mouvement d'hygiénisation des prisons en créant notamment les premiers postes de médecins en prison. Plus tard, un arrêté du 25 décembre 1819 sur la police des prisons départementales a prévu l'institution d'une infirmerie dans chaque prison. Il résulte de

[239] APPERT B., *Rapport sur l'état actuel des prisons, des hospices et des écoles des départements de l'Aisne, du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme, etc., Suivi de considérations sur ces sortes d'établissements*, Paris, Chez l'Auteur, 1824.

[240] Décret n° 53-1001 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, JORF du 7 octobre 1953 page 8833. V. PY B., « Le Code de la santé publique : dans le temps et l'espace » in LEMONNIER-LESAGE V., LORMANT F. [dir.], *Droit, histoire et société. Mélanges en l'honneur de Christian Dugas de la Boissonny*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008, p. 169-184.

[241] « *Il serait bon que vous fissiez établir une infirmerie dans la maison de détention de votre département, si déjà il ne s'y en trouve pas ; vous feriez ensuite disposer, dans les prisons qui en seraient susceptibles, un local particulier, où les prisonniers seraient traités, en cas de maladie, sans qu'on eût à redouter leur fuite* ». V. Circulaire du 27 juin 1807 sur la nécessité d'établir une infirmerie dans chaque prison, adressée aux préfets par le Ministre de l'Intérieur, M. de Champagny [consulté le 11 août 2012]. Disponible sur : https://criminocorpus.orgfr/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-lancien-regime-a-la-restau/circulaire-du-27-juin1807/

[242] Circulaire du 27 juin 1807 sur la nécessité d'établir une infirmerie dans chaque prison, *op. cit.*.

[243] Ordonnance du 9 avril 1819 du Roi portant autorisation d'une société pour l'amélioration des prisons, JORF du 28 août 1942 p. 166.

l'article 28 de cet arrêté qu'« *il y aura dans chaque prison une ou plusieurs salles spécialement destinées à servir d'infirmerie* ».

En dépit de ces efforts, le taux de mortalité dans les prisons est resté particulièrement élevé. Pour le Docteur Louis-René Villermé, « […] *les causes principales de cette excessive mortalité sont dans le peu d'étendue des prisons relativement à leur population, ou dans l'encombrement, la malpropreté, le mauvais air qui en résultent, mais surtout, je le crois, dans une nourriture insuffisante, moins par sa quantité que parce qu'elle est trop peu variée, et beaucoup trop souvent privée de viande. Une livre et demie de mauvais pain, de l'eau et une soupe économique, dite à la Rumfort, c'est à cela que se borne la nourriture quotidienne, ou qu'elle se bornait il y a très peu de temps, dans la plupart des prisons* »[244].

D'autres mesures ont alors été prises. La viande a été progressivement introduite dans le régime alimentaire des personnes détenues[245]. En 1822, une circulaire a prévu le « *transfèrement* » des personnes détenues malades à l'hôpital[246]. En effet, « *lorsqu'un prisonnier tomb*[ait] *malade, et à défaut d'infirmerie dans la maison de justice ou d'arrêt, il* [devait] *être placé dans un hospice. L'ordre de transfèrement* [était] *délivré par le maire, qui* [devait] *préalablement obtenir le consentement de l'autorité compétente. Ce consentement* [était] *donné par le juge d'instruction s'il s'agi*[ssait] *d'un prévenu ; par le président des assises, s'il s'agi*[ssait] *d'un accusé ; et par le préfet en ce qui concern*[ait] *les condamnés* »[247]. Ensuite, durant les premières années de la Monarchie de Juillet, le règlement d'attributions pour les employés de l'Administration des maisons centrales de détention[248] du 5 octobre 1831 a fixé les prérogatives conférées aux médecins, aux chirurgiens et aux pharmaciens : « *le service de santé est fait, suivant les besoins, par un médecin, un chirurgien et un pharmacien ou bien par un médecin et un pharmacien*

[244] VILLERMÉ L.-R., « Mémoire sur la mortalité des prisons », Annales d'hygiène publique et de médecine légale, série 1, n°1, 1829, p. 30.

[245] Ordonnance criminelle du mois d'août 1670, faite à Saint-Germain-en-Laye, enregistrée par le Parlement de Paris le 26 août 1670 et entrée en vigueur au 1er janvier 1671, Titre XIII - Des prisons, greffiers des geôles, geôliers et guichetiers, art. 27 : « *Les geôliers ne pourront vendre de la viande aux prisonniers aux jours qui sont défendus par l'église, ni permettre qu'il leur en soit apporté de dehors, même à ceux que la religion prétendue réformée, si ce n'est en cas de maladie, et par l'ordonnance de médecin* ».

[246] Circulaire du 18 juin 1822 concernant la translation des prisonniers malades dans les hospices civils [consulté le 11 août 2012]. Disponible sur : https://criminocorpus.org/fr/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-lancien-regime-a-la-restau/circulaire-du-18-juin-1822/

[247] CARLIER C., RENNEVILLE M., « Chronologie relative aux peines et aux prisons en France : de l'Ancien Régime à la Restauration », Criminocorpus, espace pédagogique, date de publication 2007 [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.criminocorpus.cnrs.fr./article175.html

[248] Les maisons centrales, gérées par l'Etat, enfermaient les condamnés à une peine d'emprisonnement supérieure à un an.

seulement. […] *Le service de santé se divise en deux sections, l'une pour le médecin et l'autre pour le chirurgien, suivant la nature des maladies, et leur division en internes et en externes.* […] *La surveillance spéciale des infirmeries est attribuée au pharmacien, sous l'autorité du directeur et de l'inspecteur. Il* [le pharmacien] *prépare les médicaments conformément aux prescriptions, et en surveille la distribution, ainsi que celle des vivres accordées aux malades, suivant les cahiers de visites* »[249]. En vertu de l'article 75 du règlement général des prisons départementales du 30 octobre 1941, deux chambres ou salles d'infirmerie entièrement séparées, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, doivent être installées dans chaque prison[250]. Sous la Deuxième République, a été créée l'Inspection générale des services administratifs (I.G.S.A.) divisée en trois sections, dont une relative aux établissements pénitentiaires[251]. En 1871, sous la Troisième République, une enquête a été menée par une commission parlementaire, à l'initiative de René Bérenger et du Vicomte d'Haussonville, pour analyser et réformer le régime pénitentiaire[252]. Il en a résulté une constatation de la non-conformité des conditions de vie en détention aux règles d'hygiène mais aussi des effets destructeurs et criminogènes de la prison sur les personnes incarcérées. Au terme de cette enquête parlementaire, la loi du 5 juin 1875 a énoncé le principe de l'encellulement individuel de jour et de nuit dans les prisons départementales, dont l'objectif est avant tout de lutter contre la récidive et d'éviter que la prison ne soit l'école du crime et ce, en isolant les personnes dans des cellules individuelles[253]. Le respect du principe de l'encellulement individuel devrait permettre en outre d'apporter aux personnes détenues des conditions d'hygiène et de salubrité plus satisfaisantes en évitant la promiscuité qui contribue notamment à faciliter la transmission de certaines maladies. Toutefois, en janvier 1946, il ressort du Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, présidé par le directeur général des services pénitentiaires, Paul Amor, que « *sur 232 prisons départementales, 52 seulement sont cellulaires et la plupart de ces dernières ont été construites il y a 50 ans ou davantage dans*

---

[249] Règlement d'attributions pour les employés de l'Administration des maisons centrales de détention du 5 octobre 1831[consulté le 11 août 2012]. Disponible sur : https://criminocorpus.org/media/filer_public/8e/c4/8ec44632-1bdd-4f3d-b535-8a920639c7b7/01_cp_1670-1845.pdf

[250] Gérées par le département, les prisons départementales (maisons d'arrêt, maisons de justice et maisons de correction) enfermaient les prévenus, les accusés ainsi que les condamnés à une peine inférieure ou égale à un an.

[251] Pour aller plus loin : VOGEL M., *Contrôler les prisons. L'inspection générale des services administratifs et l'administration pénitentiaire (1907-1948),* Paris, La Documentation française, 1992.

[252] Un rapport de cette enquête parlementaire a été rédigé par Gabriel-Paul-Othenin de Cléron, vicomte d'Haussonville : HAUSSONVILLE (Viconte d'), *Les établissements pénitentiaires en France et aux colonies*, Paris, Michel Lévy Frères, 1875.

[253] Loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales, JORF du 28 février 1875, p. 206. Selon l'article 2, « *seront soumis à l'emprisonnement individuel les condamnés à un emprisonnement d'un an et un jour et au-dessous* ».

des grandes villes dont la population a considérablement augmenté depuis. Les prévenus, accusés et condamnés à de courtes peines, toujours inférieures à un an, vivent là le plus souvent dans l'oisiveté et en tous cas dans une regrettable promiscuité »[254].

En 1898, un centre pénitentiaire à vocation sanitaire, doté de cent trente chambres-cellules, a été inauguré à Fresnes, l'infirmerie centrale des prisons de la Seine : « *centre opératoire et hôpital pénitentiaire régional, elle* [était] *évidemment à la mesure de la région parisienne. Elle reç*[evait] *même des détenus malades de toutes les circonscriptions. En 1949, 156 hommes et 14 femmes* [étaient] *venus d'autres établissements que ceux de la Seine* »[255].

Même si ce mouvement d'hygiénisation a connu une longue évolution, notamment après l'adoption de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les progrès réalisés sont à parfaire[256].

28. Hygiénisation des prisons : des progrès à parfaire. L'état d'hygiène des établissements pénitentiaires est, aujourd'hui, encore loin d'être satisfaisant. En janvier 2000, Véronique Vasseur, médecin-chef à la prison de la Santé a livré un témoignage dénonciateur des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires et, en particulier, de leur insalubrité manifeste[257]. Son récit a provoqué de vives émotions dans l'opinion publique et les médias, obligeant ainsi le pouvoir politique à réagir. Sur les conclusions de deux rapports de

---

[254] AMOR P., *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire (1946),* Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Paris, séance du 30 janvier 1946, 80 p., *RPDP* 1947, p. 5. Il convient de préciser que, réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 87 et 90), le principe de l'encellulement individuel n'est, aujourd'hui, toujours pas pleinement appliqué et ce, notamment en raison de la surpopulation carcérale. Conformément à l'article 100 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le moratoire sur l'encellulement individuel s'est achevé le 25 novembre 2014. Le projet de loi de finances rectificative 2014, adopté définitivement le 18 décembre 2014 a prévu un nouveau moratoire jusqu'au 31 décembre 2019 (art. 106). Jean-Jacques Urvoas, garde des Sceaux, ministre de la Justice a présenté au Parlement, le 20 septembre 2016, un rapport sur l'encellulement individuel. À cette occasion, un bilan des actions conduites depuis la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et des moyens mobilisés pour concrétiser l'obligation légale de l'encellulement individuel a été dressé. Un certain nombre de propositions ont également été formulées en vue de satisfaire cette obligation. V. URVOAS J.-J., *En finir avec la surpopulation carcérale, Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel*, Ministère de la Justice, 20 septembre 2016 [consulté le 26 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/publication/rap_jj_urvoas_encellulement_individuel.pdf
V. aussi RAIMBOURG D., *Encellulement individuel, faire de la prison un outil de justice*, Mission auprès de la garde des Sceaux, Ministre de la Justice, Madame Christiane Taubira, confiée par le Premier Ministre Manuel Valls du 10 au 30 novembre 2014, 52 p. [consulté le 15 décembre 2014]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/publication/rapport_raimburg_encellulement_individuel.pdf

[255] PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 94-98 in GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

[256] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.

[257] VASSEUR V., *Médecin chef à la prison de la Santé,* Paris, Le Cherche midi, 2000.

commissions d'enquête qui ont été instituées par le Sénat et l'Assemblée nationale, un programme de rénovation du parc pénitentiaire a été lancé[258]. D'anciens établissements pénitentiaires ont été réhabilités, les plus vétustes ont été détruits, et de nouveaux établissements ont été construits et ce, pour garantir notamment l'hygiène des conditions de détention. Pour autant, même si l'émergence de ce mouvement d'hygiénisation du milieu carcéral remonte à plus de trois cents ans, les conditions d'hygiène dans les établissements pénitentiaires ont été récemment dénoncées. En 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a vivement critiqué l'état d'insalubrité de la prison des Baumettes, centre pénitentiaire de Marseille. Il a fait état de cellules et de leur équipement d'une vétusté avancée, d'installations électriques défectueuses, d'un éclairage défaillant, d'invasions de rats, de cafards, de cloportes et autres nuisibles, de toilettes non cloisonnées, d'un amoncellement de déchets, d'un défaut d'étanchéité, de problèmes de circulation des fluides, etc.[259]. En 2014, des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Saintes, en Charente-Maritime, ont dénoncé dans une pétition l'insalubrité de leurs conditions de détention qui a d'ailleurs été constatée par la suite, lors d'une inspection sanitaire diligentée par l'Agence régionale de santé de Poitou-Charentes[260]. De même, les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires d'Outre-Mer sont vivement dénoncées[261]. Depuis 2010, les personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Ducos (Martinique) ont, à plusieurs reprises, mené des actions collectives pour dénoncer l'état de saleté, de vétusté et d'insalubrité de l'établissement[262]. Le rapport de visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

---

[258] HYEST J.-J., CABANEL G.-P., *Rapport n° 449 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, déposé le 29 juin 2000, 224 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4491.pdf ; FLOCH J., *Rapport n° 2521 sur la situation dans les prisons françaises*, fait au nom de la commission d'enquête, déposé à l'Assemblée nationale, le 28 janvier 2000, 893 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp

[259] Recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 12 novembre 2012 prises en application de la procédure d'urgence (article 9 de la loi du 30 octobre 2007) et relatives au centre pénitentiaire des Baumettes, à Marseille, et réponse de la garde des Sceaux, ministre de la Justice, du 4 décembre 2012, JORF 6 décembre 2012, texte n° 123. V. aussi, LIARAS B., « Baumettes : à l'assaut de la dignité », *Dedans Dehors* 2013, n° 79, p. 9-11.

[260] OBSERVATOIRE INTERNATIONNAL DES PRISONS, coordination Sud-Ouest, « Pétition de détenus contre les conditions d'hygiène : les inspections se succèdent », *Dedans Dehors* 2014, n° 85, p. 30.

[261] V. COUR DES COMPTES, *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République* (Annexe n° 16 : l'accès à la santé des personnes détenues, p. 196-199), Paris, La Documentation française, 2014, 288 p.

[262] Ces actions collectives ont consisté en la signature d'une pétition, en 2012, visant à dénoncer leurs conditions de détention inacceptables mais aussi, en la rédaction, en janvier 2014, d'un courrier adressé à l'Observatoire international des prisons pour l'alerter sur leurs conditions de détention et enfin, en l'introduction d'un recours devant le juge administratif. V. TA Fort-de-France, 23 juin 2014, req. n° 1300680, 1300681 et 1300682 ; CAA Bordeaux, 17 février 2015, req. n° 14BX01988, 14BX01989, 14BX01991.

effectué en novembre 2009[263], le rapport du groupe de travail sur les problématiques pénitentiaires en Outre-Mer remis à la ministre de Justice le 8 juillet 2014, ainsi que l'enquête menée, en 2014, par la Section française de l'Observatoire international des Prisons (O.I.P.)[264] ont particulièrement mis en exergue l'insalubrité du centre pénitentiaire de Ducos. L'inhumanité des conditions de vie dans le centre pénitentiaire de Ducos est encore fortement décriée, tout comme celle du centre pénitentiaire de Nouméa Camp-Est (Nouvelle-Calédonie). En 2011, l'insalubrité du centre pénitentiaire de Nouméa Camp-Est a d'ailleurs poussé le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à la suite de sa visite en 2011, a utilisé pour la première fois la procédure d'urgence prévue par le deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007[265]. Dans ces conditions, le Contrôleur avait ainsi transmis ses observations aux autorités locales pour mettre fin aux violations graves des droits fondamentaux constatées lors de sa visite[266]. À l'issue de ses visites du centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille en 2012 et de la maison d'arrêt de Strasbourg en 2015, faisant état de conditions de détention inhumaines dans ces établissements, le Contrôleur a de nouveau eu recours à cette procédure d'urgence[267].

L'effort d'hygiénisation des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires se doit d'être poursuivi et renforcé. Parmi les principales mesures retenues par le plan d'actions stratégiques 2010-2014, relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de

---

[263] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Ducos*, novembre 2009, 72 p. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/CP-Ducos-visite-final.pdf

[264] OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Situation indigne du centre pénitentiaire de Ducos : l'inertie des pouvoirs publics*, Dossier de presse du 13 octobre 2014 [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur : http://www.oip.org/images/stories/divers/actualites/Dossier%20de%20presse%20-%20Ducos.pdf
En 2014, sur les 5249 sollicitations de personnes détenues, de leurs proches ou d'intervenants en détention traitées par la Section française de l'Observatoire international des prisons, 35 % portaient sur les conditions matérielles de détention et 14 % sur des problématiques de santé.

[265] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007 p. 17891 texte n° 1, art. 9 al. 2 : « *S'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté communique sans délai aux autorités compétentes ses observations, leur impartit un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, constate s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, il rend alors immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues* ».

[266] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., Recommandations en urgence du 6 décembre 2011 relatives au centre pénitentiaire de Nouméa (Nouvelle-Calédonie) [consulté le 15 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/2011/recommandations-en-urgence-du-6-decembre-2011-relatives-au-centre-penitentiaire-de-noumea-nouvelle-caledonie/

[267] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., Recommandations en urgence du 12 novembre 2012 relatives au centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille [consulté le 15 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/2012/recommandations-en-urgence-du-12-novembre-2012-relatives-au-centre-penitentiaire-des-baumettes-a-marseille/ ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., Recommandations en urgence du 13 mai 2015 relatives à la maison d'arrêt de Strasbourg [consulté le 15 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/2015 /recommandations-en-urgence-relatives-a-la-maison-darret-de-strasbourg-bas-rhin/

justice, figurait la mesure suivante : « *s'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires* »[268]. Aussi, ce plan d'actions a souligné la nécessité d'élaborer, sur la base des constats des rapports d'inspections menées sous l'égide de l'Inspection générale des affaires sociales, des propositions formulées et des réponses d'amélioration des dysfonctionnements observés, une synthèse nationale sur les principales recommandations à mettre en œuvre. Cette synthèse n'a toutefois pas encore été présentée.

B. L'aménagement du dispositif de prise en charge sanitaire

À la suite de la prise de conscience de la nécessité de réformer le système pénitentiaire qui est apparue à la fin de la Seconde Guerre mondiale, des mesures ont été mises en place pour assurer la construction du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues.

1) Un aménagement nécessaire

29. Guerres mondiales et prise de conscience. Durant la première moitié du XXe siècle, les conditions de détention se sont considérablement dégradées en France et ce, notamment lors de la première guerre mondiale (1914-1918) et de la seconde guerre mondiale (1939 1945). Par un décret du 15 septembre 1943, l'administration pénitentiaire a été replacée sous la tutelle du ministère de l'Intérieur[269]. Aussi, « […] *la prévalence du tout-sécuritaire va signifier pour l'Administration pénitentiaire, l'abandon des valeurs (respect des droits de l'homme, préservation de la dignité du prisonnier) et des missions (d'entretien physique et moral et de réinsertion des captifs) qui fondent et justifient son existence et son action* »[270]. Lors des deux guerres mondiales, les témoignages des résistants et des collaborateurs incarcérés ont fait naître une prise de conscience collective de la nécessité de réformer le

[268] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, p. 83 [consulté le 21 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
[269] PÉDRON P., *La prison sous Vichy*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1993, p. 155, cité par DUROCHÉ J.-P., PÉDRON P., *Droit pénitentiaire*, 2e éd., Paris, Vuibert, 2013, p. 41.
[270] *Ibidem*.

système carcéral, et notamment l'organisation du système de soins en prison[271]. Parmi ces personnes détenues, certaines sont devenues les hommes politiques de la quatrième République, comme Paul Amor, premier directeur de l'Administration pénitentiaire de l'Après-guerre. Ces hommes ont alors été les instigateurs de la réforme pénitentiaire qui a été mise en œuvre au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La Libération a ainsi marqué un tournant majeur dans l'histoire de la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ce, à la suite de la mise en place d'un véritable dispositif de soins en milieu pénitentiaire.

2) Des avancées marquantes

30. Une politique d'amendement et de reclassement social des personnes détenues. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, une commission de réforme des institutions pénitentiaires a été constituée et présidée par Paul Amor[272]. Dans un arrêté du 9 décembre 1944[273], cette commission a formulé quatorze principes de réforme. D'après le premier principe, qui incarne la philosophie de cette réforme, la fonction essentielle de la peine privative de liberté réside dans l'amendement et le reclassement social des personnes détenues. Ainsi, les fonctions remplies par la peine privative de liberté ne sont plus seulement expiatoires, éliminatrices et intimidantes mais réhabilitatrices et amendantes. « *Mettre à profit cette peine privative de liberté pour lutter contre les facteurs de criminalité, contre la récidive, dépister et traiter les maladies physiques et mentales du détenu, observer celui-ci pour mieux le connaître, assurer sa rééducation morale, son instruction générale, sa formation professionnelle en vue de son reclassement dans la société, tels sont les buts essentiels que se propose la science pénitentiaire moderne en élaborant les méthodes que l'Administration doit à son tour appliquer* »[274]. Déjà en 1945, les pouvoirs publics avaient conscience que cet objectif de réhabilitation du détenu ne pouvait être atteint sans tenir

[271] V. ZAY Jean, *Écrits de prison*, Paris, Belin, 2014. Ministre de l'Éducation nationale et des Beaux-Arts sous la IIIe République, Jean Zay a été condamné à la déportation en octobre 1940, peine muée par le gouvernement de Vichy en incarcération. En juin 1946, il sera extrait par la milice de Vichy de la maison d'arrêt de Riom puis exécuté dans un bois. Par ses écrits de prison, il a ainsi témoigné de la dureté et de la violence des conditions de détention jusqu'à en livrer toute l'atrocité.
V. aussi QUINTON Laurent, *Digérer la défaite : récits de captivité des prisonniers de guerre français de la Seconde Guerre mondiale* (*1940-1953)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014.
[272] Nommé directeur de l'Administration pénitentiaire le 30 septembre 1944. Il a été incarcéré, pendant la Seconde Guerre Mondiale, suite à son implication dans l'affaire de la prison de Laon. Pour aller plus loin : CARLIER C., « Paul Amor et l'affaire de la prison de Laon », *Criminocorpus, revue hypermédia, Histoire pénitentiaire* [consulté le 31 août 2012]. Disponible sur : http://criminocorpus.revues.org/1780
[273] Arrêté du 9 décembre 1944, JORF 23 décembre 1944 p. 2040.
[274] AMOR P., « La réforme pénitentiaire en France », *RSC* 1947, p. 2.

compte de la santé de ce dernier. La commission de réforme a alors prévu, dans un dixième principe, que « *dans tout établissement pénitentiaire fonctionne un service social et médico-psychologique* ». La mise en pratique de ce principe a été matérialisée, en 1946, par la création du corps d'infirmières des prisons[275], l'institution du service social des prisons[276] et l'organisation d'annexes psychiatriques dans tous les établissements pénitentiaires[277]. La création d'annexes psychiatriques a alors marqué l'entrée des médecins psychiatres en prison en tant que vacataires de l'administration pénitentiaire et, non plus uniquement, à titre d'experts[278]. L'expérience avait déjà débuté dans les années 1930[279] avec l'ouverture d'annexes psychiatriques dans quelques établissements (La Petite Roquette, Fresnes et La Santé). Il résulte par conséquent des déclarations de Paul Amor, directeur de l'Administration pénitentiaire, que « *le maintien de l'hygiène fait l'objet de tous* [les] *soins et grâce à une lutte sévère menée depuis deux ans contre les parasites, ceux-ci ont à peu près tous disparu. Des services d'assistance sociale fonctionnent dans toutes les Maisons d'Arrêt. Le dépistage et le traitement de la tuberculose, des maladies vénériennes, des anormaux mentaux y sont poursuivis très activement grâce au service médical renforcé par un corps d'infirmières et à la création d'annexes psychiatriques* […] »[280].

Malgré ces quelques initiatives, la réforme Amor n'a pas manifestement révolutionné l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. La tutelle de l'administration pénitentiaire a placé les médecins pénitentiaires dans des conditions d'exercice nettement moins satisfaisantes que celles des médecins exerçant dans le secteur public hospitalier. L'administration pénitentiaire s'est alors heurtée à des difficultés de recrutement. En outre, les moyens financiers alloués à la médecine exercée en milieu pénitentiaire ont été insuffisants, rendant ainsi difficiles l'installation d'infirmeries et

[275] Circulaire du 30 mai 1945 citée par AMOR P., *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire (1946) (Annexe n° 2 – État sanitaire des prisons),* Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Paris, séance du 30 janvier 1946, 80 p., *RPDP* 1947, p. 5.
[276] Circulaire du 29 juin 1945 citée par AMOR P., *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire (1946) (Annexe n° 4),* Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Paris, séance du 30 janvier 1946, 80 p., *RPDP* 1947, p. 5.
[277] AMOR P., *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire (1946) (Annexes n° 6 et 7),* Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Paris, séance du 30 janvier 1946, 80 p., *RPDP* 1947, p. 5.
[278] Les psychiatres sont chargés par les magistrats de se prononcer sur la responsabilité des prévenus et ce, conformément à l'article 64 du Code pénal de 1810, remplacé par l'article 122-1 du nouveau Code pénal de 1992 (modifié par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 17.)
[279] Décret du 31 mars 1936.
[280] AMOR P., « La réforme pénitentiaire en France », *RSC* 1947, p. 10.

l'organisation d'annexes psychiatriques dans tous les établissements pénitentiaires[281]. Il faut toutefois reconnaître que la réforme Amor a constitué un véritable effort de l'administration pénitentiaire en matière sanitaire et est ainsi apparue comme l'amorce d'évolutions plus importantes.

31. Des établissements de santé spécialisés. Dès les années 1950, l'administration pénitentiaire a poursuivi ses efforts en matière sanitaire en créant des établissements de santé spécialisés dans l'accueil des personnes détenues malades. Elle a notamment institué des établissements de lutte contre la tuberculose, comme l'infirmerie spéciale pour tuberculeux osseux et ganglionnaires du sexe masculin à Saint-Martin-de-Ré, l'infirmerie spéciale pour tuberculeux osseux et ganglionnaires du sexe féminin à Saint-Malo et le sanatorium pénitentiaire pour tuberculeux pulmonaires à Liancourt. Outre ces établissements de lutte antituberculeuse, d'autres établissements spécialisés ont été créés, tels que le centre d'observation psychiatrique des condamnés à Château-Thierry, le centre médical pour les maladies chroniques à Pau et le quartier d'aveugles et le quartier pour les condamnés âgés au centre pénitentiaire de La Châtaigneraie (Vendée)[282].

32. Des règles introduites dans le Code de procédure pénale. En 1957, la loi n° 57-1426 a instauré un Code de procédure pénale[283]. Les dispositions de ce code ont ensuite été complétées par le décret du 23 février 1959 qui a défini et organisé la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires[284]. Il résulte ainsi des anciens articles D. 375 et D. 364 du Code de procédure pénale qu'un (ou plusieurs) médecin, chargé de veiller à la santé physique et mentale des personnes détenues, est affecté dans chaque établissement pénitentiaire. Sous l'autorité médicale du médecin, des internes en médecine ou en pharmacie peuvent intervenir en milieu pénitentiaire[285]. Chaque établissement

---

[281] PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 84-110 in GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

[282] PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 98-104 in CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950, *op. cit.*

[283] Loi n° 57-1426 du 31 décembre 1957 instituant un Code de procédure pénale, JORF du 8 janvier 1958 p. 258.

[284] Décret n° 59-322 du 23 février 1959 concernant l'application du Code de procédure pénale, JORF du 25 février 1959 p. 2328.

[285] C. pr. pén., anc. art. D. 365.

pénitentiaire doit disposer d'une infirmerie et se doter de certains moyens matériels[286]. De ce fait, un infirmier doit être détaché dans chaque établissement[287]. Des locaux doivent être aménagés pour accueillir les consultations médicales ou pharmaceutiques[288]. Concernant les soins délivrés par certains spécialistes, le Code de procédure pénale a prévu la présence d'un chirurgien-dentiste habilité dans tous les établissements[289] ainsi que la possibilité d'organiser des consultations d'hygiène mentale dans chaque établissement[290]. Dans certains établissements, des services psychiatriques sont organisés et placés sous l'autorité médicale d'un psychiatre. Pour autant, il ne s'agit pas d'une véritable prise en charge psychiatrique. L'intervention du psychiatre se limite principalement à un dépistage des troubles mentaux.

Le Code de procédure pénale a par ailleurs posé le principe de la gratuité des soins[291] ainsi que le principe de l'hospitalisation, en cas de nécessité, dans un établissement pénitentiaire mieux approprié ou dans un établissement de santé spécialisé, ou, en cas d'urgence, dans le service hospitalier le plus proche[292]. Il résulte aussi de l'ancien article D. 389, alinéa premier, que les personnes détenues, en état d'aliénation mentale, ne devaient pas être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Enfin, les dispositions du Code de procédure pénale ont prévu un régime de détention approprié pour les femmes enceintes et celles auxquelles est laissé leur enfant[293].

En 1957, Simone Veil est nommée à la direction de l'administration pénitentiaire et ce, jusqu'en 1964. Durant son mandat, elle a pris conscience des conditions de vie désastreuses en prison. Elle a dès lors défendu avec conviction l'amélioration des conditions de détention, notamment des conditions sanitaires[294].

---

[286] C. pr. pén., anc. art. D. 368.
[287] *Ibidem*, anc. art. D. 367.
[288] *Ibid*., anc. art. D. 367.
[289] *Ibid*., anc. art. D. 366 et D. 392.
[290] *Ibid*., anc. art. D. 395.
[291] *Ibid*., anc. art. D. 380 et D. 391.
[292] *Ibid*., anc. art. D. 382 et D. 389.
[293] *Ibid*., anc. art. D. 399 à D. 401.
[294] Simone Veil a ensuite été au cœur de la réforme de la santé en prison qui s'est traduite par l'adoption de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960. V. VEIL S., *Une vie*, Paris, Stock, 2007.

33. Des centres médico-psychologiques régionaux. En 1967, les services psychiatriques ont été remplacés par les centres médico-psychologiques régionaux (C.M.P.R.) [295]. Le premier centre médico-psychologique a été créé, en 1960, à titre expérimental, par le docteur Paul Hivert. Ces centres ont vocation à apporter une assistance médico-psychologique aux personnes incarcérées et ce, notamment en prodiguant des soins psychologiques. Le règlement intérieur de ces centres a été défini par la circulaire interministérielle Justice-Santé du 28 mars 1977. Le personnel médical est placé sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire mais la rémunération de ce personnel dépend du budget départemental d'hygiène mentale. Ainsi, placés sous la double tutelle du service public pénitentiaire et du service public hospitalier, les centres médico-psychologiques ont posé les prémices du décloisonnement de la prise en charge sanitaire.

§2. La remise en cause de la prise en charge sanitaire par l'administration pénitentiaire

« *Prison health is part of public health and prisons are part of our society* ».[296]

34. Un nécessaire décloisonnement de la santé. L'enjeu du décloisonnement de la prison est de réinsérer la prison dans l'ensemble des institutions publiques[297]. « *Une réforme ou plutôt un processus de transformation de la prison s'identifie pratiquement à un processus de décloisonnement, et le décloisonnement représente à la fois l'objectif et la méthode de cette transformation. Changer la condition carcérale, c'est la rapprocher de la condition commune* »[298]. C'est particulièrement le cas en matière de santé. La tâche est beaucoup trop

[295] Circulaire AP-67-16 du 30 septembre 1967 cité par MICHEL L., BRAHMY B., *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Paris, Heures de France, coll. « Guides professionnels de santé mentale », 2005.

[296] « *La santé en prison fait partie de la santé publique et les prisons font partie de notre société* ». Zsuzsanna Jakab, Directeur régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, in ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, Foreword (avant-propos) [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int /__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

[297] SOULIER G., « Le décloisonnement de la prison » in *Psychologie et science administrative*, Paris, PUF, 1985, p. 93-101.

[298] SOULIER G., « Le décloisonnement de la prison » in *Psychologie et science administrative*, Paris, PUF, 1985, p. 101.

lourde pour que l'administration pénitentiaire puisse assumer la prise en charge de la santé des personnes détenues et prétendre parvenir à une prise en charge équivalente à celle de droit commun. Un processus de décloisonnement de la prise en charge de la santé des personnes détenues a donc été engagé en vue d'intégrer cette prise en charge dans la politique de santé publique.

A. Un processus de décloisonnement

35. Les prémices d'un décloisonnement. « *L'expression décloisonnement* […] *traduit une volonté d'ouverture de l'administration pénitentiaire afin que les spécialistes de l'extérieur viennent effectuer les prestations de droit commun dans les domaines de la culture, du travail, de la santé, de la formation, de l'éducation, de droits sociaux* »[299]. Les premières mesures de décloisonnement de la prise en charge sanitaire de la population détenue sont apparues dès la fin des années 1970 et ont lentement rapproché la « *médecine pénitentiaire* »[300] du service public hospitalier. En 1983, le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral a été confié à l'Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et aux services déconcentrés du ministère de la Santé[301]. Ce contrôle ne dépendait, dès lors, plus du ministère de la Justice puisque l'Inspection générale des affaires sociales a remplacé l'inspection médicale qui relevait du ministère de la Justice[302]. Ces services ont alors été chargés de veiller « *à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les prisons* »[303], de contrôler *« à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique »* et d'effectuer *« toutes vérifications utiles à leurs missions* »[304]. En 1985, l'hôpital pénitentiaire de Fresnes, établissement pénitentiaire à vocation hospitalière, a été transformé en

[299] COLIN M., JEAN J.-P., « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 23.
[300] Cette notion de « médecine pénitentiaire » ne signifie pas qu'il existe une médecine propre au milieu pénitentiaire. Elle est fréquemment utilisée pour désigner la médecine exercée en milieu carcéral et dépendante de l'autorité pénitentiaire avant la réforme de 1994.
[301] Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 modifiant le Code de procédure pénale, JORF du 28 janvier 1983 p. 435. Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale, JORF du 2 février 1984 p. 504.
[302] Selon l'ancien article D. 372 du Code de procédure pénale, alinéas 1 et 2, « *un médecin est affecté à l'administration centrale qui est chargé de l'inspection des services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Ce médecin s'assure, du point de vue technique, du fonctionnement des services sanitaires et de l'observation des règles d'hygiène dans les prisons* ».
[303] C. pr. pén., art. D. 372, modifié par le décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale, JORF du 2 février 1984 p. 504.
[304] C. pr. pén., art. D. 372, modifié par le décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale, JORF du 2 février 1984 p. 504.

établissement d'hospitalisation public national et est devenu ainsi, la première structure hospitalière en milieu carcéral[305]. Par un décret du 6 août 1985, a été créé le Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral[306]. Aux termes de l'ancien article D. 372-2 du Code de procédure pénale, cet organe « [était] *chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Il veill*[ait] *à la mise en œuvre des orientations fixées pour l'organisation et le fonctionnement des établissements pénitentiaires dans les domaines de l'hygiène et de la santé. Il assur*[ait] *la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents chargés de promouvoir l'amélioration des soins dispensés aux personnes incarcérées et concour*[ait] *à l'évaluation du dispositif de soins en milieu pénitentiaire* ». Le comité, composé de membres relevant du ministère de la Santé et du ministère de la Justice, était un organe de concertation interministériel. Toutefois, seul le ministre de la Justice (ou son représentant) en assurait la présidence. Il a fallu attendre, le décret du 8 décembre 1998, pour que ce comité soit présidé conjointement par le ministre de la Justice et le ministre de la Santé[307]. En 1986, les services médico-psychologiques régionaux[308] (S.M.P.R.) ont été créés, succédant aux anciens centres médico-psychologiques régionaux (C.M.P.R.) [309]. Les missions de ces services ont été fixées par un arrêté du 14 décembre 1986[310]. Chaque service est rattaché à un établissement public hospitalier et relève donc du ministère de la Santé. En conséquence, cette évolution de prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées a marqué l'ouverture du milieu pénitentiaire à des intervenants extérieurs. La psychiatrie en milieu carcéral constitue depuis

[305] Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF du 4 janvier 1985 p. 94. En 1995, l'hôpital pénitentiaire de Fresnes est devenu l'établissement public de santé national de Fresnes.

[306] Décret n° 85-836 du 6 août 1985 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale JORF du 8 août 1985, p. 903. V. C. pr. pén., ancien art. D. 372-1 à D. 372-3.

[307] Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le Code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, JORF n° 285 du 9 décembre 1998 p. 18498. Ce décret a créé l'article D. 348-2 du Code de procédure pénale qui dispose, dans l'alinéa premier, que « *le comité interministériel de coordination de la santé en milieu pénitentiaire est présidé conjointement par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, ou son représentant et par le ministre chargé de la santé ou son représentant* ».

[308] La liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque service médico-psychologique régional est fixée par un arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, JORF n°111 du 12 mai 1995 p. 7989.

[309] Art. 11 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, JORF du 19 mars 1986 p. 4612. V. MICHEL L., BRAHMY B., *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire,* Paris, Heures de France, coll. « Guides professionnels de santé mentale », 2005.

[310] Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, JORF du 3 janvier 1987 p. 124. V. MICHEL L., BRAHMY B., *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire,* Paris, Heures de France, coll. « Guides professionnels de santé mentale », 2005.

lors le troisième secteur de psychiatrie, avec la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.

36. Le « programme 13000 » et la construction de prisons « privées ». Dès la fin des années 1980, le processus de décloisonnement a été étendu à la construction de prisons privées. Face au surencombrement flagrant des prisons, le ministre de la Justice, Albin Chalandon, a lancé un vaste programme de construction de nouvelles prisons[311]. La loi n° 87-432 du 22 juin 1987, dite « loi Chalandon » a alors précisé, dans son article 2, que l'État peut confier, par la signature d'une convention, à une personne de droit public ou privé ou à un groupement de personnes public ou privé une mission portant à la fois sur la conception, la construction et l'aménagement d'établissements pénitentiaires[312]. « *Deux problèmes majeurs* [ont dû] *être contournés : le problème du financement considérable qu'un tel programme exige et la lourdeur d'une administration jugée sclérosée et incapable de tenir des délais compatibles avec l'urgence de la situation. Pour y parvenir, Albin Chalandon* [a eu recours] *à la stratégie qu'il avait mise en œuvre, dans les années 1970, en tant que ministre de l'Équipement afin de résorber le retard français en matière d'équipement autoroutier : faire appel à l'initiative privée, tant pour la construction que pour la gestion des nouvelles prisons* »[313]. Ce programme a consisté, dans ces prisons privées, en une délégation de gestion pour la maintenance et l'entretien des locaux, la restauration, la cantine, les transports, la formation professionnelle, le travail et la santé[314]. Cette initiative a ainsi marqué l'ouverture de l'univers carcéral vers l'extérieur. Cependant, ces établissements étaient soumis à une gestion mixte puisque l'administration pénitentiaire conservait toute son autorité sur les personnels de direction, de surveillance, de greffe, d'insertion et de probation. En conséquence, en 1987, avec le lancement du « programme 13 000 », la prise en charge de la santé des personnes incarcérées a connu un nouveau rebondissement[315]. En effet, dans les établissements pénitentiaires du « programme 13 000 »,

---

[311] Pour aller plus loin : AKRICH M., CALLON M., « L'intrusion des prisons privées dans le monde carcéral français : le programme 13 000 » in ARTIÈRES P., LASCOUMES P, *Gouverner, enfermer. La prison modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Science Po, 2004, p. 295-319.

[312] Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, JORF du 23 juin 1987, p. 6775.

[313] AKRICH M., CALLON M., « L'intrusion des prisons privées dans le monde carcéral français : le programme 13 000 », in ARTIÈRES P., LASCOUMES P, *Gouverner, enfermer. La prison modèle indépassable ?, op. cit.*, p. 296.

[314] PRADIER P., *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives*, Ministère de la Justice, septembre 1999, 109 p. [consulté le 4 mars 2011]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//004000190/0000.pdf.

[315] Article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, JORF du 23 juin 1987 p. 6775.

la gestion de la santé était confiée à des opérateurs privés et ce, de 1987 jusqu'en 2001[316]. La prise en charge de la santé de la population incarcérée était dès lors, dans ces établissements, autonome vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire. Le coût des traitements administrés aux personnes détenues était supporté par les entreprises privées et le coût de leur hospitalisation par l'Assurance Maladie. Placées sous l'autorité d'un médecin responsable du service médical, les équipes médicales et paramédicales étaient « *chargées d'assurer l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de soins nécessaires à la préservation de la santé des détenus, à l'exception des hospitalisations* »[317]. Les décisions du service médical ont ainsi été allégées du poids de la tutelle de l'administration pénitentiaire et de nombreux projets ont pu être menés, notamment en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Un véritable partenariat entre les services pénitentiaires et sanitaires a été mis en place. De plus, les moyens médicaux et paramédicaux ont été renforcés dans ces prisons « privées ». Et enfin, en raison du bon entretien des installations et du niveau d'hygiène satisfaisant, les conditions de détention étaient d'un niveau supérieur par rapport aux prisons traditionnelles. Toutefois, même si la mise en place de ce « programme 13 000 » a permis d'améliorer le dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire, grâce au renforcement de ses moyens mais aussi d'amorcer son indépendance vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire, d'importantes lacunes ont néanmoins subsisté[318]. Ces lacunes ont notamment résulté d'un manque de précisions quant aux conditions de la gestion déléguée. En outre, si ce programme a permis d'améliorer les conditions matérielles de vie en détention, cette amélioration s'est faite au détriment de la vie sociale au sein des établissements pénitentiaires. La taille importante de ces établissements pénitentiaires a considérablement limité les interactions sociales renforçant ainsi le sentiment d'isolement social des personnes détenues.

[316] La réforme opérée par la loi du 18 janvier 1994 ne sera pas appliquée à ces établissements à gestion mixte. Cette loi est applicable à tous les établissements pénitentiaires mais des dérogations ont été prévues pour les établissements du « programme 13 000 ». Le service public hospitalier n'interviendra donc pas dans ces établissements, le système de santé restera confié et géré par le secteur privé jusqu'en 2001.

[317] SAMPEUR O., « La fonction santé dans les « établissements du "Programme 13000" à gestion mixte », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 82.

[318] Pour aller plus loin : PRADIER P., *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives*, Ministère de la Justice, septembre 1999, p. 75-81.

B. Une intégration dans la politique de santé publique

« *Si la porosité des murs* [des prisons] *est grandissante, la santé des détenus est non plus seulement un problème interne à gérer autant que les moyens disponibles le permettent mais un enjeu de santé publique* »[319].

37. Une démarche de santé publique. En 1992, le ministre de la Justice et le ministre de la Santé ont commandé au Haut Comité de la santé publique[320] (H.C.S.P.) de « *rechercher et proposer les modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique* ». En janvier 1993, le Haut Comité de la santé publique a publié le « rapport Chodorge » sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues[321]. Quelques données sur l'état de santé de l'ensemble de la population détenue ont alors été communiquées : 15 % des personnes détenues sont toxicomanes ; 30 % ont une dépendance à l'alcool ; 80 % sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour ; 30 % prennent habituellement des médicaments ; 80 % des personnes détenues nécessitent des soins dentaires ; de nombreuses personnes détenues sont atteintes du VIH ou d'une hépatite (B ou C) ; le nombre de tuberculoses dépistées est trois fois plus élevé qu'à l'extérieur ; les problèmes dermatologiques, digestifs, cardio-vasculaires, pulmonaires, traumatiques ainsi que les suicides, grèves de la faim et automutilations sont très fréquents ; et enfin, une partie importante de la population pénale est atteinte de troubles mentaux.

Au vu de ces données et en dépit des quelques avancées intervenues jusque-là, le « rapport Chodorge » a fait état d'un certain nombre d'insuffisances. D'une part, le dispositif de soins manquait cruellement de moyens. Si les locaux sanitaires étaient inadaptés, les moyens financiers et humains étaient également faibles. D'autre part, les

[319] LHUILIER D., « La santé en prison : permanence et changement », in VEIL C., LHUILIER D. [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 192, cité par QUELOZ N., RIKLIN F., DE SINNER P., SENN A. [dir.], *Medizin und Freiheitsentzug : Beiträge und Dokumentation der 2. Freiburger Strafvollzugstage (November 2000)*, Bern, Stämpfli Verlag AG Bern, 2002.

[320] Les missions du Haut Comité de la santé publique (et celles du Conseil d'hygiène publique de France) ont été reprises par le Haut Conseil de santé publique, créé par la loi n° 2004-806 du 9 mars 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 août 2004 p. 14277 texte n° 4. V. C. sant. pub., art. L. 1411-2, L. 1411-4 et L. 1411-5.

[321] CHODORGE G., GUY N., *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, janvier 1993, 85 p. [consulté le 10 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc00
1097.pdf

hospitalisations et consultations extérieures étaient insuffisantes et ce, en raison des difficultés que posaient les extractions des personnes détenues (manque de surveillants, absence de véhicules médicalisés, etc.). De ce fait, le Haut Comité de santé publique a insisté sur la nécessité d'une véritable réforme de la prise en charge sanitaire des personnes détenues et a, en ce sens, inscrit cette réforme dans une démarche de santé publique. Pour autant, la prise en charge de cette population est-elle un véritable enjeu de santé publique ?

38. Un enjeu de santé publique. La notion de « santé publique » a fait l'objet de nombreuses définitions. La définition retenue ici est celle formulée, en 1920, par Charles-Edward Amory Winslow[322], reprise et légèrement modifiée par l'Organisation mondiale de la santé en 1952 : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité* »[323]. Cette notion revêt ainsi une dimension tant individuelle que collective. La santé publique consiste en un ensemble de moyens visant, par une action collective, à satisfaire les besoins de santé individuels et ayant, de ce fait, pour objet d'améliorer la santé de la population. L'enjeu correspond à « *ce que l'on peut gagner ou perdre dans n'importe quelle entreprise* »[324].

En ce sens, il convient de reconnaître que *« la santé en prison est, en tout état de cause, un enjeu* [de santé publique] *: une organisation insuffisante des soins fera "perdre" beaucoup à la santé publique; une organisation correcte fera "gagner" à la santé publique ; une organisation optimale de la santé en milieu pénitentiaire lui fera "gagner" plus*

[322] Bactériologiste américain et professeur en santé publique (1877-1957). WINSLOW C.-E. A., *The evolution and significance of the modern public health campaign*, New Haven, Yale University Press, 1923, p. 1.
[323] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Premier rapport du comité d'experts de l'administration de la santé publique*, Genève, septembre 1952, 47 p. [consulté le 11 octobre 2012]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_55_fre.pdf
[324] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Enjeu [consulté le 21 octobre 2014]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

encore »[325]. L'absence de prise en charge des maladies dont souffre la population détenue (notamment le SIDA, l'hépatite C et l'hépatite B) peut se révéler être une source de contamination pour la population extérieure et ce, avant même la réintégration dans la société des personnes détenues atteintes. En somme, plus le dispositif de soins dans les établissements pénitentiaires est performant, plus la santé de la population libre est protégée[326]. La question de la prise en charge de la santé des personnes détenues ne doit pas être limitée au milieu carcéral et doit ainsi, intéresser la société toute entière[327]. Les promoteurs de la loi du 18 janvier 1994 ont, de ce fait, présenté l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues comme un véritable enjeu de santé publique : « *il faut certainement y voir la prise de conscience progressive, tant du côté des administrations que de l'opinion publique, que la prison n'est pas seulement un lieu de relégation sociale, mais aussi un lieu de passage pour des personnes qui sont destinées, tôt ou tard, à en sortir* »[328].

39. Des objectifs de santé publique définis. Pour répondre à cet enjeu de santé publique, des objectifs ont été dégagés par le Haut comité de santé publique. Ainsi, il convient de mettre en place un dispositif de dépistage des affections fréquentes et graves mais aussi de garantir une qualité et une continuité des soins, pour les pathologies somatiques et psychiques, équivalentes à celles dispensées en milieu libre. Afin de satisfaire ces objectifs, le Haut Comité de santé publique a formulé des propositions de réforme du système de soins en milieu pénitentiaire. Il met l'accent sur l'importance d'une médecine préventive, afin d'évaluer l'état de santé des personnes détenues, grâce notamment au recueil de données épidémiologiques et d'organiser ainsi une prise en charge sanitaire appropriée. Pour faciliter

---

[325] GIRARD J.-F., « Enjeu de santé publique », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 14.

[326] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, janvier 1993, p. 23 [consulté le 10 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001097.pdf

[327] Dans sa déclaration « *Prison health as part of public health* », adoptée à Moscou le 24 octobre 2003, l'Organisation mondiale de la Santé The « *penitentiary health must be an integral part of the public health system of any country. In this connection, it is necessary for both prison health and public health to bear equal responsibility for health in prisons* ». En 2014, le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, Zsuzsanna Jakab a affirmé: « *One third of prisoners leave prison every year and the interaction between prisons and society is huge. We have to ensure that prisons are not becoming breeding places for communicable and no communicable diseases, and we must also seek to use the experience of imprisonment for the benefit of prisoners and society* ». V. ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, Foreword (avant-propos) [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

[328] LE BIANIC T., MALOCHET G., « Soigner, évaluer, contrôler. Les dilemmes des soignants en milieu carcéral » in BENGUIGUI G., GUILBAUD F., MALOCHET G., *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ social, 2011, p. 227.

l'accès aux soins somatiques, le Haut Comité propose de confier la responsabilité des soins médicaux au service public hospitalier et pour cela « *de "coupler" chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel seront confiées la responsabilité et la maitrise d'œuvre de l'ensemble des soins des détenus tant à l'intérieur de la prison que dans la structure hospitalière s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations* ». Il suggère aussi de renforcer cette coopération entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé en leur confiant conjointement la définition de la politique générale de santé en milieu carcéral. Il préconise également d'offrir à la population détenue une couverture sociale pour le risque maladie-maternité. Afin d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux, il prône le renforcement du nombre de services psychiatriques ainsi que le nombre de personnels travaillant dans ces services. Il recommande ensuite d'accroître les possibilités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues dans les établissements de santé.

À la suite de la prise de conscience de cet enjeu de santé publique que représente la prise en charge sanitaire de la population détenue et sous l'impulsion notamment de Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville[329], la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a été promulguée et ce, en s'appuyant particulièrement sur les propositions du rapport du Haut Comité de santé[330]. Afin d'assurer la mise en œuvre d'une politique de santé publique en milieu carcéral, les dispositions de cette loi prévoient que « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier* » et qu' « *il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires* »[331]. En outre, la loi affirme que les personnes détenues et leurs ayants droits sont affiliés obligatoirement et gratuitement aux assurances maladie et maternité du régime général pendant toute la durée de leur détention[332]. La mise en

[329] Ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, sous le gouvernement Édouard Balladur de 1993 à 1995.
[330] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960, art. 2.
[331] Article 2 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, inséré dans le Code de la santé publique à l'ancien article L. 711-3 (C. santé pub., art. L. 6111-1-2 2°).
[332] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960, art. 3.

application de cette loi a été opérée par un décret du 27 octobre 1994[333] qui a été complété par une circulaire du 8 décembre 1994[334], accompagnée d'un guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues[335].

D'autres dispositions légales ont par la suite rattaché la politique de santé en milieu carcéral à la politique de santé publique. La loi n° 2004-806 du 9 mars 2004 relative à la politique de santé publique a notamment inséré l'article L. 1411-11 dans le Code de santé publique qui prévoyait que le représentant de l'État arrête, en vue de la réalisation des objectifs nationaux, un plan régional de santé publique qui tient compte du droit pour les personnes détenues d'accéder aux dispositifs de soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier et ce, en application de l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique[336]. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a inscrit les soins dispensés aux personnes détenues, en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier, parmi les missions de service public assurées par les établissements de santé[337]. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014, relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, a rappelé que les plans et les programmes de santé publique devaient être mis en œuvre en milieu carcéral[338]. Dans le cadre de l'adaptation des politiques de santé publique, la troisième édition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, publiée en

[333] Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, JORF n° 251 du 28 octobre 1994 p. 15350.

[334] Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.

[335] Une première actualisation du guide méthodologique a été opérée en septembre 2004 : V. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf. Une seconde actualisation du guide méthodologique a été effectuée en octobre 2012 V. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 86-102 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[336] Loi n° 2004-806 du 9 mars 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 août 2004 p. 14277 texte n° 4, art. 3.

[337] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184, texte n° 1, art. 1. V. C. sant. pub., art. L. 6111-1-2 2°.

[338] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p. [consulté le 21 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

octobre 2012, a porté une attention particulière à la prévention du suicide[339], à la prise en charge des conduites addictives et des maladies transmissibles ou non transmissibles mais aussi à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel et ce, en instaurant des dispositifs spécifiques renforcés[340].

Ainsi, conformément aux Règles pénitentiaires européennes[341], la politique de santé en milieu carcéral a progressivement été intégrée à la politique nationale de santé. Pour autant, la Cour des comptes a conclu, dans son *rapport public annuel 2014*, que « *malgré les efforts réalisés, l'action publique n'est pas encore, vingt ans après la loi de 1994, à hauteur des enjeux humains et de santé publique auxquels celle-ci entendait alors répondre* »[342]. En somme, la Cour des comptes recommande « *d'organiser plus fermement et plus clairement une politique de santé publique à hauteur des enjeux* »[343] et, par conséquent, de « *redéfinir une stratégie globale de santé publique s'assignant des objectifs atteignables et mesurables pour mobiliser l'ensemble des acteurs sous l'autorité des agences régionales de santé dans un cadre financier rénové* »[344]. La Cour souligne la nécessité de mobiliser les agences régionales de santé chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique et par conséquent, au titre de l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique, d'évaluer et d'identifier les besoins sanitaires des personnes en détention mais aussi de définir et de réguler l'offre de soins en milieu pénitentiaire. La Cour préconise par ailleurs d'éclaircir les modalités de financement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, financement auquel contribuent de manière complexe l'assurance maladie et l'État. La Cour recommande enfin d'inscrire la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans une démarche de santé publique « *plus explicite, mieux outillée et aux objectifs clairs* ». En septembre 2011, la Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S) et la Direction générale de la santé (D.G.S.) ont saisi le Haut Conseil de la Santé publique afin de définir des « *indicateurs de politique publique, le but étant de pouvoir mesurer d'ici cinq années la pertinence des actions retenues et leur impact sur la prise en charge sanitaire de cette*

---

[339] BONNE-HARBIL A., *« Suicide carcéral », responsabilité et prévention*, Mémoire de Master, Nancy, Université Nancy II, 2010.

[340] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus*, octobre 2012, p. 162 et s. [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[341] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (Règle n° 40.2).

[342] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, Paris, La Documentation française, 2014, p. 278.

[343] *Ibidem*, p. 273.

[344] *Ibid*., p. 278.

population »[345]. Les indicateurs créés par le plan d'actions stratégiques 2010-2014 se limitaient à suivre la mise en œuvre des actions et à identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de celles-ci et ce, sans mesurer l'impact de ces actions sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Le projet de loi de modernisation du système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblé nationale, le 14 avril 2015, n'a pas apporté de précisions supplémentaires[346].

Afin d'inscrire la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans une démarche de santé publique, l'organisation de cette prise en charge jusque-là confiée au service public pénitentiaire a été transférée au service public hospitalier. L'enjeu n'est autre que d'assurer aux personnes détenues une prise en charge de droit commun en matière de santé.

Section 2 : Une compétence transférée au service public hospitalier

« *Les obligations médicales assumées spontanément par l'administration pénitentiaire soulèvent des difficultés telles que l'on peut se demander s'il n'est pas présomptueux de sa part de les avoir revendiquées et s'il ne serait pas plus conforme à la nature des choses de la dessaisir de ses responsabilités au profit du Ministère de la santé publique* »[347].

40. Du partenariat au transfert de compétence. À la fin du XXe siècle, l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a grandement fragilisé le dispositif de soins en milieu pénitentiaire construit jusque-là. En 1989, face à cette épidémie, les établissements pénitentiaires ont signé des conventions avec les établissements hospitaliers afin que des

[345] HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »*, septembre 2012 [consulté le 21 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=289

[346] Projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le 14 avril 2015.

[347] GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1951*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1952, 192 p. [consulté le 27 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1951.pdf

consultations spécialisées soient assurées par les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.). Dès 1992, les établissements pénitentiaires et hospitaliers de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier ont même été jusqu'à étendre la portée de ces conventions à l'ensemble des soins somatiques. Déjà à la fin des années 1940, une timide coopération entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier avait déjà été mise en œuvre, afin de lutter contre les maladies vénériennes. Un service d'inspection médicale avait été institué au sein de la direction de l'administration pénitentiaire avec pour objectif de centraliser toutes les questions afférentes aux services sanitaires de ses établissements, d'en contrôler et d'en coordonner le fonctionnement. Cette mission d'inspection avait été confiée à un inspecteur divisionnaire de la santé, détaché auprès du ministère de la Justice[348].

L'épidémie de SIDA a entériné l'ouverture progressive du milieu carcéral vers l'extérieur en matière de santé. L'apogée de ce décloisonnement s'est traduit par un transfert de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier entraînant ainsi une intervention des établissements de santé (§1.) et une restructuration fondamentale de l'offre de soins (§2.).

§1. Une intervention des établissements de santé

41. Pour une prise en charge de droit commun. L'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont désormais confiées aux établissements de santé désignés. Pour autant, un partenariat et une collaboration des services pénitentiaires auxquels l'autorité judiciaire a confié les personnes détenues et les établissements de santé demeurent indispensables.

[348] PETIT R., *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 85 in GERMAIN Ch., Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

A. Désignation et missions des établissements de santé

42. Les établissements de santé désignés. Afin que le service public hospitalier puisse exercer la mission qui lui a été confiée, chaque établissement pénitentiaire est rattaché à un établissement public hospitalier. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement de santé situé à proximité, chargé d'assurer la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ce, après avis du conseil de surveillance de l'établissement de santé[349]. Il résulte, en outre, des dispositions de l'article R. 6112-15 du Code de la santé publique que lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional, le directeur de l'Agence Régionale de Santé désigne l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer l'une des missions de service public énumérées à l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique, situé à proximité, chargé de dispenser aux personnes détenues les soins en psychiatrie. Au regard de ces dispositions, le choix de ces établissements de santé partenaires est ainsi subordonné à la condition de proximité[350].

En outre, le cadre formel de ce partenariat entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé est constitué par la signature de protocoles entre le directeur général de l'Agence de Régionale de Santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé de rattachement et, en application de l'article R. 6112-5 du Code de la santé publique, l'établissement de santé chargé de la psychiatrie. Un protocole-cadre fixe les conditions d'intervention de l'établissement de santé et les moyens mis en œuvre, tant par l'établissement sanitaire que par l'établissement pénitentiaire, conformément aux dispositions des articles R. 6112-16 et R. 6112-23 du Code de la santé publique. En application de l'article R. 6112-5, un protocole complémentaire détermine les modalités d'intervention de l'établissement de santé désigné pour dispenser aux personnes détenues les soins en psychiatrie, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-24 du Code de la santé publique. Ces protocoles sont établis par référence aux modèles de protocoles déterminés conjointement par les ministres du

[349] C. sant. pub., art. R. 6112-14.
[350] À titre d'exemple, l'établissement de santé de rattachement du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est le Centre hospitalier universitaire de Nancy.

Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale[351]. Par ailleurs, pour garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population, un protocole établit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires et ce, en application de l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[352].

43. Les missions des établissements de santé désignés. Dans le cadre de leur mission de service public définie au 2° de l'article L. 6111-1-2 du Code de la santé publique, les établissements de santé doivent assurer la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ainsi, leur dispenser une qualité et une continuité des soins comparables à celles dont dispose la population générale[353]. En vertu des articles R. 6112-14, R. 6112-19 et R. 6112-20 du Code de la santé publique, les établissements de santé sont ainsi chargés de dispenser les soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, hospitalier, de participer à l'accueil et au traitement des urgences mais aussi, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire. Afin de formuler un diagnostic, l'établissement de santé de rattachement effectue ou fait effectuer des examens radiologiques ou de laboratoire. En outre, il recueille les données épidémiologiques collectées lors de la visite médicale d'entrée ; il pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens[354] ; il assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques ; et enfin, il assure l'élimination des déchets hospitaliers. L'établissement de santé doit aussi assurer l'entretien

[351] C. sant. pub., art. R. 6112-25. Pour le modèle de protocole-cadre et le modèle de convention entre l'établissement de santé assurant les soins somatiques et celui assurant les soins psychiatriques, V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 219-231 et 233-235 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[352] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[353] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n° 1, art. 99.

[354] L'établissement de santé prend alors à sa charge le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires ; mais aussi, les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ; et enfin, les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement. V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus, op. cit.*, p. 158.

des locaux des unités de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire[355].

Aux termes de la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, « […] *si la loi du 18 janvier 1994 transfère au service hospitalier l'organisation et la mise en œuvre des soins, ainsi que la coordination des actions de prévention, les personnes détenues n'en demeurent pas moins confiées par l'autorité judiciaire aux établissements pénitentiaires. En conséquence, les personnels sanitaires et pénitentiaires travaillent dans la reconnaissance et le respect des missions de chacun* »[356].

B. Partenariat et collaboration entre les établissements de santé et les services pénitentiaires

44. Un partenariat et une collaboration assurément nécessaires. La prise en charge de la santé des personnes détenues est certes assurée par le service public hospitalier. Pour autant, la qualité de cette prise en charge sanitaire résulte d'un partenariat essentiel entre les services pénitentiaires et les services hospitaliers. La nécessité de ce partenariat a été rappelée dans une circulaire interministérielle en date du 30 octobre 2012. Aux termes de cette circulaire, « *la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues repose sur une dynamique partenariale entre les acteurs concernés du monde de la santé et de la justice. Ce partenariat, indispensable pour un bon fonctionnement, doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun* » [357]. Les modalités de ce partenariat entre les professionnels sont définies et précisées dans le protocole-cadre signé entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique. Les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire sont détaillées aux articles R. 6112-19 à R. 6112-22 du Code de la santé publique. Eu égard à l'analyse précédente des

[355] *Ibidem*., p. 120 et 158.
[356]Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.
[357] Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, NOR : AFSH1238354C.

obligations attenantes aux établissements de santé[358], les développements suivants sont consacrés aux obligations qui pèsent sur l'administration pénitentiaire.

En vertu de l'article 2 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le service public pénitentiaire exerce une double mission en participant non seulement à l'exécution des décisions pénales mais en contribuant également à l'insertion ou à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues[359]. En matière de santé, l'administration pénitentiaire, acteur central du service public pénitentiaire, est tenue de créer et d'aménager des locaux spécialisés pour l'implantation des unités sanitaires dans les établissements pénitentiaires[360]. Afin que les établissements de santé puissent organiser et mettre en œuvre la prise en charge sanitaire des personnes détenues, l'administration pénitentiaire prend en charge l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance[361]. Il prend aussi en charge les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage[362]. Conformément à l'article R. 6112-22 du Code de la santé publique, l'administration pénitentiaire assure également le financement :

- des actions de prévention et d'éducation pour la santé[363] ;
- de l'entretien des locaux des unités sanitaires assuré par l'établissement de santé[364] ;
- du transport des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;
- du transport à l'établissement pénitentiaire des praticiens et agents hospitaliers qui ne sont pas affectés exclusivement dans cet établissement ; lorsque ces praticiens et agents perçoivent des indemnités de déplacement, celles-ci sont remboursées à l'établissement de santé sur la base des dispositions relatives au remboursement des frais de voyage et de séjour applicables aux fonctionnaires de l'État.

L'administration pénitentiaire doit en outre, en vertu de l'article R. 6112-21 du Code de la santé publique, assurer la sécurité des personnels concourant aux soins dans les

[358] Cf. *supra* n° 43.
[359] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[360] C. sant. pub., R. 6112-22 2° ; C. pr. pén., D. 370.
[361] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus*, *op. cit.*, p. 158.
[362] *Ibidem*.
[363] V. C. séc. soc., art. L. 381-30-6.
[364] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus*, op. cit., p. 120 et 158.

établissements pénitentiaires ou en milieu hospitalier[365]. Au regard des dispositions de loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, il incombe enfin à l'administration pénitentiaire de favoriser la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation pour la santé et d'assurer également un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques[366].

Bien que les compétences et responsabilités de chacun soient clairement réparties, les services pénitentiaires et les services hospitaliers doivent travailler de manière conjointe et ce, dans le respect et la reconnaissance des missions de chacun. Si l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge de la santé des personnes détenues ont été transférées au service public hospitalier, le service public pénitentiaire reste responsable de la garde des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Dans sa troisième édition, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, précise que cette coopération des services publics hospitalier et pénitentiaire doit être guidée par la recherche d'un objectif commun : l'amélioration de la santé des personnes détenues. Toutefois, la recherche d'un partenariat étroit entre les acteurs de ces deux services s'est trouvée confrontée à la méfiance des uns à l'égard des autres, aux difficultés de communication et de travail de liaison résultant de la spécificité de leur culture professionnelle. L'une est orientée vers le soin, l'autre vers la sécurité. De ce fait, l'entrée du service public hospitalier en milieu pénitentiaire ne s'est pas faite sans difficultés[367]. Il a donc fallu construire et organiser cette collaboration des services. Ce travail de liaison devant, avant tout et surtout, demeurer complémentaire, ces cultures professionnelles ont alors été rapprochées tout en garantissant une reconnaissance mutuelle de l'identité professionnelle de chacune.

45. Une participation des personnels pénitentiaires à la prise en charge sanitaire. Conformément aux Règles pénitentiaires européennes, « *les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde* »[368]. En application des dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes

[365] V. C. pr. pén., D. 373.
[366] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 46.
[367] Pour aller plus loin : LECHIEN M.-H., « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2001, n° 136-137, p. 15-26.
[368] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (règle n° 39).

placées sous main de justice, le chef de l'établissement pénitentiaire est l'interlocuteur privilégié du directeur de l'établissement de santé et du médecin responsable de l'équipe sanitaire lorsqu'il s'agit de débattre des questions d'organisation générale ou de difficultés ponctuelles[369]. Il s'assure également de la communication de la liste des personnes détenues entrantes pour qu'elles puissent bénéficier d'un examen médical et de la liste des personnes placées à l'isolement ou au quartier disciplinaire.

Le personnel de surveillance joue aussi un rôle essentiel dans la protection de la santé des personnes détenues, plus particulièrement dans l'accès aux soins et ce, en servant d'intermédiaire entre le personnel soignant et la population détenue[370]. Il veille à l'accueil et à la sécurité des locaux médicaux. Les demandes de consultations peuvent être transmises par le personnel pénitentiaire et dans certains cas, peuvent être faites par ce dernier. Il communique à l'équipe soignante ses observations et signale ses remarques sur la santé des personnes détenues qui ne formuleraient pas spontanément de demande de soins. Il accompagne le personnel infirmier lors de la distribution des médicaments. Il est en outre chargé d'organiser les escortes pénitentiaires lorsque des soins à l'extérieur sont nécessaires à la personne détenue. Les surveillants pénitentiaires peuvent même être portés à pratiquer les gestes de premiers secours et ce, quelle que soit la situation d'urgence (tentative de suicide, agression, malaise, etc.)[371]. Ils peuvent aussi être amenés à repérer des personnes détenues victimes de sévices infligés par des codétenus[372].

En vertu de l'article D. 460 du Code de procédure pénale, le service pénitentiaire d'insertion et de probation a pour mission de participer, dans chaque établissement pénitentiaire, « *à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et de les aider à préparer leur réinsertion sociale* ». De ce fait, « *il assure les liaisons avec les divers services sociaux, éducatifs, médico-sociaux et prend tous les contacts qu'il juge nécessaires pour la réinsertion des détenus* ».

---

[369] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*

[370] *Ibidem* ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

[371] MAUREL O., *Le taulier, confessions d'un directeur de prison*, Paris, Fayard, 2010, p. 218-221.

[372] PUEYO J., *Des hommes et des murs*, Paris, Le Cherche-midi, 2013, p. 169-173.

Dans une décision du 18 mars 2014, le Défenseur des droits[373] a d'ailleurs rappelé, suite au décès d'une personne détenue, qu' « *au-delà de la prise en charge strictement médicale qui relève de la responsabilité de l'équipe médicale dans l'établissement, l'ensemble des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, surveillants ou gradés, ont l'obligation de prendre, dans le cadre de leur mission, toute mesure tendant à la sauvegarde de la vie et de la santé des personnes* »[374].

46. Une coordination institutionnelle. Afin de garantir la qualité et l'efficacité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, une coordination institutionnelle a été mise en place entre les services pénitentiaires et les services hospitaliers[375]. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise, dans sa troisième édition, que l'établissement de santé de rattachement en charge des soins somatiques est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'établissement pénitentiaire lorsque les soins psychiatriques sont gérés par un autre établissement[376]. Les directeurs des établissements de santé sont alors tenus de se concerter. Au sein de chaque unité sanitaire, un médecin coordonnateur doit être désigné. Il représente les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques et est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'administration pénitentiaire. Dans les établissements pénitentiaires sièges de service médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.), deux coordonnateurs sont désignés, sous réserve d'un fonctionnement harmonieux entre eux. Cette collaboration des services pénitentiaires et hospitaliers repose notamment sur certaines instances d'évaluation et de coordination.

Au niveau national, le comité interministériel de la coordination de la santé en milieu pénitentiaire[377], qui se réunit au moins une fois par an, est présidé de manière conjointe par le garde des Sceaux, ministre de la Justice et par le ministre chargé de la Santé. D'après les

---

[373] Succédant à Dominique Baudis, Jacques Toubon a été nommé, le 17 juillet 2014, pour six ans, par le Président de la République François Hollande.

[374] DÉFENSEUR DES DROITS, TOUBON Jacques, *Rapport annuel 2014*, janvier 2015, p. 110 [consulté le 4 avril 2015]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/ default/files/atoms/files/ddd_baa_2014.pdf

[375] Pour aller plus loin : MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, ocotbre 2012, op. cit., p. 32-34.

[376] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 32-34.

[377] Créé par le décret n° 85-836 du 6 août 1985 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale JORF du 8 août 1985, p. 903, modifié par le décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le Code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, JORF n° 285 du 9 décembre 1998 p. 18498

dispositions de l'article D. 348-3 du Code de procédure pénale, il est chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des personnes détenues et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Il veille aussi à la mise en œuvre des orientations fixées dans les domaines de la prévention, de l'organisation des soins et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires et assure enfin la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents chargés de promouvoir l'amélioration des soins dispensés aux personnes incarcérées et concourt à l'évaluation du dispositif de soins en milieu pénitentiaire.

Au niveau régional, la commission régionale Santé-Justice[378] est chargée d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice mais aussi tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judicaires ainsi que toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire[379].

Au niveau local, le comité de coordination est un organe de concertation établi entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. Présidé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.), sa mission porte essentiellement sur les conditions d'application du protocole[380]. En vertu des dispositions de l'article D. 90 du Code de procédure pénale[381], une commission pluridisciplinaire unique (C.P.U.) est instituée auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire, pour une durée de cinq ans. Elle se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine. Participent à cette commission présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, un responsable du secteur de détention du détenu dont la situation est examinée, un représentant du service du travail,

---

[378] Créée par l'arrêté n° 2012-159 du 12 janvier 2012 portant création de la commission régionale Santé-Justice.

[379] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, *op. cit.*, p. 25.

[380] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, *op. cit.*, p. 26.

[381] Modifié par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13.

un représentant du service de la formation professionnelle, un représentant du service d'enseignement. Peuvent également assister aux réunions de cette commission, avec voix consultative, le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire désigné par l'établissement de santé de rattachement.

Le législateur a favorisé, en adoptant la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, une ouverture croissante du milieu pénitentiaire vers l'extérieur en matière de santé [382]. Ce transfert de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier a conduit à une restructuration fondamentale de l'offre de soins destinée aux personnes détenues.

§2. Une offre de soins restructurée

47. Trois niveaux de soins. En vertu de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique, les soins aux personnes détenues sont dispensés en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Pour répondre à leurs obligations ou pour assurer leurs missions, les établissements de santé ont implanté des unités de soins en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier. L'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues est précisée dans un guide méthodologique issu de la circulaire du 8 décembre 1994[383] et actualisé en 2005[384]. En application de la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012[385], une troisième mise à jour du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes

[382] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[383] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.
[384] Circulaire du 10 janvier 2005 n° 27 DGHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, NOR : AFSH1238354C. V. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, *op. cit.*
[385] Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, NOR : AFSH1238354C.

détenues a été réalisée[386]. Cette réactualisation du guide méthodologique tient compte du plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé des personnes placées sous main de justice[387]. Conformément aux dispositions du guide, une restructuration de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées a été opérée en instaurant une hiérarchisation des niveaux de soins, incluant les soins somatiques et les soins psychiatriques. Les personnes détenues peuvent de ce fait accéder à une offre de soins adaptée à leurs besoins. En somme, l'organisation des soins repose désormais sur « *deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, chacun d'eux étant structuré en trois niveaux* »[388].

Voir, ci-après, le schéma d'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

[386] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, *op. cit.*

[387] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p. [consulté le 21 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[388] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 116.

Schéma d'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues : une architecture à trois niveaux

SOINS SOMATIQUES		SOINS PSYCHIATRIQUES
Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.), dispositif de soins somatiques (D.S.S.) (anciennement unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A.)) **Établissement de santé de rattachement** (ou, en cas d'impossibilité, autre établissement de santé)	**NIVEAU 1** **Soins ambulatoires**	**Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.), dispositif de soins psychiatriques (D.S.P.)** (anciennement service médico-psychologique régional (S.M.P.R.))
Établissement de santé de rattachement (ou, en cas d'impossibilité, autre établissement de santé)	**NIVEAU 2** **Hospitalisation à temps partiel**	**S.M.P.R.** (ou service psychiatrique de l'établissement de santé de rattachement et à défaut, hôpital psychiatrique de rattachement)
Unité hospitalière sécurisée interrégionale (U.H.S.I.) (pour les hospitalisations de plus de 48 heures) **Établissement de santé de rattachement, en chambres sécurisées** (pour les hospitalisations urgentes ou de très courte durée)	**NIVEAU 3** **Hospitalisation à temps complet**	**Unité hospitalière spécialement aménagée (U.H.S.A.)** (à défaut, S.M.P.R. lorsque les hospitalisations sont librement consenties, ou, établissement de santé habilité lorsqu'elles sont prononcées d'office) **Unité pour malades difficiles** (dans l'hypothèse d'un état dangereux incompatible avec un maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée)

Source : Schéma réalisé à partir d'un schéma proposé par la Cour des comptes in COUR DES COMPTES, *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, La Documentation française, 2014, p. 252.

A. Les unités sanitaires de niveau 1

48. Des soins ambulatoires. Le premier niveau de soins consiste en une prise en charge ambulatoire des patients détenus dans chaque établissement pénitentiaire. À ce titre, les unités sanitaires sont chargées d'assurer aux personnes détenues, dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation, des soins en médecine générale et de spécialité ainsi qu'en psychiatrie. La dernière actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a regroupé les unités de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A) et les services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.) au sein de ces unités sanitaires de niveau 1, appelées unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.)[389]. Au regard des dispositions de l'article R. 57-8-1 du Code de procédure pénale, les médecins, chargés des prestations de médecine générale intervenant dans les unités de consultation et de soins ambulatoires et dans les services médico-psychologiques régionaux, assurent :

- les consultations sollicitées par les personnes détenues ou autres, l'examen médical des arrivants en détention ;
- les visites des personnes détenues placées au quartier d'isolement ou au quartier disciplinaire ;
- l'examen médical des personnes détenues sollicitant des attestations relatives à la pratique d'une activité sportive ou à une inaptitude au travail pour raison médicale ;
- l'examen médical des personnes détenues demandant pour raison médicale un changement d'affectation ou un aménagement de leur détention ;
- la prise en charge des grévistes de la faim et/ou de la soif[390] ;
- l'examen médical des personnes détenues soumis à des mesures de contrainte physique[391].

Les unités sanitaires de niveau 1 sont chargées de mettre en place, en milieu pénitentiaire, un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques[392].

---

[389] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 117.

[390] C. pr. pén., art. D. 364.

[391] *Ibidem*., art. D. 285.

[392] Au 1er janvier 2015, 175 unités sanitaires étaient implantées en milieu pénitentiaire, soit une unité sanitaire dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi-liberté). V. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015* [consulté le 12 juillet 2016]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf

1) Un dispositif de soins somatiques (D.S.S.)

49. Des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.). Lorsque les soins somatiques incluent une prise en charge ambulatoire, ceux-ci sont dispensés par des unités sanitaires implantées dans les établissements pénitentiaires. En application des dispositions de la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, les établissements de santé de rattachement devaient créer au sein de l'établissement pénitentiaire, pour répondre à leurs obligations mentionnées aux articles R. 6112-14, R. 6112-19 et R. 6112-20 du Code de la santé publique, une unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) [393.] Toutefois, depuis la réédition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, les soins ambulatoires sont dispensés par une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.). Eu égard à la hiérarchisation des soins opérée par le guide, ces unités ont été regroupées au sein des unités sanitaires de niveau 1. Les modalités de fonctionnement et d'organisation de l'unité sanitaire sont définies dans le protocole-cadre signé notamment par l'établissement de santé de rattachement et l'établissement pénitentiaire[394]. L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques doit être composée, selon les besoins, non seulement de personnels médicaux (médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine) mais aussi de personnels non médicaux (personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie,…) et de personnels non professionnels de santé (personnel administratif,…)[395]. Il est à noter que le personnel non médical de l'unité sanitaire est placé sous la responsabilité fonctionnelle et hiérarchique du cadre de santé de l'unité sanitaire. En outre, conformément à l'article R. 6112-19 2° du Code de la santé publique, l'établissement pénitentiaire met à disposition de l'unité sanitaire des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux soins et aux examens des personnes détenues et en assure l'entretien[396]. En application de l'article D. 370 du Code de procédure pénale, des cellules

[393] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.
[394] C. sant. pub., art. R. 6112-23.
[395] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 118-119.
[396] V. aussi, C. pr. pén., art. D. 370. L'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville accueille plus de deux cents patients détenus dont plus d'un quart se voient délivrer leur traitement de substitution (méthadone). Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

situées à proximité de l'unité sanitaire peuvent être réservées à l'hébergement momentané des personnes détenues malades dont l'état de santé exige des soins fréquents ou un suivi médical particulier, sans toutefois nécessiter une hospitalisation. Dans le cadre du dispositif de soins somatiques (D.S.S.), l'unité sanitaire de niveau 1 assure aux personnes détenues un accès régulier et continu aux consultations, examens et soins de médecine générale en milieu pénitentiaire[397]. Sous réserve qu'elles puissent être pratiquées en milieu pénitentiaire par l'unité sanitaire, des consultations spécialisées, en particulier dentaires, sont également assurées dans l'établissement pénitentiaire afin de contourner les difficultés liées aux extractions médicales.

En vertu de l'article D. 374 du Code de procédure pénale, si une intervention médicale paraît nécessaire en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire[398], les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par le protocole-cadre mentionnées aux articles D. 369 du Code de procédure pénale et R. 6112-16 du Code de la santé publique. En effet, conformément à l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, un protocole définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires[399]. L'établissement de santé de rattachement est chargé de participer à l'accueil et au traitement des urgences en application de l'article R. 6112-14 du Code de la santé publique. La prise en charge en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire s'organise en trois temps. D'après les dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, le personnel pénitentiaire doit « *répondre non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou*

[397] À titre d'exemple, les consultations médicales réalisées, en 2014, au sein de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville sont au nombre de trois mille neuf cent trente-quatre, soit environ trois cent trente consultations par mois. Informations recueillies lors d'un entretien en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[398] À titre d'exemple, l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est ouverte en semaine de 7h30 à 12h30 et de 14h00 à 17h30 et, le weekend de 9h15 à 12h15 et de 13h00 à 17h00. Seules les urgences sont prises en charge entre 12h30 et 14h00 et seules celles d'une particulière gravité le weekend. Une permanence est assurée le weekend par deux infirmiers. Afin de garantir une sécurité pour le personnel et une sécurité pour les soins, les soins sont pratiqués en la présence des deux soignants (Informations recueillies lors d'un entretien avec Denis Titah, le 5 février 2015, à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville). Seul l'établissement public de santé national de Fresnes (E.P.S.N.F.), hôpital pénitentiaire, assure une permanence médicale, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept.

[399] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 46 al. 3.

thérapeutiques immédiats, tant pour soins somatiques que psychiatriques » [400]. À ce titre, le personnel pénitentiaire doit systématiquement appeler, au numéro de téléphone d'urgence 15, le centre de réception et de régulation des appels (C.R.R.A.) du Service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) dont les missions sont définies à l'article R. 6311-2 du Code de la santé publique[401]. Il incombe ensuite au médecin régulateur du S.A.M.U. de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse médicale la mieux adaptée à l'état de la personne détenue. En somme, il peut décider de l'hospitalisation du patient dans l'établissement de santé de rattachement ou, en cas d'insuffisance du plateau technique, dans un autre établissement de santé adapté le plus proche et par conséquent, organiser son accueil ainsi que son transport en déterminant le moyen le plus approprié. L'organisation de l'extraction médicale reste à la charge de l'établissement pénitentiaire conformément aux dispositions de la circulaire du 18 novembre 2004[402]. Il peut aussi décider que l'intervention d'un médecin sur place est nécessaire et, en application des dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, faire alors appel soit aux médecins de ville ou associations de type « SOS médecins » dans le cadre d'une convention avec l'établissement de santé de référence et l'établissement pénitentiaire, soit à l'astreinte de l'établissement de santé.

50. L'établissement de santé de rattachement pour les consultations ou examens spécialisés. Eu égard aux dispositions de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique, l'établissement de santé de rattachement assure aux personnes détenues un accès à ses équipements médicaux pour les consultations ou examens spécialisés qui n'ont pas pu être réalisés au sein de l'unité sanitaire. Les conditions d'accès à ces consultations ou examens spécialisés en milieu hospitalier sont définies dans le protocole-cadre signé par l'établissement de santé de rattachement et l'établissement pénitentiaire. La personne détenue concernée doit alors faire l'objet d'une extraction médicale. L'extraction est définie par l'article D. 291 du Code de procédure pénale comme « *l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne*

[400] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 130-131 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019 .pdf
[401] C. sant. pub., art. L. 6311-2 et L. 6314-1.
[402] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé ». En application de la circulaire du 18 novembre 2004 de la direction de l'administration pénitentiaire[403], il incombe à l'établissement pénitentiaire d'organiser l'extraction médicale au sein de l'établissement de santé en mettant en place des mesures de sécurité adéquates[404] et ce, dans le respect de la confidentialité des soins[405].

2) Un dispositif de soins psychiatriques (D.S.P.)

51. Des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P). À la suite de la réforme opérée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a été confiée au service public hospitalier[406]. En application d'un décret du 14 mars 1986, des services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.), chargés d'assurer les soins requérant une prise en charge psychiatrique, ont alors été implantés dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires[407]. À défaut de service médico-psychologique régional, la prise en charge des soins psychiatriques était assurée par les psychiatres intervenant au sein de l'unité de consultation et de soins ambulatoires. Toutefois, la réédition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a désormais prévu que le dispositif de soins psychiatriques (D.S.P.) des unités sanitaires de niveau 1 « *assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupes et d'activités thérapeutiques* »[408]. Dès lors, la mise en place de ce dispositif dans tous les établissements pénitentiaires nécessite non seulement que des locaux soient dédiés à ces activités mais également que les équipes de soins soient renforcées. L'équipe hospitalière chargée des soins psychiatriques peut être composée de personnels médicaux (psychiatres et

[403] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.
[404] C. pr. pén., art. D. 294 à D. 296. V. aussi annexe à l'art. R. 57-6-20, art. 7 : « *Par mesure de précaution contre les évasions, les détenus peuvent être soumis au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves pendant leur transfèrement ou leur extraction, ou lorsque les circonstances ne permettent pas d'assurer efficacement leur garde d'une autre manière* ».
[405] C. pr. pén., art. D. 397.
[406] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[407] Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, JORF du 19 mars 1986 p. 4612, art. 11.
[408] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, p. 117 [consulté le 21 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

étudiants en médecine), de personnels non médicaux (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues) et d'autres personnels non professionnels de santé (personnels socio-éducatifs, personnels administratifs…)[409].

Chaque secteur de psychiatrie, en milieu pénitentiaire, est rattaché à l'établissement de santé avec lequel l'établissement pénitentiaire a signé un protocole-cadre pour la prise en charge des soins somatiques dispensés aux personnes détenues, sous réserve toutefois que cet établissement comporte un service de psychiatrie. Les modalités d'intervention de l'ex-service médico-psychologique régional dont l'établissement pénitentiaire est doté, ou, à défaut, des psychiatres rattachés à l'ex-unité de consultation et de soins ambulatoires sont alors définies dans le protocole-cadre. Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé désigne l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer l'une des missions de service public énumérées à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique, situé à proximité, chargé de dispenser aux personnes détenues les soins en psychiatrie[410]. Les modalités d'intervention du secteur de psychiatrie sont alors fixées dans un protocole complémentaire, signé notamment par l'établissement de santé concerné, l'établissement de santé de rattachement et l'établissement pénitentiaire[411]. Les conditions dans lesquelles les personnels de cet établissement dispensent les soins psychiatriques au sein de l'établissement pénitentiaire sont fixées dans le protocole complémentaire[412].

Les unités sanitaires de niveau 1 assurent par ailleurs des missions communes aux dispositifs de soins somatiques et psychiatriques, à savoir la conduite d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que l'organisation d'une continuité des soins à la libération. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise que les unités sanitaires, regroupant les U.C.S.A. et les S.M.P.R., disposent « *des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute*

[409] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 119 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019 .pdf
[410] C. sant. pub., art. R. 6112-15.
[411] *Ibidem*, art. R. 6112-16.
[412] *Ibid*., art. R. 6112-24.

unité hospitalière »[413]. Chaque unité est dès lors composée d'une équipe pluridisciplinaire regroupant des personnels hospitaliers médicaux (médecins généralistes, médecins spécialistes, psychiatres, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine) et non médicaux (personnels infirmiers, psychologues, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, etc.)[414]. Au sein de chaque unité sanitaire est désigné un médecin coordonnateur, interlocuteur privilégié de la direction de l'administration pénitentiaire, qui représente les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques[415]. L'équipe pluridisciplinaire est alors placée sous la responsabilité de ce médecin coordonnateur de l'unité sanitaire. Dans les établissements pénitentiaires sièges de service médico-psychologique régional, un référent est aussi désigné.

B. Les unités sanitaires de niveau 2

52. Des soins requérant une hospitalisation à temps partiel. Lorsque l'état de santé du de la personne détenue l'exige, l'établissement de santé de rattachement est chargé d'organiser une hospitalisation à temps partiel, en particulier de jour. La personne détenue peut ainsi disposer de « *soins et/ou d'examens polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée* »[416].

1) Les soins somatiques

53. Une hospitalisation en milieu hospitalier. Il résulte des dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice que les soins somatiques de niveau 2 se distinguent des prestations délivrées lors de consultations et incluent les activités dispensées à temps partiel, de jour ou de nuit conformément aux articles L. 6122-1 et R. 6121-4, 1° du Code de la santé publique[417]. Le guide précise que ces soins dispensés en milieu hospitalier peuvent consister en « *des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie…), des "séances" (traitements de chimiothérapie, dialyse…) voire des examens complémentaires* ». À ce titre,

[413] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 118 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[414] *Ibidem*, p. 118-120.
[415] *Ibid*., p. 115.
[416] *Ibid*., p. 122.
[417] *Ibid*., p. 123.

la personne détenue est hospitalisée dans les services correspondant à la spécialité requise avec garde statique des forces de l'ordre. Si l'établissement de santé de rattachement est dans l'impossibilité d'assurer des soins notamment en raison de la spécialité que ceux-ci requièrent, il doit alors organiser les soins dans un autre établissement de santé[418].

2) Les soins psychiatriques

54. Une hospitalisation en milieu pénitentiaire. Selon le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, chaque région doit être dotée d'au moins une unité sanitaire de niveau 2 chargée d'organiser les hospitalisations de jour en psychiatrie[419]. Cette hospitalisation de jour des personnes détenues atteintes de troubles mentaux est assurée par un service médico-psychologique régional (S.M.P.R.), conformément à l'article R. 6112-26 1° du Code de la santé publique. En application des dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, les patients détenus hospitalisés doivent être hébergés dans des cellules situées « *à proximité immédiate de l'unité de soins* » et ce, afin d'en faciliter l'accès[420]. La disposition de ces cellules permet ainsi « *une prise en charge optimale des patients évitant de multiples mouvements dans la journée* ». Néanmoins, lorsque l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychiatrique régional et que l'établissement de santé de rattachement ne comporte pas de service de psychiatrie[421], les soins psychiatriques de niveau 2 sont réalisés par un autre établissement de santé signataire d'un protocole complémentaire[422].

---

[418] À ce titre, les consultations en chirurgie de la main sont organisées, pour les personnes détenues au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, au centre chirurgical Émile Gallé.

[419] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p. [consulté le 21 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[420] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 123 : « *L'activité prévisible correspond environ à une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention. L'objectif est que l'ensemble de la population pénale d'un secteur géographique donné puisse avoir accès à cette offre de soins. Dans la mesure du possible, le nombre de places en hospitalisation de jour au sein d'un même établissement pénitentiaire doit être limité à 20. Si la région présente une activité prévisible correspondant à plus de 20 places, un second site de niveau 2 doit être prévu (sous réserve des contraintes architecturales des établissements pénitentiaires)* ».

[421] V. COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 262.

[422] C. sant. pub., art. R. 6112-15 et R. 6112-16. Lorsque l'état de santé des personnes détenues au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville nécessite des soins en psychiatrique de niveau 2, ces soins sont réalisés au centre psychothérapique de Nancy-Laxou (C.P.N.).

C. Les unités sanitaires de niveau 3

55. Des soins requérant une hospitalisation à temps complet. En application des articles R. 6112-26 du Code de la santé publique[423] et D. 391 du Code de procédure pénale, les soins de niveau 3 sont assurés en milieu hospitalier, qu'il s'agisse d'une prise en charge somatique ou psychiatrique. Pour autant, conformément à l'article D. 395 du Code de procédure pénale, « *les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire* ».

1) Les soins somatiques

56. Un double niveau d'hospitalisation : en chambres sécurisées au sein des établissements de santé de rattachement ou en unités hospitalières sécurisées interrégionales (U.H.S.I.). Conformément à une circulaire du 13 mars 2006, des chambres sécurisées ont été implantées au sein des établissements de santé de rattachement afin d'accueillir les personnes détenues dont l'état de santé nécessite une hospitalisation d'urgence ou programmée de très courte durée[424]. Le nombre de chambres sécurisées implantées varie en fonction de la capacité théorique d'accueil des établissements pénitentiaires[425]. Ces hospitalisations peuvent néanmoins avoir lieu dans un autre établissement de santé lorsque l'état de santé du patient nécessite une hospitalisation en service très spécialisé (réanimation, centre de grands brûlés …) ou lorsque le plateau technique de ce dernier n'est pas adapté à la prise en charge du patient. S'agissant des hospitalisations d'urgence, la circulaire du 13 mars 2006 précise que « *l'urgence répond non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou*

[423] C. sant. pub., anc. art. R. 711-19, créé par le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, JORF n° 251 du 28 octobre 1994 p. 15350, art. 1.

[424] Circulaire du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C. L'implantation des chambres sécurisées « *doit répondre aux critères suivants : être situées au sein d'un même service actif de l'établissement de santé, le plus près possible du plateau technique. La situation en étage doit être privilégiée. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé* ».

[425] Circulaire du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C. Pour les établissements pénitentiaires ayant une capacité égale ou inférieure à 200 places : une chambre sécurisée dans l'établissement de santé signataire du protocole ; pour les établissements pénitentiaires ayant une capacité de 200 à 600 places : deux à trois chambres sécurisées ; pour les établissements pénitentiaires ayant une capacité supérieure à 600 places : trois à cinq chambres sécurisées.

thérapeutiques immédiats »[426]. Les hospitalisations programmées de très courte durée correspondent aux hospitalisations d'une durée inférieure ou égale à quarante-huit heures. La prise en charge sanitaire de la personne détenue est alors placée sous la responsabilité du praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle elle est intégrée. Ce dernier peut solliciter l'intervention de médecins d'autres spécialités. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise que les forces de police ou de gendarmerie assurent une garde statique des chambres sécurisées, dans un sas y attenant[427]. En cas d'hospitalisation prolongée, un transfert vers une unité hospitalière sécurisée interrégionale (U.H.S.I.) est systématiquement effectué, sous réserve que l'état de santé du détenu soit compatible avec ce transfert et qu'une place soit disponible au sein de cette unité. Ce transfert est subordonné à l'accord du médecin responsable de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale.

Créées par un arrêté interministériel du 24 août 2000, les unités hospitalières sécurisées interrégionales assurent, dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues (S.N.H.), la prise en charge des hospitalisations de plus de quarante-huit heures[428]. Ces unités sont placées sous l'autorité d'un praticien hospitalier et implantées dans

---

[426] Circulaire du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C.
S'agissant du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, les principaux motifs d'hospitalisation somatique d'urgence des personnes détenues sont les traumatismes et les problèmes cardiaques. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[427] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 125 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[428] Au 1er janvier 2016, huit unité hospitalières sécurisées interrégionales ont été implantées dans les centres hospitaliers universitaires : Nancy (2004), le centre hospitalier universitaire de Lille (2004), les hospices civils de Lyon (2005), le centre hospitalier universitaire de Bordeaux (2006), le centre hospitalier universitaire de Toulouse (2006), l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (2006), l'Établissement public de santé national de Fresnes, en complémentarité avec l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière) (2008-2010) et le centre hospitalier universitaire de Rennes (2012). En 2008, la fermeture de l'Établissement public de santé national de Fresnes avait été annoncée pour 2012, échéance finalement repoussée. V. le courrier adressé, le 13 septembre 2010, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, par le garde des Sceaux, ministre de la justice, Michelle Alliot-Marie [consulté le 10 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/observations-min-justice-EPSNF.pdf.

huit centres hospitaliers dont la liste a été fixée à l'article premier du présent arrêté[429]. L'ouverture de ces unités a été initialement fixée au plus tard le 31 décembre 2003[430]. Or, leur implantation n'a été que lente et progressive. L'unité de Rennes, dernière implantée, a ouvert ses portes en 2012, soit près de dix ans après la date prévue. Les dépenses d'aménagement des locaux, spécialement prévus pour l'hospitalisation des personnes détenues dans les établissements de santé, sont prises en charge par l'État[431]. Chaque unité est placée sous le contrôle du personnel pénitentiaire et dispose d'un accès unique via un poste de contrôle central protégé, situé à l'entrée de l'unité. Le personnel pénitentiaire assure également les escortes entre l'unité et le plateau technique de l'établissement de santé ou l'établissement pénitentiaire[432]. Les chambres de l'unité hospitalière sont individuelles, médicalisées et dotées d'une douche, d'un lavabo ainsi que de toilettes. Elles sont en outre verrouillées et leur ouverture incombe au personnel pénitentiaire. Ainsi, l'unité hospitalière est un espace où sont réunis « *la carcéralité et le soin* »[433], un espace où coopèrent deux cultures professionnelles pour une action commune. Dans le cadre de cette relation coopérative, « *les soignants attendent que les surveillants leur ouvrent les portes, les surveillants attendent que les soignants sortent des chambres pour refermer les portes, et les soignants dont l'intervention est différenciée par les tâches s'attendent mutuellement pour entrer dans les chambres. Une fois ouverte la porte, la chambre (associée à une cellule dans la représentation intériorisée des surveillants) devient le territoire des soignants, remettant en cause la mission sécuritaire des surveillants, mais aussi certaines représentations sur le*

[429]D'après le cahier des charges pour l'aménagement des unités hospitalières sécurisées interrégionales, inséré en annexe de l'arrêté ministériel du 24 août 2000, « *l'implantation des unités destinées à l'hospitalisation des détenus est réalisée au sein des services actifs de l'hôpital et le plus près possible du plateau technique. Toute implantation excentrée, loin des pôles actifs de l'établissement, est exclue. La situation en étage et en extrémité de bâtiment est à privilégier. Hormis la zone de dépôt des détenus, l'implantation en rez-de-chaussée est, autant que faire se peut, à éviter. Quel que soit l'emplacement choisi, il n'est pas prévu de cour de promenade spécifique pour les besoins de l'unité. Pour des raisons de sécurité, l'emplacement sera choisi en excluant les vis-à-vis proches, faisant face ou surplombant l'unité, qu'ils soient construits (bâtiments, pylônes) ou naturels (butte, colline).* »

[430] Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, JORF n° 201 du 31 août 2000, p. 13471, art. 3.

[431] C. séc. soc., art. L. 381-30-6 3°.

[432] Avant 2010, seules les circulations internes étaient placées sous la responsabilité du personnel pénitentiaire. Le contrôle de l'accès unique à l'U.H.S.I ainsi que les escortes étaient confiés aux forces de police ou de gendarmerie. Le 30 septembre 2010, le Premier ministre, François Fillon, a décidé de transférer ces missions à l'administration pénitentiaire. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES, INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION, CONTRÔLE GÉNÉRAL DES ARMÉES, INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES JUDICIAIRES, *Rapport sur le transfert à l'administration pénitentiaire de la mission de garde et d'escortes des détenus hospitalisés*, juillet 2007, 129 p. [consulté le 2 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000544/0000.pdf

[433] CHENIVESSE S., « Soigner et punir en Unité hospitalière sécurisée interrégionale » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 64.

patient qui reste pour certains avant tout un "criminel". […] *Le jeu de clefs est donc l'objet incontournable autour duquel s'organise le déroulement de la journée et se relient entre elles les deux équipes soignantes et pénitentiaires, entre coopération et rejet, solidarité et défiance* »[434].

Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et de l'Inspection générale des services judiciaires (I.G.S.J.), le taux de réalisation des hospitalisations sollicitées a atteint 95,4 % en 2009, soit 8 727 hospitalisations réalisées pour 9 149 demandées[435]. Ce taux était de 94 % en établissements de rattachement et de 97 % en unités hospitalières sécurisées interrégionales ou en autres établissements. De ce fait, en dépit des contraintes liées à l'organisation des transferts et des extractions médicales[436], le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues répond à leurs besoins d'hospitalisation.

57. Une efficience des unités hospitalières sécurisées interrégionales à renforcer. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et de l'Inspection générale des services judiciaires (I.G.S.J.), portant évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues, a souligné que la majorité des hospitalisations a été effectuée dans les chambres sécurisées des établissements de rattachement[437]. Or, destinées aux seules hospitalisations urgentes ou de très courte durée, les chambres sécurisées ont en principe pour vocation, dorénavant, de venir en complémentarité des unités hospitalières

---

[434] CHENIVESSE S., « Soigner et punir en Unité hospitalière sécurisée interrégionale » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 72.

[435] INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 4 [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf

[436] *Ibidem*, p. 5.

[437] En 2009, 55 % des hospitalisations à temps complet ont été réalisées dans les chambres sécurisées des établissements de rattachement, 32 % dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (31%, en 2011, selon la Cour des comptes) et 12 % dans les autres établissements. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 5 [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf ; COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 260.
Cette pratique n'est pour autant pas généralisée. Selon Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, les hospitalisations somatiques des personnes détenues du centre pénitentiaire sont réalisées systématiquement à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy et ce, même celles d'une durée inférieure à quarante-huit heures. En 2014, deux cent trente-sept hospitalisations ont été réalisées au sein de cette unité hospitalière. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

sécurisées interrégionales, dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues[438]. Malgré une qualité de la prise en charge des patients détenus et une augmentation du nombre de séjours[439], le taux d'occupation de l'ensemble des unités hospitalières sécurisées interrégionales reste faible. En 2010, ce taux ne dépassait pas les 56 %[440]. Le présent rapport constate d'une part, que la durée moyenne de séjour dans ces unités hospitalières a diminué de trois jours en quatre ans[441] et d'autre part, que l'évolution des pratiques médicales tend à réduire la durée des hospitalisations augmentant le nombre d'hospitalisations dans les établissements de santé de rattachement[442]. Il révèle enfin que les personnes détenues ont des réticences à être transférées dans ces unités en raison des conditions d'hospitalisation. L'éloignement géographique entre l'unité hospitalière et l'établissement pénitentiaire d'origine est mal vécu par les personnes détenues. Ces réticences peuvent aussi s'expliquer par la crainte, pour les personnes détenues, de ne pas retrouver leur cellule et leur éventuel emploi lors de leur retour en établissement pénitentiaire. En outre, les personnes détenues jugent non seulement les modalités d'extraction[443], en raison du port de menottes et d'entraves, comme humiliantes mais aussi, les conditions d'hospitalisation plus mauvaises que les conditions de vie en établissement pénitentiaire[444].

Pour améliorer l'efficience des unités hospitalières sécurisées interrégionales, l'Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et l'Inspection générale des services judiciaires (I.G.S.J.) ont préconisé de diversifier les activités de ces unités en développant une

---

[438] Circulaire du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C.

[439] Le nombre de séjours a manifestement augmenté : plus de 1027 séjours en 4 ans, soit une augmentation de près de 45 %. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 27.

[440] Entre 2007 et 2010, le taux d'occupation de l'ensemble des U.H.S.I. est passé de 69 % à 56 %, soit une diminution de 13 points. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 26.

[441] La durée moyenne de séjour était, en 2007, de 11 jours et, en 2010, de 8 jours. Cette diminution s'explique notamment par la programmation, avant l'admission du patient, des dates de rendez-vous sur le plateau technique de l'établissement de santé et par la programmation, dès l'admission du patient, de la date de sortie. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 27.

[442] INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 5-6.

[443] V. Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

[444] Eu égard au caractère réduit de la vie sociale au sein de ces unités hospitalières, les conditions d'hospitalisation sont vécues par les personnes détenues comme un surenfermement.

activité reconnue de soins de suite et de réadaptation essentiellement polyvalente[445]. En application de l'article R. 6123-118 du Code de la santé publique, « *l'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique* »[446]. La note interministérielle du 3 mars 2004 présidant l'ouverture de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy a confié, dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues, la prise en charge des soins de suite et de réadaptation à deux unités hospitalières sécurisées interrégionales[447]. À ce titre, l'U.H.S.I. de Marseille est destinée à l'accueil des personnes détenues dans le ressort des unités hospitalières de Marseille, Lille, Nancy et Rennes. L'U.H.S.I.-E.P.S.N.F. (Établissement public de santé national de Fresnes) est destinée à l'accueil des personnes incarcérées dans le ressort des unités hospitalières de l'E.P.S.N.F., Bordeaux, Toulouse et Lyon[448]. Selon le Docteur Patrick Peton, chef de service de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy, « *la problématique de la création de lits de soins de suite (SSR) au sein de chaque UHSI s'avère difficile en raison de dispositions réglementaires qui s'appliquent à de telles unités, relatives aux personnels spécialisés et équipements nécessaires à une telle prise en charge avec, par ailleurs, une différence entre soins de suite neurologiques, cardiologiques, traumatologiques… Ceci a conduit à l'absence à ce jour, de toute réorientation de lits* »[449].

---

[445] INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 6-7.

[446] V. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, JORF n° 0094 du 20 avril 2008 p. 6609 texte n° 10.

[447] Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues,* Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 67-78 (annexe 2).

[448] En raison de l'éloignement géographique et des conditions d'hospitalisation, ce dispositif bipolaire connaît une très faible attractivité. Le taux d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation fonctionnelle était, en 2010, de « *9,5 pour 100 hospitalisations en soins aigus pour les patients des inter-régions des UHSI de Paris et de Marseille et de 0,4 pour 100 pour les patients des autres inter-régions* ». V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 35-37 [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf

[449] Propos recueillis, le 16 février 2015, lors d'un entretien.

Il convient toutefois de préciser, comme nous l'a indiqué le Docteur Peton, chef de service de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy que ce faible usage des capacités d'hospitalisation des unités hospitalières sécurisées interrégionales n'a aucune incidence sur la qualité de la prise en charge des patients détenus.

2) Les soins psychiatriques

58. Des hospitalisations en unité hospitalière spécialement aménagée (U.H.S.A.) : librement consenties ou par décision du représentant de l'État. Issu de l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice[450], l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique dispose que les personnes détenues peuvent faire l'objet d'une hospitalisation psychiatrique à temps complet avec ou sans consentement. Aux termes du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, « *les UHSA sont le seul lieu d'hospitalisation complète en psychiatrie des patients détenus avec leur consentement* »[451]. Les établissements autorisés en psychiatrie, chargés d'assurer les soins psychiatriques aux personnes détenues, sont désignés dans les conditions prévues à l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique. Conformément au paragraphe premier de l'article L. 3214-1 du présent code, l'hospitalisation librement consentie est réalisée, dans un établissement de santé désigné, au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée. Le seul critère d'admission est la qualité de détenu. Les unités hospitalières ne peuvent accueillir que des personnes détenues. Chaque unité hospitalière spécialement aménagée est placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé auquel elle est rattachée. Hormis le cadre sécurisé, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins sont équivalentes à celles des autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé. Le personnel pénitentiaire est chargé, via un sas d'entrée sécurisé, de contrôler l'accès à l'unité. Les zones de soins et d'hébergement sont, quant à elles, placées sous la responsabilité du personnel de santé. Le personnel pénitentiaire n'intervient dans ces zones qu'occasionnellement pour la fouille des locaux et des équipements ou à la demande du personnel soignant en cas d'incident majeur mettant en danger les personnes ou les biens, la sécurité de l'établissement ou en cas de tentative d'évasion. Les modalités de garde,

[450] Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 p. 14934 texte n° 1.

[451] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 128 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par un décret du 18 mai 2010[452], complété par une circulaire interministérielle du 18 mars 2011[453].

En vertu de l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique, l'accueil des hospitalisations psychiatriques sans consentement des personnes détenues est également assuré par les unités hospitalières spécialement aménagées[454]. Aussi, en dehors des hospitalisations psychiatriques librement consenties par les personnes détenues, ces unités hospitalières sont chargées de prendre en charge les personnes détenues dont l'état de santé nécessite des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux, et rend impossible leur consentement. L'hospitalisation sans consentement est régie par les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge[455], modifiée par la loi du 27 septembre 2013[456]. Comme toute « hospitalisation d'office », l'hospitalisation psychiatrique de la personne détenue sans consentement est décidée par le représentant de l'État. Aux termes de l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique, « *le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ».

L'offre actuelle d'hospitalisation psychiatrique assurée par les unités hospitalières spécialement aménagées doit être complétée. Conformément aux dispositions de l'article R. 3214-1 du Code de la santé publique, l'unité hospitalière prend en charge les besoins d'hospitalisations des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires au sein d'un territoire défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la Justice, de la Santé et de

[452] Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux, JORF n° 0114 du 19 mai 2010, p. 9220, texte n° 22.
[453]Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées, NOR : ETSH1107932C.
[454] V. C. pr. pén., art. 706-135.
[455] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n° 0155 du 6 juillet 2011 p. 11705 texte n° 1.
[456] Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n°0227 du 29 septembre 2013 p. 16230 texte n° 1.

l'Intérieur. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, le programme de construction de ces unités hospitalières porte sur la création de dix-sept unités pour une capacité totale de sept-cent cinq places, réparties en deux tranches, l'une de quatre-cent quarante places pour neuf unités et la seconde de deux-cent soixante-cinq places pour les huit autres unités[457]. Un arrêté du 20 juillet 2010 a ainsi dressé la liste des neuf unités de la première tranche ainsi que leur établissement de santé de rattachement et leur ressort territorial[458]. Le programme de construction de ces unités accuse un important retard lié notamment aux arbitrages financiers nécessaires et aux mises en chantier[459]. Sur les neuf unités de la première tranche, seules trois ont été construites avant l'échéance de 2012[460]. Quatre unités ont ensuite été construites en 2013[461]. Et en 2016, la huitième unité hospitalière a ouvert ses portes alors que la neuvième est en cours de construction[462]. Les capacités d'hospitalisation à temps complet pour raisons psychiatriques sont ainsi pour l'heure nettement insuffisantes. Dans ces conditions, la Cour des comptes a dénoncé, dans son rapport d'activité 2014, « *une offre de soins psychiatriques incomplète* » au motif notamment du retard dans le déploiement des unités hospitalières spécialement aménagées[463]. En dépit de cette offre d'hospitalisation incomplète, la Cour des comptes a observé que la création de ces unités hospitalières a « *permis incontestablement d'améliorer l'offre et la qualité des soins psychiatriques* ». Supérieur à celui des unités hospitalières sécurisées interrégionales, leur taux d'occupation a atteint 90 % en 2012[464]. La Cour des comptes a par ailleurs fait état de la qualité des conditions de prise en charge

---

[457] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 127 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[458] Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux, JORF n° 0175 du 31 juillet 2010 texte n° 28.

[459] LECERF Jean-René, Avis n° 154 (2012-2013) présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi de finances pour 2013, adopté par l'Assemblée nationale, tome XII Justice : Administration pénitentiaire, et déposé le 22 novembre 2012.

[460] Les unités hospitalières spécialement aménagées de Lyon (mai 2010) (60 lits), de Toulouse (janvier 2012) (40 lits) et de Nancy (mars 2012) (40 lits).

[461] Les unités hospitalières spécialement aménagées de Villejuif (60 lits), Orléans (40 lits), Seclin (60 lits) et Rennes (40 lits).

[462] Il est question de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Cadillac (juillet 2016) (40 lits) et de l'unité de Marseille qui est alors en construction (60 lits).

[463] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 262. La Cour des comptes a rappelé que le coût de ces unités hospitalières est « *particulièrement élevé en termes d'investissement (150 M€ dont 17 M€ de travaux de sécurisation) et de fonctionnement (30 M€ en 2012)* ».

[464] En 2014, soixante-treize personnes détenues du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville ont été hospitalisées au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Nancy, pour quatre-vingt-treize séjours. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

offertes par ces unités : cour de promenade à visée thérapeutique, possibilité de fumer, nombreuses activités proposées, régime de portes ouvertes en journée[465]. Ces conditions d'hospitalisation font partie intégrale du projet de soins. Néanmoins, la question de leur difficulté d'accès doit être posée, notamment en cas d'urgence.

À défaut d'unités hospitalières spécialement aménagées et dans l'attente de l'achèvement du programme de construction de ces unités, les hospitalisations à temps complet des personnes détenues pour raisons psychiatriques continuent d'être assurées par un service médico-psychologique régional, lorsqu'elles sont librement consenties, ou, par un établissement de santé habilité, lorsqu'elles sont prononcées d'office[466].

59. Des hospitalisations en unité pour malades difficiles (U.M.D.) : par décision du représentant de l'État sur la base d'un certificat médical. Aux termes du guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice, « *en cas d'hospitalisation d'une personne détenue qui présente pour autrui un danger, tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être assurées dans une unité classique, le patient peut être admis dans une unité pour malades difficiles (UMD)* »[467]. Ces unités pour malades difficiles ne sont pas exclusivement réservées à l'accueil des personnes détenues[468]. L'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues au sein d'une unité pour malades difficiles est encadrée par les dispositions de l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique. Toutefois, à la suite d'une remise en cause de l'encadrement juridique des unités pour malades difficiles, la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux

---

[465] Dans son rapport d'activité 2013, le Contrôleur général de lieux de privation de liberté avait dénoncé une privation des droits dont disposaient les personnes détenues en détention (téléphone, visite, promenade, activités thérapeutiques, etc.). V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 233. V. aussi COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, n° 149 [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm

[466] Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 p. 14934 texte n° 1, art. 48.
Pour aller plus loin : VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013, p. 150 s.

[467] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 129 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
V. C. sant. pub., anc. art. L. 3222-3.

[468] En 2014, seule une personne détenue du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville a été hospitalisée au sein de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines.

droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a non seulement supprimé la référence à l'unité pour malades difficiles dans les dispositions de l'article L. 3214-1 mais aussi abrogé l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique [469]. L'article L. 31214-1 mentionne désormais une « *unité adaptée* ». D'après Jean-Philippe Vauthier, *« le changement opéré laisse penser que les UMD ne sont plus spécifiquement désignées comme lieu permettant l'accueil des personnes détenues en hospitalisation psychiatrique. Ces unités ne sont pas pour autant supprimées, mais ne sont conçues plus que comme un simple service de soins interne à l'hôpital. Aussi, bien qu'elles ne soient plus expressément nommées, ce seront toujours les UMD qui correspondront aux unités adaptées, ces structures présentant l'organisation et l'architecture pour répondre à ce caractère adapté* »[470].

L'article L.3214-1 du Code de la santé publique prévoit que l'admission d'une personne détenue au sein d'une unité pour malades difficiles est subordonnée à l'établissement d'un certificat médical. Néanmoins, aucune précision n'est apportée sur le contenu de ce certificat. Conformément à un arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, ces unités sont chargées d'assurer l'hospitalisation pour raisons psychiatriques de toute personne en raison :

- du danger qu'elle représente pour autrui et qui nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés ainsi que des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet
- et de l'incompatibilité de cet état dangereux majeur, certain ou imminent, avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients sans leur consentement[471].

En vertu de l'ancien article L. 3222-2 du Code de la santé publique, l'hospitalisation psychiatrique à temps complet des personnes ,qui présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique, est assurée dans une unité pour malades difficiles. Dans ces conditions, l'admission d'une personne détenue en unité pour malades difficiles doit être justifiée par la dangerosité que représente la personne pour autrui, dangerosité établie

[469] Pour aller plus loin : VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013, p. 140 s.
[470] *Ibidem*, p. 144.
[471] Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, JORF du 3 janvier 1987 p. 124. V. C. sant. pub., art. R. 3222-1 à R. 3222-9.

médicalement. Il est question d'une « *dangerosité situationnelle, caractérisée par l'inadaptation de l'environnement classique, rendant leur maintien dans un tel cadre incompatible avec les besoins de leur prise en charge et facteur de risque pour la population y étant hébergée* »[472]. Si cet état de dangerosité est caractérisé, l'admission dans une unité pour malades difficiles est prononcée par arrêté du préfet du département d'implantation de l'unité pour malades difficiles ou, à Paris, du préfet de police, sur proposition d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient ainsi qu'avec l'accord du psychiatre responsable de l'unité et ce, au vu d'un dossier médical et administratif[473].

Dans un avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a dénoncé le maintien injustifié de certains patients en unité pour malades difficiles. Il a observé qu'« *outre le fait que souvent l'établissement d'origine n'est pas très enclin, par appréhension spontanée, à réadmettre un patient qui a représenté pour le personnel un danger, c'est surtout le flou des textes qui ne permet pas de déterminer l'autorité en mesure d'imposer l'établissement devant accueillir un patient sorti d'une UMD et laisse place à des tractations aux résultats aléatoires* »[474]. Dans ces conditions, le Contrôleur général a recommandé aux pouvoirs publics :

- « *d'une part, de rappeler que l'arrêté du préfet mettant fin au séjour en UMD doit être suivi simultanément de l'arrêté du préfet du département de l'établissement d'origine réadmettant le malade dans ce dernier, ces arrêtés s'imposant naturellement à l'établissement, dont l'inaction engage sa responsabilité vis-à-vis du patient et des siens ;*
- *d'autre part, de définir une procédure permettant à l'Agence Régionale de Santé compétente (ou, en cas de pluralité d'agences, à l'administration centrale), dûment saisie en temps utile sur ce point par la direction de l'UMD, le soin de déterminer sans délai, en cas de doute, l'établissement de retour, le critère essentiel à suivre en la matière étant la faculté de réadaptation du patient, notamment au regard de ses liens*

[472] VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, *op. cit.*, p. 146.
[473] C. sant. pub., R. 3222-2, créé par le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n° 0165 du 19 juillet 2011 page 12375 texte n° 7.
[474] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, Delarue J.-M., *Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés dans les unités pour malades difficiles*, JORF 5 février 2013, texte n° 85.

familiaux, le préfet de département ainsi déterminé devant ensuite prendre sans délai l'arrêté nécessaire »[475].

Le Contrôleur a ajouté que la décision de sortie du patient de l'unité, prise par la commission de suivi médical, doit être exécutée par l'autorité « *dans un délai raisonnable afin de veiller au respect des droits fondamentaux des patients* »[476].

La restructuration des soins opérée par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a répondu certes aux exigences résultant de la poursuite de la mise en place de la réforme relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale mais surtout aux exigences des dispositions législatives et réglementaires postérieures et notamment de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[477]. L'enjeu de cette restructuration n'est autre que de garantir aux personnes détenues un accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale.

[475] *Ibidem*.
[476] *Ibid*.
[477] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

Conclusion du Chapitre 1

60. Une intégration au système de santé de droit commun. Reconnue comme un véritable enjeu de santé publique, la question de la santé des personnes détenues a été intégrée dans la politique de santé publique. À l'issue de la réforme opérée par la loi du 18 janvier 1994[478], l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge somatique et psychiatrique des personnes détenues, dans ses dimensions de soins et de prévention, ont été transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier[479]. Eu égard à l'intervention des établissements de santé, l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues s'est progressivement calquée sur la prise en charge de droit commun. En dépit des contraintes du milieu carcéral, l'offre de soins destinée aux personnes détenues tend à parvenir à une égalité avec l'offre de soins en milieu libre. Cependant, l'offre de soins destinées aux personnes détenues se heurte à des difficultés matérielles mais aussi de recrutement de personnels. Si ces difficultés sont également rencontrées en milieu libre, elles ne peuvent pas être légitimées. Le fait que les conditions de prise en charge de la santé en milieu libre ne soient pas satisfaisantes ne peut justifier que celles en détention le soient encore moins. Pourtant, le Professeur Dan Kaminski a dénoncé un essoufflement du mouvement de normalisation de la prise en charge de la santé des personnes détenues causé par la dégradation des conditions de vie en milieu libre, atténuant alors l'opposition entre normalisation et moindre éligibilité[480]. Le concept de moindre éligibilité, auquel adhère une partie de l'opinion publique, implique que les conditions de vie des personnes détenues soient nécessairement moins favorables que celles des individus libres, même les plus démunis. « *Il est monstrueux que le pauvre malhonnête soit mieux traité que le pauvre honnête* »[481].

---

[478] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960. Il convient de préciser que les dispositions de la présente loi relatives aux soins en milieu pénitentiaire et à la protection sociale des personnes détenues ne sont pas applicables en Nouvelle-Calédonie. L'organisation des soins et le financement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont assurés par l'administration pénitentiaire. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Nouméa du 11 au 17 juin 2011*, 98 p. [consulté le 12 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/09/Rapport-de-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Noum%C3%A9a.pdf

[479] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP, *op. cit*.

[480] KAMINSKI D., « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie* 2010, vol. 43, n° 1, p. 201.

[481] DICKENS C., « A Walk in a Workhouse », *Household Words*, 25 May 1850 : « *we have come to this absurd, this dangerous, this monstrous pass, that the dishonest felon is, in respect of cleanliness, order, diet, and accommodation, better provided for, and taken care of, than the honest pauper* », cité et traduit par Dan Kaminski. V. KAMINSKI D., « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie* 2010, vol. 43, n° 1, p. 201.

Ainsi, la moindre éligibilité se manifeste par un durcissement des conditions de vie en détention et vise alors à « *réduire la qualité de vie des autres malhonnêtes et non à améliorer les conditions de vie des pauvres honnêtes* »[482]. Or, « *si nous vivons dans des conditions pires que les détenus, faisons de cette jalousie une arme politique pour améliorer les standards déréglés de la vie de tous, au lieu de nous satisfaire d'une vie inchangée en amoindrissant celle des détenus* »[483]. Pour cela, l'intégration de la prise en charge de la santé des personnes détenues au système de santé de droit commun est essentielle. À cet égard, la question du décloisonnement de la prise en charge de la santé des personnes détenues se pose actuellement en Belgique[484]. Pour l'heure, cette prise en charge sanitaire est assurée par l'administration pénitentiaire. Selon Gérard De Coninck, ancien directeur de prison et membre du Conseil central de surveillance pénitentiaire, le transfert de compétence des soins de santé des personnes détenues du Service Public Fédéral (S.P.F.) Justice vers les Services Publics Fédéraux Santé publique et Sécurité sociale est « *une demande quasi-unanime en Belgique (O.I.P., Ligue des droits de l'Homme, Conseil central de surveillance pénitentiaire)* ». Il ajoute que « *le coût des soins des détenus que devra prendre en charge ce dernier S.P.F. doit pour autant être connu. C'est la raison pour laquelle le SPF Santé publique et sécurité sociale a demandé au S.P.F. Politique scientifique de lancer un appel à deux recherches sur ce thème. La première tentera surtout d'établir le coût qu'entraînerait la prise en charge des toxicomanes très nombreux en prison. La seconde examinera les coûts globaux des soins de santé en détention afin de déterminer quelle modalité de remboursement privilégier : au forfait ou à l'acte médical* ? »[485].

L'intégration de la prise en charge des personnes détenues au système de santé de droit commun vise à garantir à ces personnes une prise en charge de leur santé dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population et, par là-même, le respect des droits reconnus à tout patient. La conquête du statut de patient pour la personne détenue s'est alors manifestée au travers d'une dynamique substantielle en complément de la dynamique institutionnelle.

---

[482] LAURENT S., « L'avertissement de Dan Kaminski », *Dedans Dehors* 2009, n° 69, p. 41.
[483] *Ibidem*.
[484] Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a lancé un appel à projet pour une comparaison internationale de l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire dans un échantillon de quatre à cinq pays. Cette recherche a pour objectif d'identifier des modèles organisationnels susceptibles d'inspirer la réforme du système sanitaire carcéral belge. Pour aller plus loin : http://kce.fgov.be/fr/tender/avis-de-march%C3%A9-en-cours-etude-kce-2015-50-hsr-organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prison
[485] Propos recueillis, le 31 juillet 2014, lors d'un entretien.

CHAPITRE 2 :
UNE DYNAMIQUE SUBSTANTIELLE

« *On ne peut imaginer qu'il y ait deux qualités de normes selon qu'il s'agit d'un citoyen libre ou d'un citoyen détenu* »[486]

61. Identification et transposition des normes de référence. La conduite d'une politique de normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues implique l'identification de normes de référence. En intégrant la prise en charge de la santé de ces personnes au système de santé de droit commun, la réforme opérée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, vise à garantir aux personnes détenues une prise en charge sanitaire dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population et ainsi, respectueuse des droits reconnus à tout patient[487].

Outre la dynamique institutionnelle vue précédemment, la conquête du statut de patient s'est matérialisée par une transposition, d'abord annoncée (Section 1) puis véritablement opérée (Section 2), des droits du patient en faveur de la personne détenue.

[486] V. ASSEMBLEE NATIONALE, Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête (1) sur la situation dans les prisons françaises, T. I, janvier 2000, p. 140 [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i2521.asp cité par GIACOPELLI M., « Le détenu citoyen », RPDP 2008, n° 4, p. 811.

[487] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.

Section 1 : Une transposition annoncée des droits du patient

« *Notre santé est chose bien trop importante pour la laisser aux seuls médecins* »[488].

Sous l'influence des normes et recommandations internationales (§1.), la transposition ou reconnaissance des droits du patient en faveur de la personne détenue s'est inscrite dans un mouvement de prise en compte des droits de la personne dans le système de santé et donc de la personne détenue (§2.).

§1. Des normes et recommandations internationales

62. Une double protection de la personne détenue. Au regard des textes internationaux et européens, les personnes détenues bénéficient, en matière de santé, d'une double protection, non seulement contre les traitements inhumains ou dégradants mais pour la santé. Cette double protection se manifeste aussi bien au travers de leur qualité de personne humaine que de leur statut de détenu.

A. Une protection contre les traitements inhumains ou dégradants

63. Une protection universelle et spécifique. Cette protection, contre les traitements inhumains ou dégradants de la personne, certes détenue mais avant tout humaine, est à la fois universelle et spécifique.

[488] VOLTAIRE cité par CERETTI A.-M., ALBERTINI L., *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, rapport remis à M. le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, le 24 février 2011, p. 3 [consulté le 10 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_Bilan_et_propositions_de_reformes_de_la_loi_du_4_mars_2002_relative_aux_droits_des_malades_et_a_la_qualite_du_systeme_de_sante-2-2.pdf

1) Une protection universelle de la personne humaine

64. Au plan international. Au regard des dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948[489] et du Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966[490], nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Adoptée le 9 décembre 1975, par l'Assemblée générale des Nations-Unies, la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a affirmé que « *tout acte de torture ou tout autre peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant est un outrage à la dignité humaine et doit être condamné comme un reniement des buts de la Charte des Nations Unies et comme une violation des droits de l'homme et des libertés fondamentales proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme* »[491]. Il ressort des dispositions de la présente Déclaration que les États ne peuvent autoriser ou tolérer la torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et doivent alors prendre des mesures effectives pour interdire la commission de tels actes à l'égard de toute personne et donc, à l'égard de la personne détenue[492].

65. Au plan européen. La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales du 4 novembre 1950, appelée communément Convention européenne des droits de l'homme, offre également à toute personne une protection de l'intégrité physique. L'article 3 de la présente Convention dispose en effet que « *nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ». La portée de ces dispositions est, non pas spécifique aux personnes détenues, mais universelle. Le détenu en bénéficie au titre de sa qualité de personne humaine. Chargée de faire respecter les droits fondamentaux inscrits dans la Convention et reconnus à tout individu, la Cour européenne des droits de l'homme peut être saisie par toute personne, notamment les personnes détenues. Ces requêtes sont alors susceptibles de porter sur les droits des personnes détenues en matière de santé. La Cour a ainsi affirmé, dans l'*arrêt Kulda c/ Pologne*, que « *l'article 3 de la Convention impose à l'État de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui*

[489] Article 5.
[490] Article 7.
[491] Article 2.
[492] Article 3 et 4.

excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis […] »[493]. De ce fait, le défaut de soins appropriés et les conditions de détention incompatibles avec l'état de santé ont été jugés à de nombreuses reprises comme contraires aux dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme aux motifs qu'ils étaient sources pour le détenu d'une détresse et d'une souffrance constitutive de traitements inhumains ou dégradants[494]. Dans ces conditions, les États doivent, par conséquent, prévenir et sanctionner tout acte de torture et de traitement inhumain ou dégradant commis à l'égard de toute personne et donc, d'une personne détenue.

En application de ces dispositions internationales et européennes, les personnes détenues bénéficient, comme toute personne humaine, et sans discrimination, du droit à la protection de la santé. Plus largement, leur intégrité physique est protégée par une interdiction de tout acte de torture ou peines ou traitements inhumains ou dégradants prescrite par ces dispositions.

2) Une protection spécifique du détenu

66. Au plan international. La personne détenue bénéficie d'une protection particulière en raison de son statut de détenu. La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée le 10 décembre 1984, par l'Assemblée générale des Nations-Unies, a réaffirmé l'interdiction d'infliger à tout être humain des actes de tortures et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants mais précisément « *lorsque de tels actes sont infligés par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite* »[495]. Les personnels pénitentiaires sont alors concernés par cette interdiction. Aux termes de l'article 2 de cette Convention, il incombe aux États de « *prendre des mesures efficaces pour empêcher que des actes de torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants soient commis dans tout territoire sous sa juridiction* ». Afin de veiller à

[493] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudła c. Pologne*, req. n° 30210/96, § 94.
[494] CEDH, 2 novembre 2006, *Serifis c/ Grèce*, req. n°26795/03 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05 ; CEDH, 21 décembre 2010, *Raffrey Taddei c/ France*, req. n° 36435/07 ; CEDH, 10 janvier 2012, *Vladimir Vasilyev c/ Russie*, req. n° 28370/05.
[495] Article premier et 16.

l'application de la Convention par les États parties, un Comité contre la torture a été institué[496]. Adopté le 18 décembre 2002, un Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a ensuite affirmé « *qu'il incombe au premier chef aux États d'appliquer ces articles, que le renforcement de la protection des personnes privées de liberté et le plein respect de leurs droits de l'homme sont une responsabilité commune partagée par tous, et que les organes internationaux chargés de veiller à l'application de ces principes complètent et renforcent les mesures prises à l'échelon national* ». Le Protocole a également ajouté que « *la prévention efficace de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants requiert un programme d'éducation et un ensemble de mesures diverses, législatives, administratives, judiciaires et autres* ». Enfin, le Protocole a précisé que « *la protection des personnes privées de liberté contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants peut être renforcée par des moyens non judiciaires à caractère préventif, fondés sur des visites régulières sur les lieux de détention* ». Dans ces conditions, le Protocole poursuit alors l'objectif de mettre en place un système préventif de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. À l'échelon national, les autorités françaises ont par conséquent instauré un « *mécanisme national de prévention* », le Contrôleur général des lieux de privation de liberté qui veille au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté[497]. Certes dépourvu de pouvoir coercitif, le Contrôleur peut néanmoins, s'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, communiquer sans délai aux autorités compétentes ses observations, leur impartir un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, constater s'il a été mis fin à la violation signalée[498].

67. Au plan européen. La Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, adoptée le 26 novembre 1987, a réaffirmé l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que « *nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ». Cette convention offre pour autant une protection spécifique aux personnes privées de liberté,

[496] Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10 décembre 1948, art. 17-24.
[497] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007 p. 17891 texte n° 1.
[498] *Ibidem*, art. 9. V. SENNA Éric, *Rép. pén. Dalloz*, V° Contrôleur général des lieux de privation de liberté, avril 2015.

parmi lesquelles figurent les personnes détenues. À ce titre, la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a proclamé que « *la protection des personnes privées de liberté contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants pourrait être renforcée par un mécanisme non judiciaire, à caractère préventif, fondé sur des visites* ». La présente Convention a dès lors institué le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Ce comité est un mécanisme, non judiciaire mais de prévention, visant à protéger les personnes privées de liberté contre des actes de torture ou peines ou autres traitements inhumains ou dégradants. La création de ce comité a également poussé le législateur français à instituer le Contrôleur général des lieux de privation de liberté chargé de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes détenues. À la suite des visites effectuées dans les établissements pénitentiaires d'un État, le Comité rédige des rapports dans lesquels il émet des recommandations aux autorités nationales. À cet égard, le Comité a recommandé en particulier aux autorités françaises, dans son dernier rapport de visite publié en 2012, de favoriser l'accès des personnes détenues aux informations médicales contenues dans leurs dossiers médicaux mais encore, de prendre les mesures nécessaires afin que les consultations spécialisées dans les hôpitaux de proximité puissent avoir lieu dans des délais raisonnables[499]. Il a en outre demandé si une éventuelle mise à jour du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, élaboré par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice en septembre 2004[500], était prévue, ou encore si des mesures ont été prises en vue de concilier le principe du secret professionnel des professionnels de santé et les exigences de l'administration pénitentiaire dans le cadre de la mise en œuvre d'outils de partage d'informations pluridisciplinaires.

B. Une protection de la santé

68. Une protection universelle et spécifique. Cette promotion de la santé de la personne, certes détenue mais avant tout humaine, est à la fois universelle et spécifique.

---

[499] Par ex., COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, 110 p. [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm

[500] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

1) Une protection universelle de la personne humaine

69. Au plan international. Dès 1945, la Charte des Nations-Unies garantit **«** *le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion* »[501]. En 1948, le Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé[502] reconnaît, à tout être humain, le droit fondamental de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre et ce, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale[503]. De même, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 proclame, à l'article 12, « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* »[504]. D'autres textes internationaux ont ensuite reconnu le droit à la protection de la santé ou ses corollaires, en particulier le droit d'accéder à des soins médicaux. Reconnu de fait comme un droit de l'homme, le droit à la protection de la santé est un droit pour tous. Comme toute autre personne, les personnes détenues bénéficient alors de ce droit à la protection de la santé. Le caractère fondamental de ce droit à la protection de la santé a été réaffirmé à de nombreuses reprises par l'Organisation mondiale de la santé et ce, notamment à l'égard des personnes détenues[505]. « *Autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations-Unies* »[506], l'Organisation mondiale de la santé cherche à amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible[507].

---

[501] Traité fondateur de l'Organisation des Nations-Unies (O.N.U.), la Charte des Nations-Unies a été signée, le 26 juin 1945 à San Francisco et, entrée en vigueur, le 24 octobre 1945.

[502] Créée en 1948, l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.) est une institution des Nations Unies spécialisée dans le domaine de la santé. D'après l'article premier de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, son but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. A ce titre, elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

[503] La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946. Elle a été signée par les représentants de soixante-et-un États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

[504] Le Pacte a été adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966. Il est entré en vigueur le 23 mars 1976.

[505] V. par exemple : UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2013 [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf__file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1; ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, 190 p. [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

[506] D'après le site Internet de l'Organisation mondiale de la santé, disponible sur : http://www.who.int/fr/

[507] Constitution de l'Organisation mondiale de la santé du 7 avril 1948, art. 1.

Conformément au droit fondamental à la protection de la santé, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé aux États de veiller à ne pas nuire à l'exercice de ce droit, d'empêcher les tiers de faire obstacle à l'exercice de ce droit mais aussi, d'adopter des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou budgétaire pour en assurer la pleine réalisation et enfin, d'engager et de mettre en œuvre une stratégie et un plan d'actions nationaux en matière de santé publique.

L'Organisation mondiale de la santé entretient des relations étroites avec l'Association médicale mondiale (A.M.M.). Créée le 17 septembre 1947, l'Association médicale mondiale a « *pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde* »[508]. Dans le domaine des droits des patients, elle émet des recommandations éthiques pour les médecins mais aussi les gouvernements, les associations médicales nationales et les organisations internationales. L'Association médicale mondiale a ainsi proclamé, dans le Serment de Genève adopté en 1948, le principe de l'équivalence des soins : « *Je ne permettrai pas que des considérations d'affiliation politique, d'âge, de croyance, de maladie ou d'infirmité, de nationalité, d'origine ethnique, de race, de sexe, de statut social ou de tendance sexuelle viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient* ». De même, il résulte des Déclarations spécifiques de l'Association médicale mondiale relatives à la déontologie médicale, et en particulier celle de Tokyo, en 1975, que « *le médecin a le privilège d'exercer son art pour servir l'humanité. Il doit conserver et rétablir la santé physique et mentale pour tous, sans discrimination, consoler et soulager ses patients* ». Dans la Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients, adoptée en 1981 puis, révisée en 2005[509], l'Association médicale mondiale a proclamé que « *toute personne a le droit de recevoir, sans aucune discrimination, des soins médicaux appropriés* ». Il ressort par ailleurs des dispositions de cette déclaration que « *le patient a le droit d'être traité par un médecin dont il sait qu'il peut porter un jugement clinique et éthique sans pression extérieure* ». Au regard de ces dispositions, l'universalité du droit fondamental à la protection de la santé est à nouveau affirmée. Pour l'Association médicale mondiale, ce droit fondamental à la protection de la santé impose aux États

[508] D'après le site Internet de l'Association médicale mondiale, disponible sur : http://www.wma.net/fr/

[509] Déclaration adoptée par la 34e Assemblée Médicale Mondiale à Lisbonne (Portugal) en septembre/octobre 1981, amendée par la 47e Assemblée générale à Bali (Indonésie) en septembre 1995 puis, révisée par la 171e Session du Conseil à Santiago (Chili) en octobre 2005.

d'instaurer des dispositions légales et réglementaires afin de garantir à tout individu, et sans aucune discrimination, la protection de sa santé ainsi qu'un accès aux soins médicaux.

70. Au plan européen. Le droit à la protection de la santé est également garanti, à titre universel, par de nombreux textes à visée européenne. D'après la Charte sociale européenne du 18 octobre 1961, « *toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre* »[510]. De même, « *toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale* ». Il ressort de l'article 3 de la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997 que les États sont tenus de prendre, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. Plus largement, l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme offre à toute personne une protection de la vie. La Cour européenne des droits de l'homme est alors chargée de faire respecter entre autres, ce droit à la vie inscrit dans la Convention européenne. Les États sont alors tenus de s'acquitter de leur obligation positive de protéger le droit de toute personne à la vie. Les personnes détenues bénéficient, comme toute personne, de ce droit fondamental à la vie. À ce titre, la Cour européenne a conclu à une violation de l'article 2 dans le cas, par exemple du décès d'un détenu résultant de soins médicaux défectueux[511] ou du suicide d'un détenu atteint de troubles mentaux, résultant notamment d'un défaut de surveillance de la prise quotidienne de son traitement médical[512].

2) Une protection spécifique du détenu

71. Au plan international. Dans un souci de protection des personnes détenues, les Nations-Unies ont élaboré, en 1955, un « *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* » qui régit le traitement de ces personnes[513]. Cet « Ensemble de règles mimina » a été révisé, le 21 mai 2015, par la Commission pour la prévention du crime et de la justice

[510] Article 11.
[511] CEDH, 14 décembre 2006, *Tarariyeva c/ Russie*, req. n° 4353/03; CEDH, 14 mars 2013, *Case of Salakhov et Islyamova c/ Ukraine*, req. n° 28005/08.
[512] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05 .
[513] L'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* a été adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses Résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977.

pénale des Nations-Unies. En hommage à Nelson Mandela qui fut emprisonné pendant vingt-sept ans, ces règles sont appelées les « Règles Mandela ».

En matière de santé, ces règles prescrivent que « *les services de santé doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie* »[514]. Chaque établissement pénitentiaire doit être doté « *d'un service médical chargé d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des détenus, une attention particulière étant accordée à ceux qui ont des besoins spéciaux ou des problèmes de santé qui constituent un obstacle à leur réinsertion* »[515]. Ce service médical doit être composé d'une équipe pluridisciplinaire, et notamment de psychologues, de psychiatres mais aussi de dentistes[516]. Mais surtout les « Règles Mandela » énoncent le principe d'indépendance professionnelle des personnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire[517], le droit à la confidentialité des informations contenues dans le dossier médical des personnes détenues[518], le droit à la confidentialité des examens médicaux[519], le droit d'accès à ces informations par les personnes détenues[520]. En outre, les personnes détenues doivent bénéficier d'un examen médical d'entrée afin que leurs besoins de santé physique et morale soient repérés[521] et d'un accès aux soins d'urgence ainsi qu'aux soins spécialisés dans les établissements de santé[522]. Une prise en charge adaptée doit être mise en œuvre pour les femmes détenues enceintes[523]. Par ailleurs, les médecins sont tenus de signaler tout risque pour la santé physique et mentale de la personne détenue causé par un maintien en détention ou une des conditions de détention[524]. Enfin, les « Règles Mandela » prévoit qu'un contrôle des conditions de vie en détention des personnes détenues (alimentation, hygiène et propreté, installations sanitaires, éclairage, ventilation, éducation physique et sportive, etc.) doit être effectué régulièrement par un médecin ou organisme de santé compétent[525].

---

[514] Règle 24.2.
[515] Règle 25.1.
[516] Règle 25.2.
[517] Règles 25.2 et 27.2.
[518] Règle 26.1.
[519] Règle 31.
[520] Règle 26.1.
[521] Règle 30.
[522] Règle 27.1.
[523] Règle 28.
[524] Règle 33.
[525] Règle 35.

L' « *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* » est dépourvu de force obligatoire mais il *constitue néanmoins* une véritable source d'influence pour les États dans la conduite de leur politique pénitentiaire, tout particulièrement en matière de santé[526].

L'influence des résolutions de l'Assemblée générale des Nations-Unies est aussi notable. Dans sa Résolution 37/194 du 18 décembre 1982, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté un ensemble de principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, dans la protection des personnes détenues. Le principe premier énonce ainsi que « *les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues* »[527]. De même, dans sa Résolution 45/111 du 14 décembre 1990, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté des principes fondamentaux relatifs aux traitements des personnes détenues, notamment le principe n° 9 qui garantit à ces personnes un « *accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique* ». Par conséquent, il ressort de ces dispositions que la prise en charge de leur santé doit être équivalente à celle offerte à la population générale et ainsi, respectueuse des droits reconnus à tout patient.

72. Au plan européen. L'Assemblée parlementaire et le Comité des ministres du Conseil de l'Europe ont également émis un certain nombre de recommandations visant à améliorer et renforcer les droits des personnes détenues en matière de santé afin que ceux-ci soient le plus possible alignés sur ceux dont bénéficie la population générale. Dans sa Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, le Comité des ministres a énoncé d'une part, que « *la pratique médicale en milieu pénitentiaire doit être guidée par les mêmes principes éthiques que dans le reste de la communauté* » et d'autre part, que « *le respect des droits fondamentaux des personnes*

[526] Dans sa Résolution 45/111 du 14 décembre 1990, l'Assemblée générale des Nations-Unies a reconnu que l'Ensemble de règles minima « *est d'un intérêt et d'une importance majeurs pour l'élaboration d'une politique et d'une pratique pénales* ».

[527] Dans sa Résolution 43/173 du 9 décembre 1988, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté un ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement dont le principe n° 24 établit en outre que « *toute personne détenue ou emprisonnée se verra offrir un examen médical approprié dans un délai aussi bref que possible après son entrée dans le lieu de détention ou d'emprisonnement; par la suite, elle bénéficiera de soins et traitements médicaux chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Ces soins et traitements seront gratuits.* »

incarcérées implique que ces dernières puissent bénéficier de mesures de prévention sanitaire et de prestations de santé équivalant à celles de la communauté en général »[528]. Dans ces conditions, la personne détenue doit pouvoir bénéficier des droits reconnus à tout patient. Avec la même rigueur que dans la population générale, le Comité garantit ainsi aux personnes détenues le droit d'accéder aux soins médicaux que leur état de santé nécessite, le droit à l'équivalence des soins, le droit au respect du secret professionnel, le droit au respect du consentement libre et éclairé, le droit au libre choix du médecin mais encore, le droit à la prévention et à l'éducation à la santé. Dans cette recommandation, le Comité des ministres a en outre proclamé le principe de l'indépendance professionnelle des personnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire[529]. À ce titre, « […] *les besoins de santé du détenu devraient toujours constituer la préoccupation première du médecin. Les décisions cliniques et toute autre évaluation relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux. Le personnel de santé devrait pouvoir exercer son activité en toute indépendance, dans la limite de ses qualifications et de ses compétences* […] »[530].

Dans sa Résolution 1663 (2009), l'Assemblée parlementaire a encouragé les États à améliorer la situation des femmes dans les prisons en renforçant notamment les mesures de protection de leur santé[531]. La politique pénitentiaire doit, de ce fait, être pleinement adaptée aux besoins des femmes, en particulier des femmes enceintes, des femmes qui allaitent, des femmes en période postnatale et des femmes âgées. La Résolution garantit également aux femmes le droit à la confidentialité des soins, le transfert dans un établissement de santé pour un accouchement, le non-recours aux moyens de contrainte pendant un examen médical ou accouchement, l'accès au dépistage mais aussi, l'accès aux soins et traitements spécifiques pour les femmes atteintes de maladies infectieuses telles que le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

Surtout, les Règles pénitentiaires européennes, adoptées par les États membres du Conseil de l'Europe en 1973[532] et révisées depuis lors[533], recommandent aux autorités

[528] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le Comité des ministres, le 8 avril 1998.
[529] Cf. *infra* n° 93.
[530] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, *op. cit.*
[531] CONSEIL DE L'EUROPE, Résolution 1663 (2009) sur les femmes en prison, adoptée par l'Assemblée parlementaire, le 28 avril 2009.
[532] CONSEIL DE L'EUROPE, Résolution (73) 5 sur l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adoptée par le Comité des ministres, le 19 janvier 1973.

pénitentiaires de protéger toutes les personnes détenues dont elles ont la garde et, notamment leur santé. Au regard des dispositions de la première et de la deuxième règles, « *les personnes privées de liberté doivent être traitées dans le respect des droits de l'homme* »[534] et « *conservent tous les droits qui ne leur ont pas été retirés selon la loi par la décision les condamnant à une peine d'emprisonnement ou les plaçant en détention provisoire* »[535]. Consacrant le principe de normalisation[536], la cinquième règle énonce que « *la vie en prison est alignée aussi étroitement que possible sur les aspects positifs de la vie à l'extérieur de la prison* ». En matière de santé, les Règles pénitentiaires européennes offrent aux personnes détenues, conformément au principe de normalisation, un accès aux services de santé proposés dans le pays sans discrimination fondée sur leur situation juridique et ainsi, l'administration des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques nécessaires[537]. Dans ces conditions, les services médicaux administrés dans les établissements pénitentiaires doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État[538]. Et enfin, la politique sanitaire dans les prisons doit être intégrée à la politique nationale de santé publique et compatible avec cette dernière[539].

La transposition des règles pénitentiaires européennes en droit interne n'est cependant pas chose aisée. La grande majorité des règles ont été inscrites dans le droit français par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[540]. Néanmoins, leur application peut s'avérer difficile, comme en témoigne la mise en œuvre particulièrement ardue des règles 18.1 et 18.2 relatives aux conditions minimales d'hygiène et de santé que doivent respecter les locaux de détention, en raison de la vétusté ou l'ancienneté de certains établissements pénitentiaires mais aussi de la promiscuité des conditions de vie en détention.

Les critiques formulées à l'égard du caractère non contraignant des Règles pénitentiaires européennes ont fait émerger l'idée d'instaurer une Charte pénitentiaire

---

[533] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (87) 3 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée par le Comité des ministres, le 12 février 1987 ; CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 sur les règles pénitentiaires européennes, adoptée par le Comité des ministres, le 11 janvier 2006.

[534] Dans ces conditions, les règles pénitentiaires européennes affirment que « *les prisons doivent être inspectées régulièrement par un organisme gouvernemental, de manière à vérifier si elles sont gérées conformément aux normes juridiques nationales et internationales, et aux dispositions des présentes règles* » (Règle n° 92).

[535] Cependant, des restrictions peuvent être imposées aux personnes privées de liberté dans l'exercice de leurs droits. Conformément à la troisième règle, ces restrictions doivent alors « *être réduites au strict nécessaire et doivent être proportionnelles aux objectifs légitimes pour lesquels elles ont été imposées* ».

[536] Cf. *infra* n° 17.

[537] Règles pénitentiaires européennes n° 40.3 et 40.5.

[538] Règle pénitentiaire européenne n° 40.1.

[539] Règle pénitentiaire européenne n° 40.2.

[540] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

européenne. En avril 2004, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une Recommandation 1656 (2004) sur la situation des prisons et des maisons d'arrêt en Europe[541] dans laquelle elle recommande au Comité des ministres d'élaborer une charte pénitentiaire européenne et ce, en liaison avec l'Union européenne. Aux termes de la Recommandation 1747 (2006) relative à une charte pénitentiaire européenne, adoptée par l'Assemblée parlementaire en 2006, *« la charte pénitentiaire européenne vise à assurer le respect des droits et de la dignité des personnes privées de liberté* [notamment dans le domaine de la protection de leur santé[542]]. *Elle a pour finalité d'établir des règles précises et obligatoires s'imposant à tous les acteurs de la chaîne pénale quant au respect des droits de l'homme pour toute personne privée de liberté dès le moment de son arrestation, pendant la période de garde à vue, au cours de l'emprisonnement avant et après jugement, et, au-delà, traitant également de la réinsertion sociale des prisonniers* » [543]. Toutefois, la réponse du Conseil des ministres fut négative. Le Conseil a déclaré « *entendre s'en tenir aux instruments existants et poursuivre la mise à jour des Règles pénitentiaires européennes* » aux motifs « *qu'il serait difficile pour les États d'obtenir un consensus sur plus qu'un nombre très limité de règles juridiques contraignantes qui appauvriraient et stigmatiseraient les normes existantes et diminueraient en outre l'importance des Règles pénitentiaires européennes et leur impact sur le travail des administrations pénitentiaires dans les États membres et au niveau européen en général* »[544].

Au regard des normes et recommandations internationales et européennes, la personne détenue bénéficie d'une protection normative importante en matière de santé et ce, en raison de sa qualité de personne humaine et de son statut de personne détenue. Conformément au principe de normalisation, les personnes détenues ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination, eu égard à leur situation juridique, dans le cadre de la protection et de la promotion de leur santé. Ces normes et recommandations ont incité les États, dont la France, à modifier le droit existant pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population détenue

[541] CONSEIL DE L'EUROPE, *Recommandation 1656 (2004)* sur la situation des prisons et des maisons d'arrêt en Europe, adoptée par l'Assemblée parlementaire, le 27 avril 2004.
[542] V. HUNAULT M., *Rapport relatif à l'élaboration d'une charte pénitentiaire européenne fait au nom de la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme du Conseil de l'Europe*, 3 mai 2006, Doc. 10922 [consulté le 21 novembre 2013]. Disponible sur : http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=11203&Language=FR
[543] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation 1747 (2006) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à une Charte pénitentiaire européenne, adoptée par l'Assemblée parlementaire le 29 mai 2006.
[544] CONSEIL DE L'EUROPE, Réponse du Comité des ministres à la Recommandation 1747(2006), adoptée le 27 septembre 2006, lors de la 974e réunion des délégués des ministres, Doc. 11041.

et ainsi, leur transposer les droits reconnus à tout patient. L'influence des normes et recommandations internationales et européennes, sur les droits de la personne détenue en matière de santé, a été prolongée au niveau national par une reconnaissance des droits de la personne dans le système de santé.

§2. Des droits de la personne dans le système de santé

> « *Parce que la santé est un sujet éminemment humain, l'implication des usagers et des citoyens est incontournable ; le système ne peut évoluer sans prendre en compte leurs valeurs, leurs attentes* »[545].

73. Du paternalisme médical : soumission et obéissance du patient à l'égard du médecin. Le paternalisme médical est une philosophie médicale empreinte d'une nécessaire soumission et d'une nécessaire obéissance du patient au savoir médical. Détenteur de ce savoir, le médecin a un comportement bienveillant et autoritaire vis-à-vis de son patient. Lui seul sait ce qui est bon pour son patient. Ce dernier, ignorant, se cantonne alors à un rôle passif dans la prise en charge de sa santé. Au XXème siècle, le Professeur Louis Portes, alors président du Conseil national de l'ordre des médecins, a affirmé que le patient « *n'est qu'un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif, qui n'a qu'une connaissance imparfaite de lui-même* »[546]. Un dialogue entre le médecin et le patient en quête d'autodétermination a néanmoins progressivement émergé.

74. À la démocratie sanitaire : autonomie et droits du patient. En quête d'autonomie, le patient est peu à peu devenu un acteur actif de sa santé, capable de prendre librement les décisions médicales qui lui paraissent les plus adaptées à ses intérêts. « *L'homme de nos sociétés démocratiques se veut autonome (du grec auto : soi-même et nomos : la loi). L'autonomie est entendue en ce sens comme la faculté de se donner à soi-même la loi de sa propre action, sans la recevoir d'un autre. En droit de la santé, l'autonomie correspond à*

[545] COMPAGNON Claire, GHADI Véronique, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes*, Marisol Touraine, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014, p. 105 [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000107-pour-l-an-ii-de-la-democratie-sanitaire

[546] PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et Cie, P.U.F., 1954, p. 159.

l'idée selon laquelle le médecin doit respecter la dignité et la volonté du patient dans toute la mesure du possible. En ce sens, le concept d'autonomie correspond à l'un des ressorts essentiels de la dynamique démocratique. Étymologiquement, le concept d'autonomie fait référence à la perception que nous avons de nous-mêmes et d'autrui comme des êtres aptes à prendre des décisions, concernant tant le plan corporel que mental »[547]. De cette quête est ainsi né le « patient contemporain » placé au cœur du système de santé[548]. Cette place centrale conférée au patient a notamment résulté de l'intervention du droit dans l'évolution du statut du patient. La mobilisation du droit s'est alors traduite par l'émergence d'une démocratie sanitaire, faisant ainsi de lui un véritable usager de ce système[549]. Depuis la Déclaration d'Alma–Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978, l'Organisation mondiale de la santé n'a eu de cesse de réaffirmer son attachement aux valeurs fondamentales énoncées dans la déclaration, en particulier la participation et la responsabilisation indispensables des citoyens dans le domaine de la santé et ainsi, de reconnaître la nécessité d'une démocratie sanitaire[550].

Si la démocratie sanitaire permet aux usagers de participer au système de santé, elle implique non seulement la consécration de l'autonomie du patient mais aussi la reconnaissance de droits en faveur de ce patient, reconnaissance qui n'a été que progressive jusqu'à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[551].

---

[547] PÉDROT P., « Libre propos sur la démocratie sanitaire », *Les Petites affiches* 2002, n° 122, p. 5-9.

[548] La notion de « patient contemporain » renvoie, selon les anthropologues Eve Bureau et Judith Herman-Mesfen, à « *un pan récent de l'histoire de la biomédecine, médecine "scientifique" qui s'est établie en Europe au commencement du XIXe siècle, au cours duquel de multiples initiatives scientifiques et techniques, professionnelles et profanes ont contribué à placer le patient davantage au centre du système de soins* ». V. BUREAU E., HERMAN-MESFEN J., « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie et Santé* 2014, n° 8 [consulté le 10 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1342#quotation

[549] Pour aller plus loin : PITCHO B., *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2004, p. 547.

[550] Déclaration faite le 12 septembre 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et réunie, du 6 au 12 septembre 1978, à Alma-Ata (capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie, ex. membre de l'Union soviétique, et, aujourd'hui, principale ville du Kazakhstan).

[551] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1. MISTRETTA P., « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : réflexions critiques sur un droit en pleine mutation », *JCP G* 2002, I, 141.

A. Une consécration de l'autonomie du patient

75. Une autonomie caractérisée par la concertation entre médecin et patient. En 1936, la contractualisation de la relation médecin-patient, affirmée dans l'arrêt *Mercier* du 20 mai 1936, a procuré une certaine autonomie au patient en faisant naître, conformément à l'article 1102 du Code civil, des obligations réciproques entre ces parties. La loi du 4 mars 2002 a ensuite confirmé la place centrale du patient dans le système de santé en promouvant et renforçant les droits des patients nécessaires à leur autonomie[552]. L'objectif était d'atteindre un certain équilibre dans la relation médecin-patient. Le législateur a ainsi mis en place un régime de concertation en affirmant que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »[553]. En somme, le droit à l'information du patient figure au cœur de ce régime mis en place par la loi du 4 mars 2002[554]. L'information délivrée sur son état de santé permet en effet au patient de prendre une décision concertée avec le médecin. La consécration du droit à l'information a alors marqué « *le passage d'un modèle à un autre : celui du médecin légitime représentant des intérêts du patient qu'il n'a pas à informer à celui du médecin qui doit donner au patient l'information nécessaire pour permettre à ce dernier de prendre une décision en connaissance de cause* »[555]. Le patient informé peut ainsi prendre librement des décisions concernant sa santé. À ce titre, ce dernier peut, soit accepter le traitement médical proposé, soit s'y opposer. Cette prérogative positive reconnue au patient crée une obligation pour le médecin. En effet, aux termes de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, « *le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité* »[556]. Toutefois, « s*i, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable* ». En somme, ce régime de concertation

[552] Cass. Civ., 20 mai 1936, *Mercier* : « *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques* […], *mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle* […] ».

[553] C. sant. pub., art. L. 1111-4 al. 1er modifié par la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.

[554] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[555] Pour aller plus loin : PÉDROT P. [dir.], *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006, V° Droit à l'information du malade.

[556] C. sant.pub., art. L. 1111-4 modifié par la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.

impose au médecin de mettre son savoir-faire au service du patient tout en l'aidant à prendre la décision la plus pertinente[557]. La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 a conforté l'autonomie de la volonté du patient en énonçant expressément que « *toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* »[558].

76. Une autonomie renforcée par les technologies de l'information et de la communication. L'usage des technologies de l'information et de la communication (T.I.C.) en matière de santé s'est considérablement intensifié ces dernières années. « *L'Internet s'accapare la santé publique de manière explosive sinon irréversible, compte tenu des stratégies financières, des évolutions technologiques et des espoirs des populations* »[559]. Un nombre important de requêtes, effectuées dans les moteurs de recherche Internet, porte sur la santé[560]. À titre d'exemple, une requête sur vingt effectuées sur le moteur de recherche Google concerne la santé[561]. D'après le sociologue canadien Serge Proulx, « *une manière de penser la participation par les technologies numériques consiste à interroger l'usage des TIC à partir de deux catégories provenant de l'héritage marxien, à savoir l'aliénation et l'émancipation. Dans quelle mesure et à quelles conditions l'usage participatif de ces technologies peut-il s'avérer vecteur d'émancipation (liberté sociale et politique), ou, au contraire, vecteur d'aliénation (dépendance à la technologie) ?* »[562]. Dans le domaine de la santé, quelles sont les conséquences de la participation des patients au système de santé par l'usage des technologies de l'information et de la communication ?

---

[557] PÉDROT P. [dir.], *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006, V° Droit à l'information du malade.

[558] Loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5. V. C. sant. pub., art. L. 1111-4, al. 2.

[559] HARICHAUX M., « Les sites portails santé sur Internet : quelles perspectives ? », *RDSS* 2000, p. 697.

[560] D'après une enquête menée, en 2007, par la Haute Autorité de santé, « *16 à 62 % des chercheurs d'information en santé sur Internet en discutent avec un médecin* » car ils souhaitent « *avoir l'avis du médecin vis-à-vis de l'information trouvée* ». V. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Le patient internaute*, mai 2007, p. 9 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf /patient_internaute_revue_litterature.pdf

[561] La quantité de ces requêtes a poussé le géant Google, dont l'intérêt pour la santé est considérable, à faire prochainement du moteur de recherche une véritable encyclopédie médicale. V. FRANCE INFO NUMÉRIQUE, « Google fait un pas supplémentaire vers la santé », mercredi 11 février 2015 [consulté le 5 mai 2015]. Disponible sur : www.franceinfo.fr/emission/france-info-numerique/2014-2015/google-fait-un-pas-supplementaire-dans-le-monde-de-la-sante-11-02-2015-22-10

[562] PROULX S., « Usages participatifs des technologies et désir d'émancipation : une articulation fragile et paradoxale », *Revue de communication sociale et publique* 2015, n° 13, p. 67-77. Le sociologue canadien Serge Proulx s'est interrogé sur « *l'articulation entre les usages participatifs contemporains des technologies numériques en tant que vecteur d'émancipation – mais aussi, simultanément, d'aliénation – et un ensemble de pratiques individuelles et collectives visant la construction d'une démocratie cognitive, c'est-à-dire l'édification d'une organisation sociale et politique où l'ensemble des citoyens retrouveraient leur plein droit à la connaissance, un droit ayant eu tendance à s'effacer avec la surspécialisation, le cloisonnement et le morcellement des savoirs causés par les développements disciplinaires des sciences naturelles et sociales* ».

L'usage des technologies de l'information et de la communication par les patients apparaît d'une part comme vecteur d' « émancipation ». Ces technologies permettent aux patients d'accéder à des informations en matière de santé disponibles sur Internet, notamment par le biais de sites, de blogs ou de forums spécialisés. Les patients sont alors plus informés. Dépouillé du caractère sacré qui lui était conféré jusque-là, le savoir médical n'est, par conséquent, plus l'apanage des professionnels de santé[563]. L'information médicale du patient, renforcée par Internet, ne semble pas pour autant menacer la relation médecin-patient mais permet au contraire de la renforcer et de garantir un certain équilibre au sein de cette relation, notamment quant à la communication.

L'usage des technologies de l'information et de la communication apparaît d'autre part comme un vecteur d' « aliénation ». Cette aliénation se traduit alors par la dépendance du patient à l'égard des informations médicales disponibles sur Internet[564]. L'usage de ces technologies numériques en matière de santé engendre une prolifération des informations médicales accessibles aux patients sur Internet[565]. Cette dépendance peut s'avérer dangereuse au regard de la qualité, de la pertinence et même de la véracité scientifiques de ces informations médicales et ce, notamment, en raison des risques d'automédication des patients. Il convient de préciser que les sites Internet, offrant aux patients des informations médicales, sont tenus de respecter les règles juridiques et déontologiques de la médecine. L'activité de ces sites ne peut porter atteinte aux droits des patients « virtuels » à une information de qualité et à une protection de leurs données médicales[566]. En outre, pilier de la relation médecin-patient, la confiance peut être mise à mal par la surinformation poussant alors le

---

[563] THOËR C., « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer* 2013, n° 10, p. 1-24.

[564] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Le patient internaute*, mai 2007, p. 9 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
D'après cette enquête menée, en 2007, par la Haute Autorité de santé, « *les patients internautes estiment que la consultation d'Internet leur permet de mieux comprendre la maladie, son traitement et, à un moindre degré, les aide à mieux se prendre en charge et à mieux participer à la prise de décision concernant leur santé* ». Néanmoins, pour certains médecins la gestion de ce patient informé « *contribue à complexifier le processus de consultation et le suivi médical* » (LÉVY J. J., THOËR C., « Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication », *Revue de communication sociale et publique* 2013, n° 10, p. I-IV.). L'enquête réalisée par la Haute Autorité de santé a mis en exergue que le temps de consultation était augmenté en raison de la discussion de l'information trouvée sur Internet et qu'une minorité de médecins se sentaient concurrencés, remis en cause dans leur autorité ou contraints de prescrire sous la pression du patient.

[565] Face à cette prolifération des informations médicales sur Internet, le législateur a dû réagir. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JORF n° 190 du 17 août 2004 p. 14598 texte n° 2) a ainsi chargé la Haute Autorité de santé d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé, des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique et, des logiciels d'aide à la dispensation. V. C. séc. soc., art. L. 161-38 et R. 161-75.

[566] HARICHAUX M., « Les sites portails santé sur Internet : quelles perspectives ? », *RDSS* 2000, p. 697.

patient à chercher impérativement une signification et un remède à ses moindres maux et ce, en dépit de l'avis du médecin. Cette quête d'autonomie peut par conséquent s'avérer néfaste pour la relation médecin-patient et même pour la prise en charge de la santé. C'est notamment le cas en matière pénitentiaire. L'effet pervers de l'accès des personnes détenues à Internet, et donc de cette surinformation voire désinformation, se matérialise par une volonté accrue d'obtenir une réponse médicale rapide, pourtant parfois non justifiée. Or, cette rapidité attendue se heurte aux contraintes de la vie en détention où le temps s'étire lentement[567]. De même, l'accès à des informations médicales via Internet peut entrainer une augmentation des inquiétudes, angoisses et frustrations ressenties par certaines personnes détenues vis-à-vis de leur santé. Et l'écoulement du temps carcéral ne fait que les renforcer. Aussi, l'usage des technologies de l'information et de la communication par les personnes détenues dans le but d'accéder à des informations médicales peut altérer leur prise en charge sanitaire et entraver alors la protection de leur santé. Il semble ainsi que l'autonomie du patient doit être mesurée afin que sa santé n'en soit pas menacée.

77. De l'autonomie aux droits du patient. La démocratisation du système de santé poursuit l'objectif d'une reconnaissance formelle des droits des patients nécessaires à leur participation au système de santé. Pour garantir l'autonomie du patient, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », a consacré et renforcé les droits des patients. Cette étude sur les droits reconnus à la personne détenue en matière de santé implique *ab initio* de déterminer les droits dont dispose toute personne dans le système de santé. L'enjeu n'est autre que de mesurer le degré de transposition des droits des patients en milieu carcéral. Aussi, le choix a été fait de s'éloigner dans les prochains développements du cadre de cette étude, à savoir le milieu carcéral, et de se pencher sur les droits reconnus à tout usager du système de santé. Bien que délicat, cet éloignement est nécessaire. Cela étant, lors de la présentation des droits consacrés par la loi du 4 mars 2002, une anticipation de la transposition de ces droits aux personnes détenues pourra d'ores et déjà être faite. Il est en effet possible de se rendre compte que certains droits pourront se transposer sans aucune difficulté et, à l'inverse, que d'autres seront difficilement transposables voire impossibles à transposer.

[567] SLIWOWSKI G., « La sociologie du temps et la peine privative de liberté », *RSC* 1974, p. 295-312 ; DE CONINCK F., « L'écroulement du temps carcéral ou le temps virtuel des prisons contemporaines », *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1999, vol. 4, n° 4, p. 20-25

B. Une reconnaissance des droits de la personne et de l'usager du système de santé

78. Une loi sur les droits des patients. Les droits progressivement reconnus aux patients ont longtemps été encadrés par des dispositions législatives et règlementaires éparses. À la fin du XXème siècle, les États Généraux de la Santé ont souligné l'écart existant entre les droits reconnus aux patients et leur exercice effectif. Ils ont de ce fait insisté sur la nécessité d'améliorer l'effectivité des droits du patient. L'absence de loi regroupant l'ensemble de ces droits a ainsi été vue comme l'une des causes principales d'ineffectivité des droits du patient. Dans ces conditions, les co-secrétaires du Comité national d'orientation des États Généraux de la Santé ont affirmé qu'« *il est probablement nécessaire* […] *de regrouper l'ensemble des textes régissant ces droits dans une loi sur le droit des personnes malades, de nature à améliorer leur visibilité, donc leur perception et leur exercice* »[568]. Un certain nombre de droits reconnus aux patients ont alors été regroupés dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[569]. Le titre 2 de la présente loi, intitulé « *Démocratie sanitaire* », est composé de trois chapitres énonçant successivement les droits de la personne, les droits et responsabilités des usagers et les modalités de la participation des usagers au fonctionnement du système de santé. Ces différentes dispositions ont été insérées dans le Code de la santé publique aux articles L. 1110-1 et suivants du Code de la santé publique.

Au niveau de l'Union européenne, une Charte européenne des droits des patients a été rédigée, en 2002, à l'initiative d'une association de citoyens européens, Active Citizenship Network[570]. La Charte a proclamé quatorze droits en faveur des patients (droit d'accès aux services de santé, droit à l'information, droit au consentement éclairé, droit à la liberté de choix, droit à l'intimité et à la confidentialité, etc.). Elle a en outre formulé trois droits de « *citoyenneté active* » qui reconnaissent, à tous les individus et groupes de citoyens organisés, la possibilité de promouvoir et de vérifier le respect des droits des patients (droit d'accomplir des activités d'intérêt général, droit d'accomplir des activités visant à la défense des droits, droit de participer à l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé). L'objectif de la

[568] BRÜCKER G., CANIARD É., « États généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie », *Actualité et dossier en santé publique* 1999, n° 27 [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad270609.pdf

[569] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[570] Charte européenne des droits des patients, 2002 [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/poster.pdf

présente charte est de satisfaire aux exigences de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne à savoir d'une part, garantir à tout citoyen de l'Union le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier des soins médicaux et d'autre part, assurer un niveau élevé de la protection de la santé dans l'Union européenne.

79. Double qualité du patient : personne humaine et usager. Eu égard au principe d'autonomie, le patient est « *censé être un citoyen éclairé et en même temps un usager du système de santé* »[571]. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a ainsi reconnu deux catégories de droits au patient et ce, en raison de sa double qualité de « *personne* » et « *usager du système de santé* »[572].

Il convient de préciser que les dispositions de cette loi n'opèrent aucune discrimination à l'égard des patients détenus dans les établissements pénitentiaires. Le Code de la santé publique affirme, en son article L. 1110-3, qu' « *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». Cette disposition renvoie implicitement à l'article 225-1 du Code pénal selon lequel « *constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ». Sans pour autant que ces règles se référent explicitement aux personnes détenues, il en ressort que le principe de non-discrimination est destiné à assurer la protection de ces personnes vulnérables. Le Défenseur des droits veille particulièrement au respect de ce principe à l'égard des personnes détenues, et notamment celles en situation de handicap[573].

---

[571] PÉDROT P., « Libres propos sur la démocratie sanitaire », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 5.

[572] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[573] V. DÉFENSEUR DES DROITS, décision n° MLD-2013-24 du 11 avril 2013 relative aux conditions de détention des personnes handicapées : « *Il appartient ainsi aux Etats de prendre les mesures appropriées pour garantir aux personnes handicapées incarcérées une égale et effective protection juridique contre toutes discriminations et contre tout traitement inhumain et dégradant en tenant compte de la spécificité de leur handicap et de ses conséquences, quel que soit le type de handicap, dans la détermination des modalités d'exécution de leur peine et dans l'aménagement des conditions de leur détention.* »

1) Des droits de la personne

80. Le droit fondamental à la protection de la santé[574]. Sous la IVe République, le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 a garanti à tous la protection de la santé[575]. Reconnu pour la première fois dans le Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1948, le droit à la protection de la santé est le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Après l'entrée en vigueur de la Constitution du 4 octobre 1958, sous la Ve République, le Conseil constitutionnel a sauvegardé la valeur constitutionnelle du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 en l'intégrant au bloc de constitutionnalité[576]. Le droit à la protection de la santé a alors été élevé au rang de principe constitutionnel. Ce droit à la protection de la santé a, par ailleurs, été reconnu par la jurisprudence du Conseil constitutionnel en admettant, sur le fondement de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de la IVe République, le principe de protection de la santé de l'enfant[577] avant de généraliser la protection en utilisant la formulation « *droit à la santé* »[578].

Réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[579], le droit à la protection de la santé est encadré par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique. Aux termes de cet article, « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». Ce droit garantit ainsi à chaque individu un égal accès aux soins nécessités par son état de santé, une continuité des soins ainsi qu'une meilleure sécurité sanitaire possible[580]. Longtemps contesté, le droit à la protection de la santé est aujourd'hui reconnu par la doctrine[581], sans que

[574] Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 683 s.
[575] Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11 : « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ».
[576] Cons. const., n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 sur la loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, *Recueil, p. 29* – JO *du 18 juillet 1971, p. 7114.*
[577] Cons. const., n° 74-54 DC du 15 janvier 1975 sur la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse, *Recueil, p. 19 - JO du 16 janvier 1975, p. 671.*
[578] Cons. const., n° 77-92 DC du 18 janvier 1978 sur la loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, Recueil, p. 21 - JO du 19 janvier 1978, p. 422. Pour aller plus loin : SAINT-JAMES V., « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *RDP* 1997, p. 457-486.
[579] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 3.
[580] C. sant. pub., art. L. 1110-1. V. aussi, art. L. 6112-2.
[581] V. les travaux doctrinaux cités par SAUVAT C., « Précision normative sur le droit à la santé », *RLDC* 2006, n° 24, p. 54.

son existence ne soit pourtant véritablement démontrée[582]. La formulation « droit à la santé », employée fréquemment pour parler du droit à la protection de la santé, soulève une ambigüité majeure. Le droit à la santé doit être entendu, non pas comme le droit à être en bonne santé, mais comme le droit à la protection de la santé[583]. Pour Christophe Sauvat, « *la raison d'être du droit à la santé n'est pas de garantir à tout être humain une santé parfaite et éternelle, mais de tenter de mettre en œuvre tous les moyens disponibles afin d'essayer de protéger et de rétablir la santé de son titulaire. Il ne viendrait à personne l'idée de soutenir que le droit à la vie aurait pour finalité de garantir une vie parfaite et éternelle. Il doit en être de même avec le droit à la santé* »[584].

Dans le prolongement du droit à la protection de la santé, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé garantit à toute personne « compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, *le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* »[585]. Pour le Professeur Bertrand Mathieu, *« l'exercice de ce droit aux soins est ainsi apprécié au regard d'un équilibre, d'une proportionnalité entre diverses considérations : l'état du patient, l'urgence, l'efficacité des thérapeutiques mises en œuvre et la sécurité sanitaire* »[586]. L'article L. 1110-5 du Code de la santé publique dispose, en outre, que « *les actes de*

[582] SAUVAT C., *Réflexions sur le droit à la santé*, Aix-en-Provence, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2004, p. 32, note 75.

[583] Le droit à la protection de la santé est un véritable concept juridique et non un simple objectif. Dans sa thèse, Christophe Sauvat s'attache à démontrer que ce droit peut d'une part, être qualifié de droit subjectif et ce, en dépit des définitions traditionnelles du droit subjectif (Duguit, Kelsen, …) qui rejettent cette qualification au droit à la protection de la santé. Tout droit subjectif consiste en « *une restriction légitime à la liberté d'autrui, établie par la norme objective en faveur du sujet qui bénéficie ainsi d'un domaine réservé pour exercer ses pouvoirs ; dans le cas particulier du droit de créance s'y ajoute une certaine emprise sur la personne du débiteur, en vue d'adapter, de maintenir ou de rétablir l'équilibre des situations respectives du créancier et du débiteur* » (GHESTIN J., *Traité de Droit civil. Introduction générale*, 4e éd., Paris, L.G.D.J., 1994, p. 159 cité par SAUVAT C., *Réflexions sur le droit à la santé*, *op. cit.*, p. 84-132). Préoccupation fondamentale de l'homme, le droit à la protection de la santé revêt d'autre part, selon Christophe Sauvat, la qualification de droit de l'homme. « *Est un droit de l'homme toute aspiration considérée comme essentielle et absolue pour l'être humain et son respect, par une population située dans un espace géographique et temporel donné* ». V. SAUVAT C., *Réflexions sur le droit à la santé*, *op. cit.*, p. 43-83.

[584] SAUVAT C., « Précision normative sur le droit à la santé », *RLDC* 2006, n° 24, p. 53-58. Pour aller plus loin : SAUVAT C., *Réflexions sur le droit à la santé*, *op. cit.*

[585] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 3. V. C. sant. pub., art. L. 1110-5 modifié par la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 1er Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 695 s. ; MISTRETTA P., « De l'art de légiférer avec tact et mesure. À propos de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 », *JCP G*, 2016, p. 417-423.

[586] MATHIEU B., « Les droits des personnes malades », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 10.

prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ». En somme, toute personne doit pouvoir bénéficier d'actes médicaux exactement appropriés à son état de santé sous réserve que les risques encourus soient proportionnés aux chances de réussite.

Le droit à la protection de la santé se trouve renforcé par le droit à la protection sociale dont bénéfice chaque individu. Dès 1944, le Conseil national de la Résistance a prévu la mise en place d'« *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés*[587] *et de l'État* »[588]. Par une Ordonnance du 4 octobre 1945 a été instituée la Sécurité sociale, chargée alors d'assurer aux individus une protection sociale[589]. Conformément à l'article 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, intégrée au bloc de constitutionnalité[590], la Nation « *garantit à tous* […] *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ». Le droit à la protection sociale a été généralisé, en 2001, par l'entrée en vigueur de la couverture maladie universelle (C.M.U.)[591]. Ce droit à la protection sociale apparaît comme un gage d'effectivité du droit à la protection de la santé en permettant aux patients de solliciter les prestations offertes par la Sécurité sociale mais aussi les organismes complémentaires.

81. Le droit au respect de la dignité de la personne humaine[592]. La dignité de la personne humaine est perçue comme une « *valeur infinie de la personne humaine qui commande de la traiter toujours d'abord comme une fin, et jamais comme un simple moyen. C'est l'attribut fondamental de la personnalité humaine, qui la fonde à la fois comme sujet*

---

[587] L'idée d'une démocratie sociale est ainsi née. Pour aller plus loin : LECOURT D. [dir.], *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, V° Assurance maladie.
[588] LECOURT D. [dir.], *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, V° Assurance maladie.
[589] Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JORF du 6 octobre 1945, p. 6280.
[590] Cons. const., n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 sur la loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, *Recueil, p. 29* – JO *du 18 juillet 1971, p. 7114.*
[591] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n° 0172 du 28 juillet 1999 p.11229.
[592] Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 687 s.

moral et sujet de droit »[593]. D'après le Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* »[594]. Dans une décision du 27 juillet 1994, le Conseil constitutionnel a élevé le droit au respect de la dignité humaine au rang de principe à valeur constitutionnelle[595]. La loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a inséré, dans le Code civil, la disposition suivante : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* » [596]. Dans cette perspective, le Conseil d'État a jugé, dans un arrêt du 27 octobre 1995, que le respect de la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public que les autorités de police doivent faire respecter[597].

En matière de santé, l'article L. 1110-2 du Code de la santé publique, introduit par la loi du 4 mars 2002, prévoit que le droit au respect de la dignité doit être garanti à toute personne malade[598]. Ce droit au respect de la dignité a notamment pour corollaire le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur[599], le « droit à la non souffrance » en accédant à des soins palliatifs et à un accompagnement[600], l'interdiction des discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins[601] ou en raison des caractéristiques génétiques de la personne[602] mais aussi le droit à une vie digne jusqu'à la mort[603].

---

[593] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Dignité de la personne humaine.

[594] V. l'article premier de la Déclaration : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». D'après la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997, « *Les parties à la présente Convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine* » (article premier). La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 a également proclamé que « *la dignité humaine est inviolable* » et qu' « *elle doit être respectée et protégée* ».

[595] Cons. const., n° 94-343-344, DC du 27 juillet 1994, JORF n° 174 du 29 juillet 1994 p. 11024 : « *la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle* » (considérant n° 2).

[596] Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JORF n° 175 du 30 juillet 1994 p. 11056, art. 2. V. C. civ., art. 16.

[597] CE, Ass., 27 octobre 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, req. n° 136727 (affaire du lancer de nain). V. LONG M., WEIL P., BRAIDANT G., DEVOLTÉ P., GENEVOIS B., *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 19e éd., Paris, Dalloz, 2013, n° 95.

[598] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 3.

[599] C. sant. pub., art. L. 1110-5 et L. 1110-5-1.

[600] Le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement, encadré par les anciens articles L. 1111-3 à L. 1111-5 du Code de la santé publique, a été transféré par la loi du 4 mars 2002 aux articles L. 1110-9 à L. 1110-11 du présent code.

[601] C. sant. pub., art. L. 1110-3. V. aussi C. pén., art. 225-1 et 225-3.

[602] C. civ., art. 16-13. V. aussi C. pén., art. 225-1 et 225-3.

Le concept de dignité de la personne humaine est cependant contestable comme en témoigne l'analyse du professeur Olivier Cayla. « *Toute dispute consacrée au point de savoir s'il convient de légiférer sur les questions "de société" s'articule aujourd'hui autour d'un argument unique : la "dignité de la personne humaine". Depuis quelques années, la référence rituelle à ce concept éthico-juridique semble en effet suffire à résoudre tout problème de définition de nos valeurs sociales fondamentales. Imagine-t-on pourtant un concept plus flou ? Dispose-t-on au moins des critères permettant d'identifier, parmi ses diverses interprétations possibles, celle qui apparaît à coup sûr comme étant "la meilleure"* ? » [604]. La force de ce concept réside dans son « *admirable puissance de persuasion* »[605]. En effet, selon le Professeur Olivier Cayla, « *l'efficacité de cet artifice rhétorique plutôt simpliste est* […] *imparable : quiconque s'aventure à contester telle interprétation particulière du principe de dignité est censé contester, du même coup, l'idée même de dignité en général et se dévoiler ainsi comme un dangereux ennemi de l'humanité* ». Par conséquent, le principe de dignité humaine « *présente toutes les caractéristiques de cette formule fixe mais vide, de ce "signifiant flottant", de cet "abracadabra", dont la prolifération liturgique accompagne l'édiction de toute loi, pour fonder symboliquement l'autorité de celle-ci grâce au ressort magique de sa forme sacrée* »[606].

---

[603] C. sant. pub., art. L. 1110-5. MATHIEU B., « Les droits des personnes malades », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 10 : La création de l'article L. 1110-5 « *résulte d'un amendement sénatorial qui a substitué le principe d'une vie digne à celui d'une mort digne. En effet, le texte voté par l'Assemblée nationale était ainsi rédigé "chacun a droit à une mort digne". Très pertinemment le rapporteur du projet devant la commission des affaires sociales du Sénat avait fait observer que cette disposition ouvrait la porte à une légalisation de l'euthanasie. En effet, le droit de mourir dans la dignité, revendiqué par certains comme justifiant la légalisation de l'euthanasie, s'appuie sur un détournement de sens du principe de dignité, en ce qu'il suppose que la mort doit être donnée lorsque la vie n'est plus digne d'être vécue, ce qui suppose qu'il existe des vies qui ne sont pas dignes d'être vécues. Par ailleurs, faire de la mort un droit impliquait la faculté de se la faire donner. La référence à la protection de la dignité de la vie jusqu'à la mort prend le parti inverse, celui de l'égale dignité de toute vie. C'est ainsi, notamment et plus concrètement, le parti des soins palliatifs qui est pris et non celui de l'euthanasie pour soulager les souffrances liées à l'approche de la mort* ». L'autonomie de la volonté du patient en fin de vie a été renforcée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016, texte n° 1, art. 1 et 2 modifiant l'article L. 1110-5 et créant l'article L. 1110-5-1.

[604] CAYLA O., « Dignité humaine : le concept le plus flou », *Le Monde* 31 janvier 2003 [consulté le 7 août 2015]. Disponible sur : http://www.philolog.fr/dignite-humaine-le-plus-flou-des-concepts-olivier-cayla/

[605] *Ibidem*.

[606] CAYLA O., « Dignité humaine : le concept le plus flou », *Le Monde* 31 janvier 2003 [consulté le 7 août 2015]. Disponible sur : http://www.philolog.fr/dignite-humaine-le-plus-flou-des-concepts-olivier-cayla/
V. aussi MISTRETTA P., *Droit pénal médical*, Paris, Cujas, coll. « Bibliothèque de sciences criminelles », 2013.

82. Le droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations[607]. Le droit au respect de la vie privée est un droit fondamental garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme[608] et l'article 9 du Code civil[609]. Comme toute personne, le patient a alors droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations le concernant. Dans cette perspective, la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, assure la protection des personnes à l'égard des traitements, automatisés ou non, de données à caractère personnel, en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations recueillies notamment en matière de santé[610]. La charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995, actualisée en 2006 par la charte de la personne hospitalisée, a affirmé que « *le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent* »[611]. Dès lors, le respect de la vie privée et à la confidentialité des informations est alors garantie par l'obligation de respecter le secret professionnel qui s'impose à tout professionnel de santé[612].

En insérant l'article L. 1110-4 dans le Code de la santé publique, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réaffirmé le droit au respect de sa vie privée et son corollaire, le droit au respect du secret professionnel. Ainsi, « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* »[613]. Le respect du secret professionnel

---

[607] Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 690 s.

[608] Convention européenne des droits de l'homme, art. 8 : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* ».

[609] C. civ., art. 9 : « *chacun a droit au respect de sa vie privée* ».

[610] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF du 7 janvier 1978 p. 227. Les traitements de données à caractère personnel sont définis à l'article 2 de la présente loi et leurs conditions de licéité sont fixées aux articles 6 et suivants.

[611] Circulaire interministérielle du 6 mai 1995 DGS-DH n° 95-22 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, NOR : SANH9510126C. Circulaire du 2 mars 2006 DHOS/E1/DGS S/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, NOR : SANH0630111C.

[612] Dès 1810, le Code pénal a réprimé la violation du secret professionnel par les professionnels de santé en disposant, à l'article 378, que « *les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs* ». V. PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 11. V. aussi PY B., « Secret professionnel : de l'affaire Watelet aux affaires Gubler » in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 229-242.

[613] C. sant. pub., art. L. 1110-4.

est dès lors reconnu comme un droit pour le patient et, non plus seulement comme une obligation pour le professionnel de santé[614]. D'après le Professeur Bruno Py, « *tout secret est par nature un obstacle à la libre circulation de l'information et donc à la curiosité* »[615]. Conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, « *ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* » ou de tout autre professionnel intervenant dans le système de santé. Pour être secrète, l'information doit donc être de caractère privé, non accessible au public et obtenue à titre professionnel, soit dans l'exercice de la profession, soit à l'occasion de l'exercice de la profession[616]. Aux termes de l'alinéa 2 de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, le secret professionnel « *s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ». Comme tout dépositaire d'une information à caractère secret, les professionnels de santé et ceux intervenant dans le système de santé s'exposent, en cas de violation du secret professionnel[617], à la sanction pénale prévue par l'article 226-13 du Code pénal[618].

Ce droit au respect du secret professionnel n'est pour autant pas absolu. Des restrictions au secret professionnel peuvent être jugées légales « *dès lors qu'elles sont les*

---

[614] Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant Code de déontologie médicale, JORF 28 juin 1947, p. 5993, art. 4 : « *Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi* ».
Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale JORF n° 209 du 8 septembre 1995 p. 13305, art. 4. V. C. sant. pub., art. R. 4127-4 : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* » (Décret abrogé le 8 août 2004).
Cette obligation de respecter le secret professionnel était déjà inscrite dans le « Serment d'Hippocrate » : « *Les choses que, dans l'exercice ou même hors de l'exercice de mon art, je pourrai voir ou entendre sur l'existence des hommes et qui ne doivent pas être divulguées au dehors, je les tairai, estimant que ces choses-là ont droit au secret des Mystères* », cité par PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et Cie, P.U.F., 1964, p. 90.

[615] PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 7.

[616] Pour aller plus loin : PY B., *Le secret professionnel, op. cit.*, p. 52-58. V. aussi PY B., « De la violation du secret professionnel : essai de légistique progressiste » in MALABAT V., DE LAMY B., GIACOPELLI M. [dir.], *La réforme du Code pénal et du Code de procédure pénale, opinio doctorum*, Paris, Dalloz, 2009, p. 89-96 ; PY B., « Secret professionnel : de l'affaire Watelet aux affaires Gubler » in VIALLA F. [dir], *Les grandes décisions du droit médical*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 229-242 ; PY B., « Secret et confidentialité des informations » in VIALLA F. [dir.], *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Paris, Dunod, 2012, étude n° 16, p. 261 s. ; PY B., *Rép. pén. Dalloz*, V° Secret professionnel, février 2003 (actu. janvier 2016).

[617] Conformément à l'article 226-13 du Code pénal, il convient d'utiliser la formulation de « secret professionnel » et non de « secret médical ». Selon le Professeur Bruno Py, la formulation de « secret médical » est « *doublement erronée* ». V. PY B., *Le secret professionnel*, op. cit., p. 15-16 ; PY B., « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *Revue Droit et Santé* 2012, n° 50, p. 161.

[618] C. pén., art. 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Sur la pénalisation Sur la pénalisation de la violation du secret imposé aux professionnels de santé : PONSEILLE A., *Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal*, LEH Édition, 2015, p. 188 s.

conséquences nécessaires des dispositions législatives »[619]. Outre les hypothèses de révélations autorisées prévues à l'article 226-14 du Code pénal et l'hypothèse de révélation obligatoire prévue à l'article 223-6 du Code pénal, le secret peut être partagé dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 alinéa 3[620]. Aussi, aux termes de cet article, « *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ». Et « *lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe* »[621].

2) Des droits de l'usager du système de santé

83. Usager du système de santé. La notion d'usager désigne communément, en droit administratif, l'utilisateur d'un service public. Dans le domaine de la santé, cette notion doit cependant être entendue plus largement. « *S'il est admis que l'appellation d'usager du système de soins renvoie à un public défini par sa relation à un service public comme l'est l'activité hospitalière du service public, il n'empêche que l'intervention des financements publics de la santé dans tous les domaines de l'activité sanitaire du pays oblige à adapter la notion d'usager et à admettre qu'elle englobe tous ceux qui entrent en relation avec une activité sanitaire, indépendamment du statut public ou privé du lieu du soin, hôpital public ou clinique privée, ou de la personne qui le délivre, médecin hospitalier ou profession libérale. L'usager du système de soins devient ainsi un être rationnel qui agit dans une organisation sanitaire donnée, publique ou privée, sans être dominé par une logique de consommateur* »[622].

---

[619] CE, 8 février 1989, *Conseil national de l'Ordre des médecins et autres*, req. n° 54494, n° 54678, n° 54679, n° 54812 et n° 54813.

[620] PY B., *Rép. pén. Dalloz*, V° Secret professionnel, février 2003 (actu. janvier 2016) ; HOCQUET-BERG S., PY B., *La responsabilité du médecin*, Condé-sur-Noireau, Heures de France, coll. « Droit professionnel », 2006, n° 185-193, p. 98-107.

[621] PY B., *Rép. pén. Dalloz*, V° Secret professionnel, février 2003 (actu. janvier 2016) ; HOCQUET-BERG S., PY B., *La responsabilité du médecin*, *op. cit*., p. 98-107.

[622] CANIARD É. [dir.], *La place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail*, décembre 2000, p. 8 [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001297/0000.pdf

En somme, l'usager est celui qui sollicite aussi bien le secteur public que le secteur privé du système de santé.

Selon Pierre Lascoumes, « *la notion d'usager est liée à une conception du service public qui donne des droits et des devoirs, et mieux des responsabilités, à ceux qui bénéficient des prestations organisées par la collectivité* »[623].

84. Des droits individuels et collectifs. Les droits conférés à l'usager du système de santé revêtent non seulement une dimension individuelle mais aussi collective. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renforcé l'autonomie des patients en consacrant le devoir de participation des usagers au fonctionnement du système de santé[624]. Pour permettre aux patients d'accomplir ce devoir de participation, le législateur a doté les usagers du système de santé de droits collectifs (représentation, concertation, médiation, conciliation, etc.) et ce, conformément aux recommandations du « rapport Caniard »[625]. Eu égard à la particularité de la situation individuelle dans laquelle est placée la personne détenue, seuls les droits individuels du patient ont fait l'objet d'une analyse dans les développements suivants[626]. Cette analyse a permis de mieux cerner les incidences, ci-après traitées, de la privation de liberté sur le statut de patient[627].

Sur la distinction entre personne malade, usager, citoyen et consommateur : PITCHO B., *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2004, n° 757-758 et 796-804 ; GHADI V., « L'émergence de l'usager dans le paysage sanitaire », *Laennec* 2000, n° 7, p. 15-18 ; CANIARD É. [dir.], *La place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail*, décembre 2000, p. 7-8 [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/004001297/0000.pdf

Sur la notion d'usager du système de santé : MATHIEU B., « Les droits des personnes malades », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 10.

[623] LASCOUMES P., « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et management public* 2007, vol. 25, n° 2, p. 129-144.

[624] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 20. V. art. 3, 34 et 35 de la présente loi.

[625] CANIARD É. [dir.], *La place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail*, décembre 2000, 63 p. [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001297/0000.pdf

Le projet de loi de modernisation du système de santé adopté le 14 avril 2015, en première lecture, par l'Assemblée nationale a énoncé que la politique de santé comprend , en autres, « *l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé* ». Ce projet de loi entend ainsi renforcer la démocratie sanitaire en instituant des conseils territoriaux de santé chargés de veiller à « *conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants* » et d'organiser « *au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité* ». V. Projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le 14 avril 2015, art. 38.

[626] L'analyse des droits individuels de l'usager du système de santé n'est pas exhaustive. Les droits spécifiques reconnus à certains usagers ne sont pas mentionnés.

[627] Cf. infra n° 110 s.

a. Droit à l'information médicale et sociale

85. Une information intelligible, accessible et loyale[628]. Dans l'arrêt *Teyssier* du 28 janvier 1942, la Cour de cassation a reconnu, pour la première fois, sur le fondement du respect de la personne humaine, le devoir pour le médecin d'informer le patient sur son état de santé et sur les soins requis afin d'obtenir son consentement éclairé, exigé préalablement à tout acte thérapeutique[629]. En cas de manquement à son devoir d'information, le médecin « *commet une atteinte grave aux droits du malade* » et manque « *à ses devoirs proprement médicaux* ». Soixante ans avant la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[630], les droits du patient ont ainsi reçu une consécration jurisprudentielle par la Cour de cassation. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, le Tribunal militaire international de Nuremberg – chargé notamment de juger les médecins qui ont pratiqué, sous le Troisième Reich, d'effroyables expérimentations humaines dans les camps de concentration et d'extermination– a déterminé des principes d'éthique médicale, insérés ensuite dans le « code de Nuremberg »[631]. Ces principes visaient à encadrer l'expérimentation humaine notamment, en imposant le respect du consentement libre et éclairé du sujet humain, en exigeant une expérimentation utile et nécessaire pour la société et enfin, en requérant un équilibre entre les risques encourus par le sujet et l'objectif poursuivi par l'expérience. Les caractères de l'information à délivrer au patient ont ensuite été précisés par la charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire interministérielle du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés[632]. L'information médicale et sociale délivrée au patient doit alors être intelligible, accessible et loyale. À la suite de l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la charte du patient hospitalisée a

---

[628] Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 697 s.

[629] Cass. Req., 28 janvier 1942, *Teyssier* : « *Mais attendu que, comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous la responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; qu'en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs proprement médicaux, et qui constitue une faute personnelle se détachant de l'exercice des fonctions que l'administration des hospices a qualité pour réglementer* ».
Dans l'arrêt *Hédreul* du 25 février 1997, la Cour de cassation a réaffirmé l'obligation d'information à laquelle est tenu le médecin vis-à-vis de son patient mais a ajouté qu'il incombe au médecin de prouver qu'il a exécuté cette obligation (Cass. Civ. 1ère, 25 février 1997, *Hédreul*, n° 94-19685).

[630] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[631] HALIOUA B., « Du procès au Code de Nuremberg : principes de l'éthique biomédicale », in HIRSCH E. [dir.], *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes et repères*, Toulouse, Érès, 2014, p. 233-248.

[632] Circulaire interministérielle du 6 mai 1995 DGS-DH n° 95-22 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, NOR : SANH9510126C.V. l'annexe de cette circulaire.
La Charte du patient hospitalisé a complété et actualisé la Charte du malade hospitalisé publiée en 1974 (Circulaire du 20 septembre 1974). La Charte du patient hospitalisé a ensuite été remplacée par la Charte de la personne hospitalisée.

été actualisée par la charte de la personne hospitalisée, annexée à la circulaire du 2 mars 2006[633]. Les caractères de l'information ont alors été réaffirmés.

Inséré par la loi du 4 mars 2002, l'article L.1111-2 du Code de la santé publique dispose que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* »[634]. Ce droit n'est toutefois pas opposable en cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer. *A contrario*, le patient est à même de refuser toute information. Conformément à l'article L. 1111-2, « *cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* ». Au regard des dispositions du présent article, il appartient, en cas de litige, au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient[635] et ce, par tous moyens[636]. La loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », a certes réaffirmé le principe du droit du patient à l'information mais a surtout précisé son contenu[637]. Ainsi, tout patient peut exiger que les informations suivantes lui soient délivrées :

- les informations relatives aux différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, à leur utilité, à leur urgence éventuelle, à leurs conséquences, aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi qu'aux autres solutions possibles et aux conséquences prévisibles en cas de refus[638] ;
- les informations relatives aux frais auxquels le patient pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge[639] ;
- les informations concernant la santé du patient détenues par des professionnels et établissements de santé[640]. De ce fait, le droit à l'information a pour corollaire le droit d'accès à l'information et en particulier, au dossier médical[641].

---

[633] Circulaire du 2 mars 2006 DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, NOR : SANH0630111C.
[634] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 11.
[635] Cass., civ. 1ère, 25 février 1997, n° 94-19685.
[636] Cass., civ. 1ère, 14 octobre 1997, n° 95-1960 .
[637] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 11.
[638] C. sant. pub., art. L. 1111-2.
[639] *Ibidem*, L. 1111-3.
[640] *Ibid*., art. L. 1111-7.

b. Droit au respect du consentement à l'acte médical

86. Un consentement libre et éclairé[642]. Déjà encadré en matière d'expérimentation humaine par le « code de Nuremberg » précédemment évoqué, le droit au consentement libre et éclairé a été repris par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. En proclamant le principe de l'inviolabilité du corps humain, cette loi a énoncé qu' « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne* » mais aussi que « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* »[643]. En vertu de l'alinéa 2 de l'article 16-3 du Code civil, le consentement du patient doit être recueilli préalablement à tout acte médical. Conformément aux dispositions de la charte du patient hospitalisé, reprises par la charte de la personne hospitalisé, le patient ne peut être soumis à aucun acte médical sans y avoir préalablement consenti de manière libre et éclairée. Le patient a en outre la possibilité de s'opposer à un acte médical ou souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réaffirmé le droit au respect du consentement libre et éclairé[644]. Eu égard au droit à l'information médicale et sociale du patient précédemment évoqué, le consentement du patient doit être éclairé. Le consentement doit être également libre. Autrement dit, un patient ne peut consentir à un acte médical sous contrainte. Au regard des dispositions de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, « *le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* ». Ainsi, « *il faut se garder de penser qu'informer le patient est une fin en soi : l'information n'est qu'un moyen d'amener le patient*

---

[641] Conformément au dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, seuls les ayants-droits de la personne décédée peuvent accéder aux informations médicales la concernant et ce, dans les conditions prévues au présent alinéa. Le projet de loi de modernisation du système de santé, adopté le 14 avril 2015, en première lecture, par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité aux héritiers et aux ayants droit de la personne décédée mais aussi à son conjoint, à son concubin ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'accéder aux informations médicales la concernant. V. art. 46 du projet de loi.

[642] Pour aller plus loin : MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 705 s.

[643] Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JORF n° 175 du 30 juillet 1994 p. 11056. V. aussi, Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale JORF n° 209 du 8 septembre 1995 p. 13305, art. 36 al. 1er : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » (Décret abrogé le 8 août 2004).

[644] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 11.

à consentir de manière libre et éclairée lorsque les soins sont indispensables »[645]. En cas de refus ou d'arrêt de traitement, le médecin doit tout mettre en œuvre pour tenter de convaincre le patient d'accepter les soins indispensables à sa survie. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, ce droit au respect du consentement n'est toutefois pas opposable en cas d'urgence ou d'impossibilité de consulter la personne de confiance désignée. Dans l'hypothèse où le patient ne peut exprimer son consentement, la question de la détermination de la personne apte à consentir à l'acte médical se pose alors. L'article L. 1111-6 du Code de la santé publique dispose que « *toute personne majeure peut désigner* [par écrit] *une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* […] »[646]. Le droit de désigner une personne de confiance apparaît comme une garantie de l'effectivité du droit au respect du consentement.

c. Autres droits

87. Libre choix du praticien et de l'établissement de soins[647]. En 1947, le Code de déontologie médicale reconnaissait déjà l'obligation pour le médecin de respecter le libre choix du patient quant au médecin[648]. Toutefois, le respect du libre choix du praticien et de l'établissement de santé n'est pas resté une obligation à la charge du professionnel de santé mais a également été consacré comme un droit du patient. La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a en effet reconnu au patient le droit au libre choix de son praticien et de son établissement de soins. Il ressort des dispositions de la présente loi que ce droit « *est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi* »[649]. Dans un arrêt du 18 février 1998, le Conseil d'État a érigé le droit au libre

[645] DEVERS A., « L'usager du système de santé », *Gérontologie et Société* 2005, n° 115, p. 39-48.
[646] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op. cit.*, art. 11
[647] V. MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, *op. cit.*, p. 693 s.
[648] Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant Code de déontologie médicale, JORF 28 juin 1947, p. 5993, art. 5.
[649] Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971 p. 67, art. 1 : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.* ». Ce droit a notamment été réaffirmé par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991 p. 10255 : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* » (C. sant. pub., anc. art. L. 710-1).

choix du médecin, en principe général du droit[650]. Ce principe a ensuite été consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à qualité du système de santé[651]. Créé par cette loi, l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique énonce que « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* »[652].

88. Accès aux informations. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit à toute personne la communication des informations qui la concernent et contenues dans un fichier informatique[653]. Les dispositions de cette loi ont également énoncé que « *lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressée que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet* »[654]. La personne accueillie dans un établissement de santé peut dès lors accéder aux informations la concernant contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement et ce, dans les conditions prévues par la présente loi. Au regard des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public, toute personne a le droit à l'information et dispose alors d'un accès aux informations détenues sur elle par l'administration[655]. En somme, tout patient peut se voir communiquer le dossier administratif constitué par l'administration hospitalière et contenant des informations qui le concernent. S'agissant de l'accès au dossier médical, les établissements de santé sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur

[650] CE, 18 février 1998, *Section local du pacifique sud de l'ordre des médecins*, req. n° 171851

[651] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1, art. 9.

[652] L'alinéa 2 de l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique précise que « *les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* ».

[653] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF du 7 janvier 1978 p. 227, anc. art. 35 (article 39 aujourd'hui en vigueur).

[654] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, *op. cit.*, anc. art. 40 (article 43 aujourd'hui en vigueur : « *Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à la personne concernée, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».)

[655] Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, JORF du 18 juillet 1978 p. 2851.

dossier médical et conformément à la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière[656].

89. Soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. L'euthanasie n'est pas légalisée en France. La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 a toutefois conféré à toute personne le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement[657]. Conformément aux dispositions de cette loi, les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile qui visent, non seulement à soulager la douleur mais aussi, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Sans interférer avec la pratique des soins médicaux, des associations de bénévoles peuvent en outre intervenir afin d'accompagner le patient en fin de vie et apporter un réconfort à ce patient ainsi qu'à ses proches, dans le respect des conditions légales. Issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique a énoncé que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* » et dans ces conditions, la douleur « *doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». Modifiant l'article L. 1110-5 et créant les articles L. 1110-5-1 à L. 1110-5-3 du Code la santé publique, la loi n° 2017-87 du 2 février 2016 a expressément consacré le « *droit à la non-souffrance* »[658]. Aux termes du nouvel article L. 1110-5, « *toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* ». Aussi, le législateur a confirmé le dispositif antérieur issu de la loi du 4 mars 2002 prévoyant que « *toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance* » et que « *celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée* »[659].

Si la transposition des droits du patient à la personne détenue a été annoncée par des normes et recommandations internationales visant à la protéger contre les traitements inhumains ou dégradants et à promouvoir sa santé et la reconnaissance des droits des

[656] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991 p. 10255. V. aussi, C. sant. pub., anc. art. 710-2.
[657] Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, JORF n° 132 du 10 juin 1999 p. 8487.
[658] Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 1er. V. MISTRETTA P., « De l'art de légiférer avec tact et mesure. À propos de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 », *JCP G*, 2016, p. 417-423.
[659] C. sant. pub., L. 1110-5-3.

personnes dans le système de santé, il a fallu attendre l'intervention du législateur par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 pour que cette transposition, bien que décevante, soit légalement opérée[660].

Section 2 : La transposition opérée des droits du patient

« *Les personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé ce qui signifie qu'elles bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients* »[661].

90. En quête d'un respect de la déontologie médicale en détention. D'après le Dictionnaire de la langue française, publié en 1874, par Émile Littré, la déontologie correspond *stricto sensu* à la « *science des devoirs* ».[662] La notion de déontologie médicale renvoie alors à « *l'ensemble des devoirs qui s'imposent aux professionnels de santé dans l'exercice de la pratique médicale* »[663]. Ainsi, tenus de répondre à leurs obligations déontologiques, les professionnels de santé n'ont donc pas attendu que la loi impose le respect des droits du patient à l'égard de la personne détenue.

À la fin du XXème siècle, face aux difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel, inhérentes à leur dépendance vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire, certains professionnels de santé ont choisi de fuir le milieu carcéral, quand d'autres ont décidé de se mobiliser[664]. De cette mobilisation a émergé un principe selon lequel l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire doit être le plus proche possible de celui en milieu libre.

---

[660] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[661] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 86 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[662] LITTRÉ É., *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Hachette, 1874 (Tome 2), V° DÉONTOLOGIE, cité par PÉDROT P. [dir.], *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006, V° Déontologie médicale.

[663] *Ibidem*.

[664] Ces derniers ont notamment choisi de se concerter au sein de l'Association des personnels soignants des prisonniers (A.P.S.P.), créée en 1986 ; puis, remplacée, en 1997, par l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (A.P.S.E.P.) suite à la création des unités de consultations et soins ambulatoires (U.C.S.A.) par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.

La médecine exercée en milieu pénitentiaire ne doit pas être une médecine à part[665]. Le 19 décembre 1972, le docteur Georges Fully, premier inspecteur général de l'administration pénitentiaire, a remis au garde des Sceaux, une motion affirmant l'indépendance professionnelle des médecins intervenant en milieu carcéral ainsi que leur volonté de respecter la déontologie : « *Médecins des prisons, ils réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle. Compte tenu des données actuelles des sciences médicales qui intègrent les sciences humaines et relationnelles pour soigner le malade en tant qu'individu et en tant que membre du corps social, le médecin pénitentiaire, outre son rôle de soins et de prévention, se voit confronté à une exigence orale d'assistance à des problèmes humains et sociaux spécifiques aux détenus. Le médecin est aussi impliqué dans l'activité pénitentiaire. Il demande que son rôle soit reconnu et encouragé* »[666]. À l'issue de cette motion, un article tenant à l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire a été inséré dans le Code de déontologie médicale du 28 juin 1979[667]. Ainsi, selon l'article 8 « *un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins, ne peut directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou de mauvais traitements il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* »[668]. Lors du Conseil international des services médicaux pénitentiaires qui s'est déroulé, à Athènes, en 1979, les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire ont tenu le serment suivant : « *Nous, les membres des professions de santé exerçant dans les prisons, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte aux principes de nos éthiques professionnelles respectives* »[669]. Dans une affaire portée devant la Cour européenne des droits de l'homme, *Vincent c/ France*, la Commission nationale de déontologie de la sécurité a formulé, le 9 janvier 2004, la recommandation suivante : « *Tout médecin, y compris évidemment en service médical pénitentiaire, doit observer le code*

[665] GONIN D., *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991.
[666] Cité par MILLY B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 2001, p. 86.
[667] Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant Code de déontologie médicale, JORF du 30 juin 1979 p. 1568.
[668] V. C. sant. pub., art. R. 4127-1 s.
[669] CONSEIL DE L'EUROPE, *Les règles pénitentiaires européennes*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2006, p. 81.

de déontologie dans le respect du malade quelle que soit sa pathologie physique et/ou psychique »[670].

En somme, sans attendre que le législateur transpose les droits du patient en faveur de la personne détenue, les professionnels de santé se sont engagés à appliquer, en toute indépendance, les mêmes normes professionnelles, qu'ils exercent leurs fonctions à l'extérieur ou à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

91. D'un encadrement réglementaire à un encadrement législatif. Longtemps ignorés du législateur, les droits reconnus aux personnes détenues ont été élevés au rang législatif par la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, dite « loi pénitentiaire »[671] (§2.). Ces droits étaient, jusque-là, principalement encadrés par des dispositions réglementaires éparses (§1.).

§1. L'ingérence du pouvoir règlementaire

92. Un faible niveau politique de préoccupation. Poursuivre l'objectif d'une normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues consiste, conformément aux développements précédents, à rapprocher autant que possible cette prise en charge de celle dont bénéficie la population générale. Pour ce faire, les patients détenus doivent bénéficier des droits reconnus à tout patient. Il a ainsi fallu fixer les principes directeurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Mais ce n'est que par des dispositions réglementaires que ces principes directeurs ont été *ab initio* énoncés et encadrés ce qui est révélateur d'une faible percée de l'État de droit en prison.

A. Des principes directeurs de la prise en charge sanitaire

93. Indépendance professionnelle des personnels de santé. Le principe d'indépendance des professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions de soins en milieu pénitentiaire a été consacré par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a alors rattaché le dispositif de soins en milieu pénitentiaire, dépendant jusque-là

[670] CEDH, 26 mars 2007, *Vincent c/ France*, req. n° 6253/03, V. annexe.
[671] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

de l'administration pénitentiaire, au service public hospitalier. Eu égard aux règles d'éthique et de déontologie médicales, les personnels de santé ne peuvent faire l'objet, dans l'exercice de leurs fonctions de soins, d'aucune pression des autorités pénitentiaires ou judiciaires. En effet, conformément au décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »[672]. Prévu à l'article R. 4127-5 du Code de la santé publique, le principe d'indépendance professionnelle a ensuite été encadré par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale[673]. Dans le même sens, l'alinéa premier de l'article R. 4312-9 du code de la santé publique dispose que « *l'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». L'article R. 4127-95 du même code précise ensuite que « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* »[674]. Dans ces conditions, le fait pour un professionnel de santé d'être lié, dans son exercice professionnel, à l'administration pénitentiaire ne le prive pas de son devoir d'indépendance professionnelle. Le Conseil de l'Ordre des médecins a d'ailleurs rappelé aux médecins, exerçant en milieu pénitentiaire, les obligations qui leur incombent et ce, dans un rapport sur les aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire. « [L'indépendance professionnelle] *est essentielle pour que rien ne s'oppose à la recherche première des intérêts légitimes du patient. Le médecin doit pouvoir bénéficier de l'objectivité et de la neutralité nécessaires à des soins de qualité. Il ne saurait être subordonné ni à l'administration pénitentiaire ni à l'autorité judiciaire. Il ne saurait tolérer des pressions ou*

[672] Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n° 209 du 8 septembre 1995 p. 13305, art. 5 (Décret abrogé le 8 août 2004).
[673] Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n° 0108 du 8 mai 2012 p. 8479 texte n° 97, art. 5.
[674] V. Code de déontologie médicale, art. 95 modifié par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n° 0108 du 8 mai 2012 p. 8479 texte n° 97.

intimidations d'aucune sorte »[675]. Il ressort en outre de ce rapport que le médecin « *doit également faire reconnaître et affirmer son indépendance vis-à-vis des détenus* »[676].

Eu égard au principe d'indépendance professionnelle, les personnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire sont désignés par les établissements de santé signataires des protocoles avec les établissements pénitentiaires[677]. Néanmoins, les personnels de santé sont soumis soit à une procédure d'habilitation par le ministère de la Justice ou le directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent[678], soit à une autorisation d'accès par le chef de l'établissement pénitentiaire[679]. De même, les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire sont assujettis aux impératifs de gestion et de sécurité pénitentiaire et doivent, à ce titre, respecter le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire ainsi que les différentes mesures de sécurité qui s'imposent au sein de l'institution carcérale. La lourdeur du dispositif de sécurité est telle que la dispensation de soins à la population détenue n'en est que ralentie, voire perturbée. Le rôle intermédiaire du personnel de surveillance pénitentiaire dans l'accès aux soins des personnes détenues a d'ailleurs été dénoncé. Il ressort en effet d'un rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires, publié en 2000, que l'accès aux soins reste soumis à la bonne volonté du personnel de surveillance et que, selon les médecins, ce « filtre » ne tient pas suffisamment compte de la santé du détenu[680]. Les personnels de santé doivent en outre faire face aux pressions exercées par l'administration pénitentiaire. Médecin à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Fresnes, le Docteur Dominique Faucher a livré le témoignage suivant : « *Quelle indépendance professionnelle quand certains se permettent de donner des indications sur la façon de remplir les certificats médicaux, quand ces certificats ne sont pas pris en compte ou soumis à l'appréciation du personnel*

---

[675] HOERNI B. [dir.], *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire,* Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins, juillet 2001, p. 6-7 [consulté le 11 avril 2015]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medpenitentiaire.pdf

[676] *Ibidem*.

[677] Le directeur de l'établissement de santé est seul compétent pour se prononcer sur la qualification professionnelle de ces intervenants. V. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 68 [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf /Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

[678] C. proc. pén., art. D. 386 à D. 388. V. aussi, art. R. 79 du même code.

[679] C. proc. pén., art. D. 389 à D. 390-1. V. aussi, art. R. 79 du même code.

[680] Le présent rapport précise que « *les surveillants ont tendance à relativiser la nécessité d'un entretien médical* » et ajoute qu' « *effectivement, dans un grand nombre de cas, le détenu exprime la demande d'être écouté, pour bénéficier d'une " occupation " rompant avec la monotonie de sa journée en cellule et faire part de sa solitude et de ses angoisses* ».

pénitentiaire, quand certains discutent même nos constatations d'examen, nos diagnostics et les mesures qui en découlent »[681].

Ce principe de l'indépendance professionnelle des personnels de santé à l'égard des autorités pénitentiaires et judiciaires est une garantie de la confiance sur laquelle est fondée la relation entre les patients détenus et les personnels de santé. Cette confiance repose aussi sur le respect du secret professionnel.

94. Secret professionnel des personnels de santé. *Le respect du secret professionnel est l'un des piliers de la relation entre les personnels de santé et les patients, fondée sur la confiance. Le droit au respect du secret professionnel est un droit reconnu à tous*[682]*. Il ressort des dispositions de l'article R. 4127-95 du Code de la santé publique*, précité, que « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel* […] ». Le secret professionnel s'impose ainsi aux professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire comme en milieu libre. Il est ainsi opposable aux autorités pénitentiaires et judiciaires[683]. Issu d'une circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale[684] et actualisé par une circulaire du 10 janvier 2005, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale a en effet prévu que les personnels de santé ne peuvent, dans le cadre de leurs relations avec les autorités pénitentiaires et judiciaires, communiquer des informations que dans le respect de leur secret professionnel[685]. Dans un rapport sur les aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire, le Conseil de l'Ordre des médecins a

---

[681] FAUCHER D., « Médecin en détention : soignant et témoin », *Espace éthique, la lettre*, n° 12-13-14, été-automne 2000, p. 39-40 [consulté le 6 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Espace%20e%CC%81thiqueAP-HP_2000_Espace%20e%CC%81thique%20-%20Lettre%20n%C2%B012-13-14.pdf

[682] C. sant. pub., art. L. 1110-4. V. aussi, C. pén., art. 226-13.

[683] Le Code de procédure pénale prévoit néanmoins certaines exceptions.

[684] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.

[685] Circulaire du 10 janvier 2005 n° 27 DGHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, NOR : AFSH1238354C. V. aussi, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 72 [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf
Le présent guide a été réactualisé par la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

d'ailleurs rappelé aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire qu'ils n'ont « *pas à renseigner les autorités pénitentiaires ou judiciaires sur des points relevant de l'expertise médicale ou psychiatrique* » [686]. Dans le même sens, les personnels de santé n'ont pas accès aux informations contenues dans le dossier pénal de la personne détenue[687].

Par ailleurs, conformément aux principes de l'indépendance professionnelle et du secret professionnel, un médecin ne peut pratiquer une expertise médicale sur un patient dont il est le médecin traitant, dans le but d'éclairer la décision du juge. En effet, les dispositions de l'article 105 du Code de déontologie médicale, insérées à l'article R.. 4127-105 du Code de la santé publique, prévoient que « *nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services* »[688].

95. Équivalence des soins. *En confiant la prise en charge de la santé des personnes détenues au service public hospitalier, la réforme opérée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a ainsi consacré le principe de l'équivalence des soins*[689]. Ce principe n'est toutefois posé expressément dans la loi mais dans la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. Il ressort des dispositions de cette circulaire qu'une qualité et une continuité de soins équivalant à ceux offerts à l'ensemble de la population doivent être assurées à la population détenue et ce, par l'apport immédiat et indispensable d'un personnel

---

[686] HOERNI B. [dir.], *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins, juillet 2001, p. 6-7 [consulté le 11 avril 2015]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medpenitentiaire.pdf

[687] En août 2007, suite au viol d'un jeune enfant par un délinquant sexuel multirécidiviste auquel il avait été prescrit du viagra avant sa libération, la Garde des sceaux, Ministre de la Justice, Rachida Dati, avait déclaré que l'Administration pénitentiaire doit avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins doit avoir accès au dossier pénitentiaire. En réponse, le législateur a explicitement rappelé, dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, que « *l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique* ». V. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 45.

[688] Code de déontologie médicale, art. 105 issu du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n° 209 du 8 septembre 1995 p. 1330 (abrogé le 8 août 2004) et repris par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n° 0108 du 8 mai 2012 p. 8479 texte n° 97, art. 105.

[689] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960. Du latin médiéval *aequivalentia*, le mot « équivalence » signifie « qualité, valeur égale ». V. Le Trésor de la langue française informatisé, V° Équivalence [consulté le 21 avril 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

médical et infirmier qualifié et expérimenté[690]. Cette consécration s'inscrit alors dans la politique de normalisation engagée qui repose sur la promotion de conditions de prise en charge sanitaire des personnes détenues alignée aussi étroitement que possible sur les conditions de prise en charge sanitaire de la population générale. Dans ces conditions, les dispositions de droit commun doivent s'appliquer aux personnes détenues. Le principe de l'équivalence des soins apparaît ainsi comme un pilier de l'émergence des droits de la personne détenue en matière de santé. *Tendre à* une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale consiste, *au-delà du* simple accès aux soins, à transposer les droits des patients en faveur des personnes détenues. Après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[691], le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus, inséré en annexe de la circulaire du 8 décembre 1994[692], a été actualisé[693]. Par l'application de la présente loi, le législateur a reconnu que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* »[694]. La personne détenue ne doit alors pas être l'objet de discrimination. Il ressort de la note interministérielle du 3 mars 2004, relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (U.H.S.I.) de Nancy, que « *les dispositions relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent pleinement aux personnes détenues* »[695]. De même, la circulaire du 10 janvier 2005 liée à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale a proclamé que « *le régime de droit commun et notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'applique aux personnes détenues* » et

[690] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859. Cette circulaire est la circulaire d'application de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.

[691] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[692] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859.

[693] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

[694] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op. cit*., art. 3. V. C. sant. pub., art. L. 1110-1.

[695] Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues.

ce, que les soins soient dispensés en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier[696]. Par conséquent, conformément aux articles L. 1111-2 à L. 1111-7 du Code de la santé publique, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus a énoncé, dans sa deuxième édition, que les personnes détenues ont notamment :

- le droit à l'information médicale ;
- le droit du consentement libre et éclairé ;
- le droit de refuser des soins ;
- le droit de désigner une personne de confiance ;
- le droit d'accéder aux informations les concernant[697].

Au-delà de l'équivalence de soins, les dispositions réglementaires issues de l'application de la loi 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ont été jusqu'à garantir une protection sociale aux personnes détenues ainsi qu'à leurs ayants-droits en prévoyant l'affiliation obligatoire et gratuite de ces derniers aux assurances maladie et maternité du régime général[698]. En couvant les ayants droits, la protection sociale offerte aux personnes détenues n'est plus seulement équivalente mais étendue.

Un certain nombre de dispositions réglementaires ont contribué à ériger les principes directeurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Cette ingérence du pouvoir réglementaire témoigne d'un faible niveau politique de préoccupation à l'égard des personnes détenues et de leur jouissance de droits en matière de santé.

---

[696] Circulaire du 10 janvier 2005 n° 27 DGHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenus et à leur protection sociale, NOR : AFSH1238354C.

[697] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 76-78 et 89.

[698] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859 ; Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 76-78 et 89 [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

B. Des principes encadrés par des dispositions réglementaires

96. Une violation de la hiérarchie des normes. *Les principes directeurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues n'ont pas été dégagés par la* loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale[699]elle-même, mais principalement par voie réglementaire, par le biais notamment de circulaires[700]. Conformément à l'article 2 de la loi du 18 janvier 1994, « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires* »[701]. Cela ne saurait surprendre car au-delà du domaine de la prise en charge sanitaire, le droit pénitentiaire s'est longtemps caractérisé par « *un faible encadrement législatif* »[702], exposant ainsi les personnes détenues à l'arbitraire du pouvoir exécutif. Cet encadrement essentiellement règlementaire accordait, par conséquent, à l'administration pénitentiaire un véritable pouvoir discrétionnaire contraire à l'État de droit. Dans sa rédaction antérieure à la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, l'article 728 du Code de procédure pénale prévoyait que l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires étaient déterminés par un décret[703]. Or, aux termes de l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958, « *la loi fixe les règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques* ». Les droits des personnes détenues doivent ainsi être encadrés par la loi. Dans une étude sur les droits de l'homme en prison, la Commission nationale consultative des droits de

[699] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[700] Circulaire du 8 décembre 1994 n° 45 DH/DGS/DSS/DAP relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995 p. 1859 ; Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues ; Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale ; Circulaire n° 27 DGHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenus et à leur protection sociale, NOR : AFSH1238354C ; Circulaire du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C.
[701] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[702] SCHMITZ J., « La Constitution, la loi, le règlement et l'exécution des peines de détention », *RFDA* 2015, p. 148.
[703] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 86.

l'homme a réaffirmé cette compétence exclusive du législateur. De fait, « *seule la loi peut fixer le cadre juridique organisant l'usage des libertés* »[704].

La détermination des dispositions relatives aux droits des personnes détenues par voie réglementaire traduit une violation manifeste de la hiérarchie des normes[705]. Dès 1999, ce non-respect de la hiérarchie des normes a été dénoncé dans un rapport remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice, sur l'amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires. Il ressort de ce rapport qu'« *une analyse approfondie de l'état du droit de la prison permet de percevoir que sa "faiblesse" ne tient pas tant au caractère mineur de ses sources, qu'à son désordre. Faute d'avoir clairement et définitivement considéré qu'à l'exclusion de la liberté d'aller et de venir, le détenu bénéficie de tous les droits d'un citoyen ordinaire, le droit de la prison limite ces droits par la voie de simples règlements. De même, plus que de la faiblesse de ses actuelles sources, ce droit de la prison souffre de la moindre qualité de ses normes. À l'inflation des textes, s'ajoute la tendance de l'Administration à réglementer, jusque dans les moindres détails, une activité sociale que le législateur a pour habitude, lui, de régir par des dispositions plus générales, et à élaborer une profusion de circulaires qui alimente encore cette mauvaise qualité dénoncée. Tels sont les éléments de ce désordre juridique : la hiérarchie des normes méconnue, des règles d'une qualité discutable et l'existence d'un droit subordonné* »[706]. Cet exercice, par le pouvoir règlementaire, d'une compétence relevant exclusivement du législateur a d'ailleurs poussé certains auteurs à

---

[704] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons*, Paris, La Documentation française, 2007, p. 28.

[705] GUINCHARD S., DEBARD T.[dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Hiérarchie des normes. La hiérarchie des normes consiste en une « *organisation des différentes règles juridiques, selon laquelle les règles de valeur inférieure, par exemple contenues dans un arrêté, doivent être conformes à celles qui ont une valeur supérieure. Dans l'ordre juridique français, c'est la Constitution qui prime* ».

[706] CANIVET G. [dir.], *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La Documentation française, 2000, p. 51. V. aussi, MERMAZ L., FLOCH J., *La situation dans les prisons françaises* rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête, déposé à l'Assemblée nationale, le 28 janvier 2000, 893 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp

Cet encadrement réglementaire du régime intérieur des établissements pénitentiaires a notamment été décrié à propos de la procédure disciplinaire. V. C. pr. pén., anc. art. 249-1 à D. 249-4 (fautes disciplinaires) et anc. art. D. 251 à D. 251-8, abrogés par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13, art. 18.

qualifier le droit pénitentiaire « *d'infra-droit, propice à l'arbitraire* »[707], de droit « *de niveau infra-législatif* »[708] ou encore de « *droit de type réglementaire voire infra-réglementaire* »[709].

En dénonçant l'intrusion du pouvoir règlementaire dans la compétence du pouvoir législatif, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (C.N.C.D.H.) a recommandé, dans un rapport sur les droits de l'homme en prison, publié en 2007, de rédiger un ensemble de dispositions législatives qui « *devront être énoncées en des termes suffisamment clairs et précis et ne pas renvoyer à l'administration le soin de fixer les règles applicables aux personnes détenues* »[710] et ce, par opposition aux dispositions de l'ancien article 728 du Code de procédure pénale[711]. Il est alors apparu nécessaire de recourir à une loi pénitentiaire pour encadrer les droits des personnes détenues et ainsi, satisfaire aux exigences de la hiérarchie des normes.

97. Une incompétence négative du législateur. Saisi, par le Conseil d'État, d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel s'est prononcé, dans une décision du 25 avril 2014[712], sur la constitutionnalité de l'article 728 du Code de procédure pénale, dans sa rédaction antérieure à la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[713]. Conformément à l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958, le Conseil constitutionnel a rappelé qu'il appartient au législateur de fixer d'une part « *les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux personnes détenues* » et d'autre part, « *les règles concernant le droit pénal et la procédure pénale, de déterminer les conditions et les modalités d'exécution des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne* ». Ainsi, le législateur doit parvenir à un équilibre entre la protection des droits et libertés des personnes détenues, et, la sauvegarde de l'ordre public ainsi que les finalités qui sont assignées à l'exécution des peines privatives de liberté. Sous peine d'incompétence négative, le législateur ne peut donc pas confier au pouvoir réglementaire le soin de déterminer

---

[707] SCHMITZ J., « La Constitution, la loi, le règlement et l'exécution des peines de détention », *RFDA* 2015, p. 148.
[708] DANIEL S., « La loi pénitentiaire est une loi inapplicable en l'État », entretien avec Dominique Rousseau, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 10.
[709] *Ibidem*.
[710] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons*, Paris, La Documentation française, 2007, p. 28-29.
[711] C. pr. pén., anc. art. 728 : « un décret détermine l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires », modifié par la Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 86.
[712] Cons. const., 25 avr. 2014, n° 2014-393 QPC. V. POUPEAU D., « L'organisation des établissements pénitentiaires relève de la loi », note sous Cons. const., 25 avr. 2014, n° 2014-393 QPC, *AJDA* 2014, p. 888.
[713] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 86.

l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires. Dès lors, « *en renvoyant au décret le soin de déterminer ces conditions qui incluent notamment les principes de l'organisation de la vie en détention, de la surveillance des détenus et de leurs relations avec l'extérieur, les dispositions contestées confient au pouvoir réglementaire le soin de fixer des règles qui relèvent de la loi ; que, par suite, en adoptant les dispositions contestées, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence* ». Le Conseil constitutionnel a alors reconnu que cette incompétence négative du législateur « *prive de garanties légales l'ensemble des droits et libertés constitutionnellement garantis dont bénéficient les détenus dans les limites inhérentes à la détention* ». Dans ces conditions, l'ancien article 728 du Code de procédure pénale a été déclaré, par le juge constitutionnel, contraire à la Constitution.

Il revient au législateur, seul, de déterminer l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires

§2. L'intervention du législateur

98. Un cadre légal pour le service public pénitentiaire. En dépit d'une invitation du Parlement européen faite aux États-membres, dans une résolution du 17 décembre 1998[714], de se doter d'une loi pénitentiaire, le législateur français a attendu, le 24 novembre 2009, pour adopter une telle loi[715], soit plus de dix ans après. Ainsi, « *la France a été l'un des derniers pays européens à se doter d'une loi pénitentiaire générale* […] »[716]. C'est donc après une longue attente que la loi pénitentiaire a finalement été adoptée et ce, sous l'influence des Règles pénitentiaires européennes ainsi que de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme[717] mais aussi de deux rapports parlementaires rédigés après la parution, en 2000, du livre de Véronique Vasseur, médecin-chef à la maison d'arrêt de la Santé dans

[714] PARLEMENT EUROPÉEN, Résolution relative aux conditions carcérales dans l'Union européenne : aménagements et peines de substitution du 17 décembre 1998.
[715] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[716] LEROYER Anne-Marie, note sous loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF 25 nov. 2009, p. 20192, *RTD civ*. 2010, p. 165. À titre d'exemple, la Belgique a adopté, le 12 janvier 2005, une loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, dite « loi Dupont ».
[717] CEDH 6 octobre 2005, Hirst c/ Royaume-Uni, req. n° 74025/01, § 69. De manière générale, la Cour européenne des droits de l'homme souligne que « *les détenus en général continuent de jouir de tous les droits et libertés fondamentaux garantis par la Convention, à l'exception du droit à la liberté lorsqu'une détention régulière entre expressément dans le champ d'application de l'article 5 de la Convention* ».

lequel elle livre son expérience[718]. Diverses sources ont ensuite contribué au façonnement de cette loi[719]. Dans l'attente de l'entrée en vigueur des décrets d'application, les dispositions de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 sont longtemps restées « *virtuelle*[s] »[720]. Le décret d'application relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires n'a été adopté que le 30 avril 2013[721].

Saisie par le Gouvernement du projet de loi pénitentiaire, adopté en Conseil des ministres et déposé au Sénat le 28 juillet 2008, la Commission nationale consultative des droits de l'homme a félicité, en reprenant les termes de l'exposé des motifs du projet de loi, « *la volonté du Gouvernement de doter la France d'une loi fondamentale sur le service public pénitentiaire, une telle réforme du droit pénitentiaire étant effectivement devenue impérative à l'aune des critiques récurrentes formulées par les instances nationales et internationales de protection des droits de l'homme, comme des attentes exprimées par l'ensemble des acteurs du monde carcéral* »[722]. La Commission a par ailleurs ajouté que « *la réforme du droit de la prison doit être l'occasion pour la France de […] se mettre en conformité avec la réglementation internationale et européenne, notamment les Règles pénitentiaires européennes (RPE), qui constituent le socle minimum commun en matière pénitentiaire pour les pays membres du Conseil de l'Europe* »[723].

---

[718] MERMAZ L., FLOCH J., *La situation dans les prisons françaises*, Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête, déposé à l'Assemblée nationale, le 28 janvier 2000, 893 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp ; HYEST J.-J., CABANEL G.-P., *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, Rapport n° 449 de la commission d'enquête remis à Monsieur le Président du Sénat le 28 juin 2000, 224 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4491.pdf
V. VASSEUR V., *Médecin chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche midi, 2000.

[719] Pour aller plus loin : LETURMY L., « Pour quelques idées plus précises sur la genèse de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *RPDP* 2010, p. 67-77. V. aussi, sur la genèse de la loi pénitentiaire, HERZOG-EVANS M., « Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *D.* 2010, p. 31.

[720] Formulation employée in GAUTIER S., « Loi pénitentiaire : l'heure des comptes à rendre », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 18.

[721] Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires**,** JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2. V. aussi, Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire, JORF n° 0303 du 31 décembre 2010 texte n° 44 ; Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13 ; Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat**)**, JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22783 texte n° 12.

[722] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 2 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

[723] *Ibidem*.

Certes attendues, les dispositions énoncées dans la loi pénitentiaire n'en demeurent pas moins insuffisantes.

A. Des dispositions législatives attendues

99. Pour un respect des droits de la personne détenue en matière de santé. Afin de garantir l'effectivité des droits de la personne détenue, le législateur a élevé les droits des personnes détenues au rang législatif par l'adoption de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite « loi pénitentiaire »[724]. Après avoir explicité cette consécration législative des droits de la personne détenue, il adviendra d'identifier dans les prochains développements les apports de la loi pénitentiaire dans le cadre de la prise en charge de la santé des personnes détenues.

1) La consécration législative des droits de la personne détenue

100. Une obligation pour l'administration pénitentiaire de respecter les droits de la personne détenue. Aux termes de l'article premier de la loi *pénitentiaire* du 24 novembre 2009, « *le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions* » [725]. La peine privative de liberté a pour objectif, non seulement de punir le délinquant pour protéger la société mais aussi, de promouvoir la réinsertion sociale du condamné. Pour autant, « […] *admettre que la peine d'emprisonnement a pour finalité la réintégration, dans la société, d'une personne condamnée induit une autre logique juridique, celle d'un détenu qui, à l'exception de la liberté d'aller et de venir, conserve tous les droits puisés dans sa qualité de citoyen, qu'il n'a pas perdue du fait de sa condamnation, mais aussi celle d'un lieu, la prison qui, faisant partie du territoire de la République, doit être régi selon le droit commun, y compris dans les*

[724] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[725] *Ibidem*. L'article premier de la loi pénitentiaire a été abrogé par la Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p. 13647 texte n° 1, art. 24. C. pén., art. 130-1 ; C. pr. pén., art. 707.
V. TOURNIER P.-V., *Loi pénitentiaire, contexte et enjeux*, Paris, L'Harmattan, coll. « Controverses », 2007.

adaptations qu'exige la privation de liberté »[726]. *En dotant le droit pénitentiaire d'une loi pénitentiaire, le législateur* s'est attaché à rétablir la hiérarchie des normes en élevant les droits des personnes détenues au rang législatif. Il reconnait alors l'obligation *qui incombe à l'administration pénitentiaire de respecter* les droits des personnes détenues, comme en témoigne l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[727]. Dès lors, dans un chapitre relatif aux « *droits et devoirs des personnes détenues* », la loi pénitentiaire a énoncé une série de droits fondamentaux que détient la personne détenue (sauf le droit à la liberté d'aller et venir). En outre, le législateur s'attache à garantir l'effectivité de ces droits en rappelant le contrôle opéré par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, institué par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007[728]. L'article 4 de la loi pénitentiaire dispose que le Contrôleur général contrôle les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté confiées à l'administration pénitentiaire, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Le législateur a également rappelé que le Médiateur de la République, institué par la loi n° 73-6 du 3 janvier 1973[729], veille aussi au respect des droits des personnes détenues en recevant les réclamations de ces administrées relatives à l'organisation et au fonctionnement du service public pénitentiaire[730]. Cependant, le Médiateur a été remplacé par le Défenseur des droits conformément aux dispositions de la loi n° 2011-334 du 29 mars 2011[731].

Après avoir réalisé une analyse précise du projet initial de loi pénitentiaire, la Commission nationale consultative des droits de l'homme a recommandé que « *soient prises toutes dispositions nécessaires pour que l'administration pénitentiaire puisse s'organiser de sorte à garantir le plein respect des prescriptions du Code de santé publique et assurer l'effectivité de l'accès aux soins des détenus* »[732]. Parmi les articles de la loi

---

[726] CANIVET G. [dir.], *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La Documentation française, 2000, p. 13.

[727] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit*., art. 22 : « *L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits* ».

[728] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007 p. 17891 texte n° 1.

[729] Loi n° 73-6 du 3 janvier 1973 instituant un Médiateur de la République, JORF du 4 janvier 1973 p. 164.

[730] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 6.

[731] Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011 p. 5504 texte n° 2. V. CHOPIN Frédérique, *Rép. pén. Dalloz*, V° Défenseur des droits, janvier 2015.

[732] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, recommandation n° 11, p. 8 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

pénitentiaire du 24 novembre 2009, douze ont été consacrés à la santé des personnes détenues[733].

2) Les apports législatifs en matière de santé

101. Des principes directeurs de la prise en charge sanitaire. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a réaffirmé les principes directeurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues (secret professionnel, équivalence des soins et indépendance professionnelle). Ces principes, tout comme les droits qui en découlent, ont alors reçu une consécration législative. Les dispositions de l'article 45 de la loi pénitentiaire proclament le droit au secret professionnel ainsi que le droit au secret de la consultation[734]. Il incombe dès lors à l'administration pénitentiaire de garantir aux personnes détenues le respect de ces secrets. Absent du projet initial de loi pénitentiaire, le respect du principe du secret professionnel avait été recommandé par la Commission nationale consultative des droits de l'homme, dans un avis sur ce projet de loi, aux termes duquel elle « *réaffirme qu'il ne saurait être dérogé au principe du secret médical* »[735]. En outre, conformément à la réforme opérée par la loi du 18 janvier 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier[736], l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dispose que la qualité et la continuité des soins aux personnes détenues doivent être garanties dans des conditions équivalentes à celles offertes à la population générale[737]. Pour cela, les articles 51 et 53 de la loi prévoit qu'un examen médical d'entrée ainsi qu'un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac sont systématiquement proposés dès l'incarcération et ce, afin de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues et la continuité de soins éventuellement suivis à l'extérieur avant l'entrée en détention. Là encore, en l'absence de toute disposition relative à la poursuite des soins prescrits avant incarcération dans le projet initial de loi pénitentiaire, la Commission nationale consultative des droits de l'homme avait recommandé « *la stricte application du principe de continuité des*

[733] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192 texte n° 1, art. 45 à 56.
[734] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192 texte n° 1, art. 45.
[735] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 9.
[736] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[737] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192 texte n° 1.

soins qui suppose que les traitements médicaux commencés à l'extérieur puissent être poursuivis sans délai en détention »[738]. Conformément au principe de l'équivalence des soins, l'article 46 de la loi pénitentiaire a également précisé que la personne détenue doit bénéficier d'un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population[739]. Enfin, principe directeur de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, le principe de l'indépendance des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire est garanti par l'article 48 de la loi pénitentiaire qui dispose qu'aucun acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues et qu'aucune expertise médicale ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral.

102. Des droits de la personne détenue en matière de santé. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a prévu quelques dispositions spécifiques aux droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Une attention est portée aux personnes atteintes de troubles mentaux. Aux termes de l'article 46 de la loi pénitentiaire, « *l'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention* » et l'administration pénitentiaire « *assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques* ». Cette attention est toutefois minime. En dehors du bilan relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac réalisé à l'entrée en détention, la loi pénitentiaire ne comporte aucune disposition sur la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. L'article 49 de la loi pénitentiaire a ensuite rappelé le droit, pour la personne détenue et comme tout patient, de désigner une personne de confiance[740] en exigeant que cette personne soit titulaire d'un permis de visite. De même, il ressort de l'article 50 de la loi que tout détenu handicapé a le droit de désigner un aidant de son choix[741].

---

[738] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 8 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

[739] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit*., art. 46.

[740] *Ibidem.*, art. 49. Aux termes de cet article, « *doivent être titulaires d'un permis de visite les autorisant à s'entretenir avec les personnes détenues, hors de la présence du personnel pénitentiaire :* […] *3° les personnes de confiance accompagnant et assistant les personnes malades* […] ».

[741] *Ibid*., art. 50. Aux termes de cet article , « *toute personne détenue se trouvant dans la situation de handicap prévue par l'article L. 1111-6-1 du Code de la santé publique a le droit de désigner un aidant de son choix. L'administration pénitentiaire peut s'opposer au choix de l'aidant par une décision spécialement motivée* ».

Et, dans un souci de respecter la dignité des femmes détenues, les dispositions de la loi pénitentiaire ont alors prévu que « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire* »[742]. De manière générale, l'article 22 de la loi pénitentiaire a d'ailleurs réaffirmé le droit des personnes détenues au respect de leur dignité et leurs droits. Aux termes de cet article, « *l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue* »[743].

103. Une remise en liberté anticipée pour raisons médicales. La loi pénitentiaire a renforcé le dispositif de remise en liberté anticipée pour raisons médicales en prévoyant qu'en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, une mesure de suspension de peine, prévue à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, puisse être ordonnée en faveur d'une personne détenue au vu d'un seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle elle est prise en charge[744]. En dehors de toute urgence, la suspension ne pouvait donc être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissaient de manière concordante que le condamné était atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention[745]. De même, elle a créé un nouveau cas d'ouverture de la libération conditionnelle. En effet, eu égard aux dispositions de l'article 729 du Code de procédure pénale, les personnes détenues âgées de plus de soixante-dix ans peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle dès lors que, sans tenir compte des durées de peines accomplies, « *l'insertion ou la réinsertion du condamné est assurée, en particulier s'il fait l'objet d'une prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire*

[742] *Ibid*., art. 52.
[743] *Ibid*., art. 22.
[744] *Ibid*., art. 79.
[745] C. pr. pén., anc. art. 720-1-1 al. 2 modifié par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 51. Conformément aux dispositions de cette loi, une seule expertise médicale suffit désormais à établir que le condamné est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.

ou s'il justifie d'un hébergement, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou si cette libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public »[746].

La loi pénitentiaire traduit ainsi une transposition légale de ces droits reconnus à la personne détenue en matière de santé. Cependant, peut-on aller jusqu'à parler d'une « *consécration de nouveaux droits pour les personnes détenues* »[747] ?

B. Des dispositions législatives illusoires

104. « La loi pénitentiaire : du pareil au pire ». Ce titre de la revue militante de la Section française de l'Observatoire international des prisons prend tout son sens à l'examen des dispositions de la loi pénitentiaire[748]. La loi, dénoncée comme superficielle, a conforté le pouvoir règlementaire (et donc, l'administration pénitentiaire) dans sa toute-puissance. Après une analyse précise du projet initial de loi pénitentiaire, la Commission nationale consultative des droits de l'homme avait pourtant rappelé « *au Gouvernement que l'enjeu essentiel d'une démarche de réforme du droit pénitentiaire est de garantir le respect de l'État de droit en restituant à la loi le domaine qui est le sien dans le champ carcéral, en consacrant l'application du droit commun dans les établissements pénitentiaires et en restaurant la personne détenue comme sujet de droit* »[749].

1) Des dispositions insuffisantes

105. De nombreuses préconisations du Comité d'orientation restreint de la loi pénitentiaire. En juillet 2007, Rachida Dati, garde des Sceaux, ministre de la Justice, a installé un Comité d'Orientation Restreint (C.O.R.) chargé de contribuer à l'orientation des travaux d'élaboration du projet de loi pénitentiaire. L'un des objectifs poursuivis par le

[746] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 82. V. C. pr. pén., art. 729.
[747] SIMONI C.-M., « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : vers de nouveaux droits pour les détenus », *AJDA* 2010, p. 494.
[748] Titre d'un dossier sur la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, édité par la revue *Dedans Dehors* publiée par la Section française de l'Observatoire international des prisons. V. *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71.
[749] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 2 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

Comité est de « *garantir au détenu les droits ordinaires du citoyen* »[750]. Ainsi, en matière de santé, le Comité a formulé seize préconisations dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Est préconisé, en raison de l'impossibilité pour la personne détenue de choisir librement son médecin, de lui permettre de solliciter non seulement, à son entrée en détention, l'avis de son médecin traitant sur la continuité des soins en cours mais aussi, durant son incarcération, de demander un avis extérieur à la détention lors d'un choix thérapeutique majeur (comme une intervention chirurgicale). Le Comité reconnait également de manière explicite le droit à l'interruption volontaire de grossesse pour les femmes détenues dans les conditions de droit commun. En outre, selon le Comité, toute personne détenue peut bénéficier de soins de confort ou d'esthétique, autrement dit des soins non « *absolument nécessaires au maintien de sa santé* »[751]. Il est aussi préconisé d'offrir, aux personnes détenues handicapées, une prise en charge sanitaire et des conditions de détention adaptées à leur handicap. Le Comité a par ailleurs recommandé que tout intervenant en milieu pénitentiaire, qui a connaissance d'informations médicales sur une personne détenue, soit assujetti au secret. De même, est préconisé un accès au dossier médical de la personne détenue dans les conditions de droit commun mais sous réserve d'une consultation des seules informations médicales contenues dans le dossier. Il est encore recommandé qu'il incombe à chaque établissement pénitentiaire de mettre en œuvre une politique de prévention du risque suicidaire.

En somme, le Comité a énoncé que « *la reconnaissance à toute personne détenue d'un droit à la protection de sa santé, en tous points identiques à celle consentie à tout citoyen, constitue une évidence qu'il convient de rappeler* » et que « *ce droit mérite de recevoir des déclinaisons précises* »[752]. Mais la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 n'a pas apporté ces « déclinaisons précises » du droit à la protection de la santé des personnes détenues.

---

[750] COMITÉ D'ORIENTATION RESTREINT DE LA LOI PÉNITENTIAIRE, *Orientations et préconisations*, Ministère de la Justice, 2007, p. 3 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.textes. justice.gouv.fr/art_pix/rapport_cor_20071120.pdf

[751] *Ibidem*, p. 22.

[752] COMITÉ D'ORIENTATION RESTREINT DE LA LOI PÉNITENTIAIRE, *Orientations et préconisations*, Ministère de la Justice, 2007, p. 21 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_cor_20071120.pdf

106. Une loi superficielle. Même si des progrès ont été réalisés depuis l'adoption en Conseil des ministres, le 28 juillet 2008, du projet initial de loi pénitentiaire[753], les dispositions de la loi pénitentiaire restent superficielles, en particulier celles inhérentes à la santé des personnes détenues. La loi pénitentiaire a alors fait l'objet de vives critiques. Elle s'est seulement traduite par « *une simple élévation d'un cran de normes préexistantes dont la valeur juridique était contestable* »[754]. Ainsi que l'a observé le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *la loi pénitentiaire de 2009 comporte des articles de principe sur la santé des personnes détenues et n'a repris aucune des préconisations du COR* [Comité d'orientation restreint de la loi pénitentiaire] »[755]. Pour le Contrôleur général, « *elle n'a de fait pas contribué à une avancée notable sur la question de la santé en prison* »[756]. En matière de santé, les dispositions de la loi pénitentiaire ne sont en effet que la reprise de dispositions générales déjà existantes dans les textes internationaux, comme dans les textes nationaux. Surtout, cette reprise demeure lacunaire. Après l'entrée en vigueur de la loi pénitentiaire, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues a néanmoins été réactualisé en 2012[757]. Cette troisième édition du guide énonce que « *les personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé ce qui signifie qu'elles bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients* »[758]. Une fiche sur les droits des patients a été insérée dans le guide. De manière générale, cette fiche reprend notamment le droit à l'information médicale, le droit au respect du consentement libre et éclairé, le droit de refuser des soins ainsi que le droit de désigner une personne de confiance[759]. De ce fait, il convient de s'indigner que ces droits ne soient expressément

---

[753] D'après un avis rendu sur le projet initial de loi pénitentiaire par la Commission nationale consultative des droits de l'homme, le projet ne comportait aucune disposition sur la poursuite des soins prescrits avant incarcération, les situations de handicap et de dépendance, la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le secret médical et les extractions médicales. V. COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 9 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis- sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

[754] PÉCHILLON É., « Regard d'un administrativiste sur la loi du 24 novembre 2009 », *AJ Pénal* 2009, p. 473. V. aussi, LEROYER Anne-Marie, note sous loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF du 25 novembre 2009, p. 20192, *RTD civ.* 2010, p. 165.

[755] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 126.

[756] *Ibidem*.

[757] Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, NOR : AFSH1238354C.

[758] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 86 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[759] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, 364 p. [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

insérés que dans ce guide méthodologique figurant en annexe d'une circulaire.

Il est assurément regrettable que la loi n'ait pas expressément consacré le droit à la protection de la santé ainsi que les droits qui en découlent comme le droit au consentement libre et éclairé, le droit à l'information médicale ou encore le droit d'accès aux informations concernant le patient. Il est également décevant que la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux ait été oubliée par la loi pénitentiaire. Une attention particulière devrait être prêtée à cette prise en charge. Cette superficialité de la loi pénitentiaire est d'ailleurs renforcée par l'absence de transposition de cette loi dans le Code de procédure pénale[760]. Il ressort d'ailleurs d'un rapport sur l'application de la loi pénitentiaire, rédigé par les sénateurs Nicole Borvo-Cohen-Seat et Jean-René Lecerf, que la santé est un « *volet à compléter* »[761]. Par le biais de cette loi dite pénitentiaire, le législateur aurait dû non seulement énumérer tous les droits reconnus à la personne détenue en matière de santé mais aussi et surtout aménager certains de ces droits du fait de l'incarcération. Il faut se rendre à l'évidence que certains droits du patient ne sont que difficilement applicables voire non applicables en détention (comme le droit au libre choix du médecin).

2) Une réaffirmation de la toute-puissance du pouvoir réglementaire

107. Un leurre au rétablissement de la hiérarchie des normes. Superficielle, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 « *se borne à brosser à grands traits le cadre d'un pouvoir réglementaire conforté dans sa toute-puissance* […] »[762]. La loi proclame en effet des droits en faveur des personnes détenues pour mieux prévoir les restrictions à leur exercice que peut opposer l'administration pénitentiaire. Aux termes de l'article 22 de la loi pénitentiaire, « *l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits* ». Or, en vertu de ce même article, l'administration pénitentiaire peut prévoir des restrictions à l'exercice de ces droits. Ces restrictions peuvent alors résulter des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Afin de modérer la consécration de ces exigences auxquelles l'exercice des droits des personnes est subordonné,

[760] LAURENT S., « La sécurité pénitentiaire est l'ennemie de la sécurité publique », entretien avec Martine Herzog-Evans, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 14.
[761] *Loi pénitentiaire : de la loi à la réalité de la vie carcérale*, Rapport d'information n° 629 (2011-2012) fait au nom de la commission des lois et de la commission pour le contrôle de l'application des lois, déposé au Sénat le 4 juillet 2012, 93 p. [consulté le 10 juin 2013]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-629/r11-629.html
[762] HERZOG-EVANS M., « Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *D.* 2010, p. 31.

le législateur a opté pour la formulation négative suivante : « *l'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que* […] ». Le champ manifestement large des exigences prévues à l'article 22 de la loi pénitentiaire ne laisse pour autant aucun doute sur les possibilités d'interprétation laissées à l'administration pénitentiaire. L'exercice des droits des personnes détenues peut à titre d'exemple être restreint au nom de la sécurité et du bon ordre. Un auteur a très judicieusement fait observer que « *si vous dites à l'administration pénitentiaire qu'elle peut restreindre les droits des prisonniers au nom du "bon ordre" ou de la "sécurité", vous ne lui donnez aucune limite* »[763]. *Saisie par le Gouvernement du projet de loi pénitentiaire adopté en Conseil des ministres et déposé au Sénat le 28 juillet 2008, la Commission nationale consultative des droits de l'homme avait déjà constaté que le projet initial de loi pénitentiaire « entérin[ait] l'approche selon laquelle l'administration pénitentiaire fait prévaloir ses nécessités propres lorsqu'elle est amenée à édicter des règles* ». La Commission avait estimé, dans ces conditions, que « *le droit pénitentiaire ne prend toujours pas en compte la protection des libertés fondamentales de l'individu comme impératif* »[764] mais qu' « *au contraire, il aliène cet impératif en le subordonnant aux exigences de maintien de l'ordre et de la sécurité* »[765]. Au regard des dispositions de ce projet initial, la Commission en avait donc conclu que « *la personne privée de sa liberté d'aller et de venir se trouvera presque toujours dépourvue de droits effectifs, faute d'effet contraignant de la norme pour les services de l'Etat* »[766]. En tout état de cause, la marge de manœuvre laissée par le législateur à l'administration pénitentiaire est telle qu'elle fait peser sur les personnes détenues un risque très important d'arbitraire. Avant l'entrée en vigueur des dispositions de cette loi, seules les contraintes inhérentes à la détention pouvaient justifier que des restrictions soient imposées aux personnes détenues dans l'exercice de leurs droits. Dans un arrêt du 27 mai 2005, le Conseil d'État a en effet jugé que l'exercice des droits et libertés fondamentaux des personnes détenues était subordonné aux seules contraintes

[763] DANIEL S., « La loi pénitentiaire est une loi inapplicable en l'État », entretien avec Dominique Rousseau, Dedans Dehors 2009, n° 70-71, p. 10-13.
[764] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 5 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire
[765] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 2 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire
[766] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, p. 5 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

inhérentes à la détention[767]. Désormais, l'exercice des droits des personnes détenues doit répondre aux exigences de l'administration pénitentiaire prévues à l'article 22 de la loi pénitentiaire. Ainsi, le pouvoir discrétionnaire de l'administration pénitentiaire a été préservé et même élargi.

De même, les quatre décrets d'application de la loi pénitentiaire[768] « *actent de la volonté inébranlable de* [l'administration pénitentiaire] *de ne se laisser dicter sa conduite par quiconque, fusse-t-il législateur* »[769]. Les dispositions relatives aux droits des personnes détenues restent ainsi déterminées par voie réglementaire. Selon la Section française de l'Observatoire international des prisons, « *pas plus grand rendez-vous de la France avec ses prisons tel que promis par Mme Dati en son époque, que point de départ d'une modernisation profonde de notre politique pénitentiaire comme annoncé par Michelle Alliot-Marie, la loi pénitentiaire semble appelée à rester éternellement la propriété exclusive de l'administration du même nom. Tout comme la capacité de ce texte à améliorer ici ou là les conditions de vie et de travail à l'intérieur des murs reste soumise à son bon vouloir. Gageons que les acteurs parlementaires en prennent enfin la pleine mesure* »[770].

Lors de l'examen de constitutionnalité de la loi pénitentiaire, le Conseil constitutionnel a rappelé, dans une décision du 19 novembre 2009, « *qu'il appartient* […] *au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant le droit pénal et la procédure pénale, de déterminer les conditions et les modalités d'exécution*

---

[767] CE, réf., 27 mai 2005, *Section française de l'Observatoire international des prisons, M. Bret, Mme Blandin*, req. n° 280866, Lebon p. 232. V. aussi CE, réf., 8 septembre 2005, req. n° 284803, Lebon 388: « […] *si en raison du renvoi fait par le Préambule de la Constitution de 1958 au Préambule de la Constitution de 1946, la protection de la santé publique constitue un principe de valeur constitutionnelle, il n'en résulte pas, contrairement à ce qu'a affirmé le premier juge que « le droit à la santé » soit au nombre des libertés fondamentales auxquelles s'applique l'article L. 521-2 du code de justice administrative ; que toutefois, entrent notamment dans le champ des prévisions de cet article le consentement libre et éclairé du patient aux soins médicaux qui lui sont prodigués ainsi que le droit de chacun au respect de sa liberté personnelle qui implique en particulier qu'il ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui ; qu'en outre, s'agissant des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires, leur situation est nécessairement tributaire des sujétions inhérentes à leur détention.* »

[768] Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires**,** JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2. V. aussi, Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire, JORF n° 0303 du 31 décembre 2010 texte n° 44 ; Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13 ; Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)**,** JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22783 texte n° 12.

[769] GAUTIER S., « Loi pénitentiaire : l'heure des comptes à rendre », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 19.

[770] *Ibidem*.

des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne »[771]. De façon contradictoire, le Conseil constitutionnel a pourtant déclaré la loi pénitentiaire conforme à la Constitution[772]. Eu égard à cette décision, le Professeur Dominique Rousseau s'interroge : « *Qu'est-ce qu'un État de droit ? C'est un État où l'administration ne définit pas elle-même les règles qu'elle a à appliquer mais où elle est soumise à des règles qui sont déterminées par les élus du peuple, c'est-à-dire le Parlement. Or, là,* […] *en substance, le législateur a dit que c'était à l'administration pénitentiaire de fixer ses propres règles, ses propres restrictions. D'une certaine manière, il a refusé de légiférer. On a donc affaire à une législation d'apparat dont le seul but est de réhabiliter le pouvoir réglementaire dans sa capacité à poser les règles du régime carcéral. En droit c'est ce qu'on appelle une incompétence négative. C'est ce qu'aurait dû censurer le Conseil constitutionnel* »[773]. Cette décision rendue par le Conseil constitutionnel a donc fait l'objet de vives critiques. Ainsi, le Professeur Martine Herzog-Evans a réagi : « *sur le Conseil constitutionnel, je pense qu'il est grand temps que notre pays se dote d'une juridiction suprême constitutionnelle composée de vrais magistrats. Car* […] *on a affaire à des non-spécialistes incapables d'aligner un raisonnement juridique. Même un étudiant en première année de droit aurait fait mieux ! Pourtant face à eux, ils avaient une espèce de grand sac vide : une loi qui renvoie principalement aux décrets, une loi qui, en grande partie, ne trouve aucune traduction dans le Code de procédure pénale et sera donc inapplicable, une loi qui, malgré les quelques avancées qu'ont su arracher certains parlementaires, est à droit constant quand elle ne consacre pas d'authentiques régressions* »[774]. Conformément à l'État de droit, les autorités publiques doivent se conformer aux règles de droit en vigueur[775]. L'administration pénitentiaire n'a pas à définir elle-même les règles qu'elle a à appliquer. Les règles juridiques régissant le service public pénitentiaire doivent donc être établies par le législateur. Mais, pour les personnes détenues, quelle est la différence entre une règle législative et une règle réglementaire ? L'essentiel pour les personnes détenues ne réside finalement pas dans l'autorité qui établit les règles juridiques mais dans le contenu de ces règles. Que la règle soit législative ou réglementaire ce qui intéresse concrètement les personnes détenues, c'est le contenu des droits dont elles

[771] Cons. const., décision n° 2009-593 DC du 19 novembre 2009, considérant n° 3.
[772] Le Conseil a néanmoins déclaré inconstitutionnelle une disposition de la loi pénitentiaire relative à Wallis et Futuna.
[773] DANIEL S., « La loi pénitentiaire est une loi inapplicable en l'État », interview de Dominique Rousseau, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 10.
[774] LAURENT S., « La sécurité pénitentiaire est l'ennemie de la sécurité publique », entretien avec Martine Herzog-Evans, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 14.
[775] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° État de droit.

bénéficient. Et, s'agissant des droits qui leur sont reconnus en matière de santé, la loi pénitentiaire s'est montrée superficielle comme en témoignent les précédents développements. En revanche, pour le juriste, la différence est à la fois symbolique et technique. Symbolique car le rang de la norme illustre le niveau politique de préoccupation. Ainsi, en matière pénitentiaire, l'évolution part du niveau des circulaires (années 1950-1970), puis les arrêtés (années 1980), puis les décrets (années 1990-2000), puis la loi et demain les règles européennes. Sur le plan technique, c'est le mode de contrôle a priori et a posteriori qui importe.

Conclusion du Chapitre 2

108. Une timide transposition des droits du patient. Si la conquête du statut de patient en faveur de la personne détenue a suivi une dynamique substantielle impulsée par des normes et recommandations internationales, la transposition des droits du patient à l'égard de la personne détenue demeure incomplète. Certes, l'intervention du législateur pour une reconnaissance en faveur de la personne détenue de droits en matière de santé témoigne d'une élévation du niveau politique de préoccupation et d'une volonté de garantir le respect de l'État en prison et ce, en particulier dans le domaine de la santé. Néanmoins cette intervention reste discrète. La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a affirmé dans un discours présentant la Stratégie nationale de santé[776] tenu, à Paris, le 23 septembre 2013, qu' « *il faut entrer de plain-pied dans le nouvel âge de la démocratie sanitaire. Le ministère de la santé fut celui de l'hôpital, puis des professions de santé : il doit être aussi celui des patients.* […] *Il nous faudra franchir une autre étape, en prolongeant le grand mouvement en faveur des droits des malades initié par la loi du 4 mars 2002. La qualité d'un modèle de santé publique se mesure désormais à la place qu'il accorde aux patients* »[777]. Pour cela, il faut parvenir à atteindre l'idéal de la démocratie sanitaire qui est de protéger les populations les plus vulnérables, comme les personnes détenues, et tendre à une égalité en matière de santé[778]. Cet objectif de faire entrer pleinement la démocratie sanitaire en prison reste à atteindre. L'adoption de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a mis fin à un droit pénitentiaire essentiellement réglementaire, en particulier dans le domaine de la santé. Si la loi pénitentiaire a consacré certains droits du patient énoncés par la loi de 4 mars 2002 et que cette loi du 4 mars 2002 ne prévoit aucune discrimination à l'encontre des personnes détenues, leur intégration au sein de la démocratie sanitaire n'est pas pleine et doit donc être

[776] Lancé le 8 février 2013 par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, à l'occasion d'une visite du centre hospitalier universitaire de Grenoble, la Stratégie nationale de santé détermine « *le cadre de l'action publique pour les années à venir pour combattre les injustices et les inégalités de santé comme d'accès au système de soins* » et repose sur trois grands axes : la prévention, l'organisation des soins et la démocratie sanitaire. V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir*, 2013, 8 p. [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf

[777] Discours de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, sur la Stratégie nationale de santé, Paris, 23 septembre 2013 [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/presentation-de-la-strategie,16253.html

[778] DEMAILLY L., « Variations de la "démocratie sanitaire" et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies*, 18 juin 2014 [consulté le 29 septembre 2016]. Disponible sur : https://sociologies.revues.org/4653# quotation

renforcée. Pour parvenir à une égalité en matière de protection de la santé, il faut non seulement que le droit pénitentiaire consacre pleinement tous les droits dont bénéficie la personne détenue comme tout patient mais aussi que le droit pénitentiaire prévoie l'aménagement de ces droits du fait de l'incarcération. Si la reconnaissance du droit à la protection de la santé des personnes détenues ne fait aucun doute, les déclinaisons de ce droit restent floues et incertaines.

Conclusion du Titre 1

109. Une conquête du statut du patient inachevée et ineffective. À travers la dynamique institutionnelle et la dynamique substantielle précédemment analysées, la conquête du statut de patient a poursuivi l'objectif d'intégrer les personnes détenues dans le système de santé publique et ce, en vue d'en faire un usager de ce système comme tout autre patient. Suite au décloisonnement de la prise en charge de la santé des personnes détenues, les établissements de santé sont intervenus pour organiser le dispositif de soins mettant ainsi fin à la médecine pénitentiaire. Cette intégration de la question de la santé des personnes détenues dans la politique de santé publique s'est accompagnée d'une transposition attendue des droits des patients à l'égard de la personne détenue. Cela témoigne alors, sur un plan théorique, d'une reconnaissance de droits en matière de santé à l'égard de la personne détenue. Or, la réalité est tout autre. La conquête du statut de patient est loin d'être achevée. Il est primordial que les autorités nationales se saisissent pleinement de la question de la santé des personnes détenues. Afin d'assurer le respect de l'État de droit en prison, il est nécessaire que les droits du patient soient légalement transposés en faveur de la personne détenue. La personne détenue doit être traitée certes comme tout patient mais aussi comme un « patient détenu ». Autrement dit, les droits du patient doivent, si leur jouissance effective le justifie, être aménagés du fait de l'incarcération. Chacun des droits reconnus au patient doit explicitement être reconnu à la personne détenue et pour chacun de ces droits, des aménagements doivent être prévus si nécessaire. Si ces aménagements doivent être fixés par le législateur, ce dernier doit avoir une vision pratique des obstacles à l'effectivité des droits rencontrés en milieu pénitentiaire et doit alors concerter les personnels pénitentiaires et de santé intervenant en milieu carcéral.

La présente étude tente d'apporter les réponses attendues. Aussi, à travers l'affirmation d'une nécessaire adaptation des droits se pose la question de l'effectivité de ces droits. La mesure de l'effectivité tient compte des « *effets qui sont en adéquation avec la finalité de la règle de droit qui les produit, qu'il s'agisse d'effets voulus ou d'effets non désirés mais désirables, ou même d'effets non prévus tant qu'ils ne sont pas contradictoires avec la dite finalité* »[779].Qu'en est-il de l'effectivité de ces droits ? Il n'est pas possible de

[779] LEROY Y. [dir. MARRAUD C.], *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail,* Thèse de doctorat d'Université, Droit privé, Nancy, Université Nancy 2, 2008, p. 415.

répondre à cette question sans mesurer l'incidence du statut de personne détenue sur la jouissance des droits reconnus à tout patient.

TITRE 2

L'INCIDENCE DU STATUT DE PERSONNE DÉTENUE

« *Les nécessités sanitaires peinent à s'imposer dans un milieu carcéral où la sécurité prime toute autre considération* »[780].

110. Un patient qui reste détenu. Il a été vu que le principe de normalisation tend, en matière de santé, à ce que les personnes détenues bénéficient d'une prise en charge équivalente à celle dont jouit la population générale et ainsi, à leur reconnaître des droits à l'instar de tout patient. En somme, les patients détenus doivent bénéficier d'un traitement « normalisé » autrement dit, équivalent à celui proposé en milieu libre, sans être d'une qualité inférieure ni même supérieure. Les personnes détenues se sont ainsi vues transposer les droits reconnus à tout patient. Si les personnes détenues peuvent de ce fait être considérées comme des patients comme les autres, il n'en demeure pas moins que ces patients restent privés de liberté. La pleine application du principe de normalisation reste donc complexe eu égard aux incidences de la privation de liberté sur l'effectivité des droits de la personne détenue en matière de santé.

111. Des droits du patient en quête d'effectivité : notion d'effectivité. Le terme « effectivité » a été formé à partir de l'épithète « effectif » du latin classique *effectus* signifiant « *actif, qui produit un effet* »[781]. Cette notion d'effectivité appartient à la sociologie du droit (ou sociologie juridique), « *branche de la sociologie qui prend les phénomènes juridiques*

[780] OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France, Rapport 2011*, Paris, La Découverte, 2012, p. 140.
[781] Dérivé du latin médiéval *effectivus.*

pour objet d'étude »[782]. Selon le Doyen Jean Carbonnier, la sociologie du droit s'efforce de découvrir les causes sociales qui ont produit les règles juridiques et les effets sociaux que ces règles produisent[783]. Elle se distingue ainsi du droit dogmatique qui étudie les règles de droit en elles-mêmes[784]. Alors que le juriste s'attache traditionnellement au contenu de la règle de droit, le sociologue s'intéresse aux interactions entre le droit et le fait. En étudiant les phénomènes d'effectivité et d'ineffectivité de la règle de droit, la sociologie juridique cherche à apprécier la reconnaissance et la mise en œuvre du droit – *a contrario* son ignorance et son rejet – par la société et ainsi, à évaluer « *les méconnaissances et les résistances de* [la] *concrétisation sociale* »[785] du droit.

112. L'exigence d'effectivité dans la définition de la règle de droit : entre tradition et modernisme. La règle de droit – ou règle juridique ou norme juridique – est la « *règle de conduite dans les rapports sociaux, générale, abstraite et obligatoire, dont la sanction est assurée par la puissance publique* »[786]. L'effectivité d'une règle de droit renvoie traditionnellement à son application réelle. En d'autres termes, l'effectivité de la norme est assurée lorsque les sujets de droits s'y conforment, que les autorités chargées de sa mise en œuvre l'exécutent et enfin, lorsque toute violation donne lieu à une sanction. N'est ainsi effective qu'une règle de droit respectée ou sanctionnée. Eu égard à cette conception manifestement réductrice, les normes n'auraient qu'une fonction impérative et répressive. Or, elles n'imposent pas toutes systématiquement une conduite déterminée à leurs destinataires et, en cas de violation, n'entraînent pas nécessairement une sanction. En tout état de cause, l'exigence d'effectivité, dans la définition de la règle de droit, n'est que relative. La règle de

[782] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Sociologie juridique. D'après Jean Carbonnier, le degré de juridicité varie selon les phénomènes juridiques. Il importe alors de distinguer les phénomènes juridiques primaires (loi, jugement, décision administrative) des phénomènes juridiques secondaires (famille, propriété, contrat, responsabilité, etc.). Les premiers s'identifient au droit ou en sont créateurs. Les seconds se composent certes, d'un élément de droit, mais pas uniquement. Les mœurs, l'éthique, l'économie, le langage, etc. peuvent s'y ajouter. Peu importe l'intensité du caractère juridique du phénomène social, la sociologie juridique l'englobe dans sa totalité. La sociologie juridique est ainsi étendue à tous les phénomènes sociaux dans lesquels figure un élément de droit. V. CARBONNIER J., *Sociologie juridique*, Paris, P.U.F., 1978, p. 16.
[783] CARBONNIER J., *Sociologie juridique*, Paris, P.U.F., 1978, p. 21.
[784] *Ibidem*.
[785] ARNAUD A.-J. [dir.], *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, L.G.D.J., 1993, V° Effectivité.
[786] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, *op. cit.*, V° Règle de droit ou règle juridique.

droit peut n'être que partiellement effective ou partiellement ineffective. L'effectivité est ainsi indissociable de son antonyme, l'ineffectivité[787].

En limitant l'effectivité à la seule application de la règle de droit et en conduisant ainsi à un constat « du tout au rien », cette conception ne tient pas compte, selon Yann Leroy, de la diversité et de la spécificité des normes juridiques[788]. Pour certains auteurs, l'effectivité est assimilée à une utilisation de la norme juridique. Dans ce sens, François Ost et Michel Van de Kerchove estiment que l'effectivité d'une règle de droit consiste en la « […] *capacité de la règle à orienter le comportement de ses destinataires dans le sens souhaité par le législateur* »[789]. L'effectivité de la règle de droit dépend de l'utilisation de la règle comme modèle par les destinataires afin de guider leur conduite. Pour d'autres auteurs, l'effectivité est rattachée aux effets produits par une utilisation de la norme juridique. Mesurer l'effectivité d'une règle de droit consiste alors à évaluer dans quelle mesure cette règle a été utilisée dans les faits par les individus concernés. Faut-il néanmoins s'intéresser à tous les effets produits par la norme juridique pour en mesurer l'effectivité ? La réponse n'est pas unanime[790].

Yann Leroy répond par la négative et fait le choix d'une conception modérée de l'effectivité. En partant du postulat que la norme juridique est un modèle de conduite, il retient que la mesure de l'effectivité tient compte des « *effets qui sont en adéquation avec la finalité de la règle de droit qui les produit, qu'il s'agisse d'effets voulus ou d'effets non*

---

[787] Selon Jean Carbonnier, l'ineffectivité n'est pas forcément synonyme d'absence totale d'effectivité. Des cas d'ineffectivité partielle existent. Il propose d'analyser des phénomènes d'ineffectivité afin d'apprécier cette exigence d'effectivité dans la définition de la règle de droit. L'ineffectivité s'avère totale dans deux hypothèses, celle de l'inapplication originelle des lois et celle de la désuétude. Ces hypothèses d'ineffectivité totale sont rares. L'ineffectivité n'est dans bien des cas que partielle. Elle est alors statistique ou individuelle. Jean Carbonnier ajoute également que l'effectivité d'une norme varie également en fonction du comportement de ses destinataires. Il existe deux catégories de destinataires : les destinataires primaires et les destinataires secondaires. Les destinataires primaires de la règle de droit sont les assujettis qui doivent y conformer leur conduite. Parmi les destinataires secondaires figurent les autorités chargées d'assurer l'application de la règle de droit. Ainsi, une norme juridique peut être effective à l'égard de ses destinataires primaires sans l'être pour ses destinataires secondaires et inversement. Les différentes causes d'ineffectivité, mentionnées précédemment, sont par conséquent à prendre en considération avant de juger de l'effectivité ou de l'ineffectivité d'une règle de droit. La primauté des états intermédiaires entre l'effectivité totale et l'ineffectivité totale révèle la nécessité de dépasser la conception classique, extrêmement réductrice, de la notion d'effectivité. V. CARBONNIER J., « Effectivité et ineffectivité de la règle de droit », *Année sociologique* 1958, p. 3-17.

[788] LEROY Y., « La notion d'effectivité du droit », *Droit et Société* 2011, n° 79, p. 722. Des conceptions extensives de la notion d'effectivité ont par la suite été proposées. Yann Leroy a longuement analysé ces conceptions modernes.

[789] OST F., VAN DE KERCHOVE M., *De la pyramide au réseau. Pour une théorie dialectique du droit*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2002, p. 329, cité par LEROY Y., « La notion d'effectivité du droit », *Droit et Société* 2011, n° 79, p. 724.

[790] Pour aller plus loin, LEROY Y., *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail,* Thèse de doctorat d'Université, Droit privé, Nancy, Université Nancy 2, 2008, p. 378-385.

désirés mais désirables, ou même d'effets non prévus tant qu'ils ne sont pas contradictoires avec la dite finalité »[791]. Une norme n'est alors effective que si elle produit des effets adéquats à sa finalité[792]. Si cette conception de l'effectivité ne retient pas tous les effets produits par la règle de droit, elle reste néanmoins extensive en ce qu'elle vise tous les effets qui n'entrent pas en contradiction avec la finalité de la règle de droit. Sont alors écartés du champ de l'effectivité, les effets pervers du droit à savoir, les effets non désirés et indésirables, contraires à la finalité de la norme juridique.

113. L'effectivité, un outil d'évaluation pour le juriste. Traditionnellement ignorée du juriste[793], l'effectivité apparaît comme « […] *un objet indispensable d'inquiétude pour les juristes soucieux de convaincre qu'ils ne s'enferment pas dans "l'univers abstrait des règles" et sont attentifs à l'inscription de celles-ci dans les pratiques sociales* »[794]. Évaluer le droit en matière d'effectivité (ou d'ineffectivité) permet alors au juriste de mesurer l'état du droit en observant et analysant les effets produits par la norme ainsi que leur compatibilité avec la finalité de celle-ci. Pour user de cet instrument, le juriste ne doit pas se contenter d'une approche purement juridique mais adopter une approche interdisciplinaire (scientifique, économique, sociologique, psychologique…)[795]. Par conséquent, s'intéresser à l'effectivité

[791] LEROY Y., *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail, op. cit.*, p. 415.

[792] Il convient de ne pas confondre l'effectivité, l'efficacité et l'efficience d'une norme juridique. Chacun de ces termes correspond à un niveau d'observation de la réception du droit dans les pratiques sociales. Ces termes sont fréquemment utilisés comme synonymes et ce, à tort. Le terme « efficacité » renvoie aux effets souhaités par les normes juridiques, aux effets pour lesquels elles ont donc été établies. Contrairement à l'effectivité, l'efficacité ne tient compte, parmi les effets produits par la norme juridique, que des effets désirés. Évaluer l'efficacité d'une norme juridique consiste à mesurer sa capacité à atteindre les fins pour lesquelles elle a été édictée (« *rapport output/goal* »). Quant à l'efficience d'une norme juridique, elle se traduit par une optimisation du rapport entre le résultat procuré et l'objectif fixé. Notion principalement économique, l'efficience mesure ainsi le rapport entre le résultat obtenu et le coût nécessaire pour y parvenir, dit « *rapport output/input* ». Une règle de droit s'avère inefficiente si les ressources utilisées pour atteindre les résultats attendus ne sont pas moindres. Si le coût nécessaire à l'obtention de ces résultats est trop élevé, la norme est efficace mais certainement pas efficiente. V. LEROY Y., *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail, op. cit.*, p. 324-332 et 273-274 ; ARNAUD A.-J. [dir.], *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, L.G.D.J., 1993, V° Effectivité.

[793] FILALI MEKNASSI R., « L'ineffectivité : la revanche des faits sur les prétentions de la règle formelle » in AUVERGNON P. [dir.], *L'effectivité du droit du travail : à quelles conditions ?*, Actes du séminaire international de droit comparé du travail, des relations professionnelles et de la sécurité sociale, COMPTRASEC, 2006, p. 55.

[794] JEAMMAUD A., « Le concept d'effectivité du droit » in AUVERGNON P. [dir.], *L'effectivité du droit du travail : à quelles conditions ?*, Actes du séminaire international de droit comparé du travail, des relations professionnelles et de la sécurité sociale, 2e éd., Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2008, p. 36 cité par LEROY Y., « La notion d'effectivité du droit », *Droit et Société* 2011, n° 79, p. 717.

[795] V. RANGEON F., « Réflexions sur l'effectivité du droit » in LOCHAK D. [dir.], *Les usages sociaux du droit*, Paris, PUF, 1989, p. 445 ; LEROY Y., *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail, op. cit.*, p. 479 ; CHAMPEIL-DESPLATS V., « Effectivité et droits de l'homme : approche théorique » in CHAMPEIL-DESPLATS V., LOCHAK D. [dir.], *À a recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 11-26.

des normes juridiques implique, certes de mesurer leur degré d'effectivité mais surtout, de comprendre les raisons de leur effectivité ou ineffectivité[796]. En ce sens, l'objectif pour le juriste est de déceler les conditions d'une meilleure effectivité des normes juridiques. C'est particulièrement le cas pour l'effectivité des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé.

Eu égard aux incidences de la privation de liberté sur l'effectivité des droits du patient, la normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues se révèle menacée. La tâche du juriste consiste alors à étudier et à rechercher quelles sont ces incidences, causes d'effectivité ou d'ineffectivité partielle ou totale. Si la privation de liberté peut en effet justifier des garanties renforcées voire spécifiques, il reste que l'effectivité des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé se heurte aux réalités carcérales. Dans ces conditions, les incidences de la privation de liberté sur l'effectivité des droits du patient apparaissent positives (chapitre 1) comme négatives (chapitre 2).

[796] RANGEON F., « Réflexions sur l'effectivité du droit » in LOCHAK D. [dir.], *Les usages sociaux du droit*, Paris, PUF, 1989, p. 445.

CHAPITRE 1 :
DES QUELQUES INCIDENCES POSITIVES

« *La finalité (telos) de la prison n'est pas le soin mais la sanction, ce qui n'empêche pas que la prison puisse être une occasion (kairos) de soin. La prison n'est pas un lieu de soin, c'est un lieu où l'on soigne* »[797].

114. Des gages d'effectivité des droits du patient. Comme tout patient, la personne détenue bénéficie du droit à la protection de la santé et de ses corollaires. Toutefois, en raison du « particularisme »[798] des patients détenus (section 1), des mesures de protection particulière ont été mises en place et renforcent l'effectivité des droits du patient reconnus à chaque personne détenue (section 2).

Section 1 : Des patients particuliers

« *La prison est un endroit où il y a plus de pathologies, plus de situations de risque et donc qui appelle notre attention* »[799].

115. Des patients particulièrement vulnérables. Le mot « vulnérable » vient du latin tardif *vulnerabilis* « *qui peut être blessé* », « *qui blesse* »[800]. Aussi, une personne vulnérable

[797] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 173.
[798] THIERRY J.-B., « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », in MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 46-49 [consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/ 30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf
[799] Propos tenus par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors de la visite de la maison d'arrêt du Mans-Les Croisettes, le 19 décembre 2014, avec Christiane Taubira, garde des Sceaux, ministre de la Justice, à l'occasion du 20ème anniversaire de la loi n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale.

est celle sujette à des atteintes physiques et/ou psychiques. Tout être humain présente donc un état de vulnérabilité. Toutefois, certaines personnes sont particulièrement vulnérables en raison de leur état, de leur faiblesse ou de la situation particulière dans laquelle elles se trouvent. D'après Anne Simon, la personne vulnérable est une victime éventuelle ou potentielle[801]. En d'autres termes, une personne à qui un dommage n'a pas encore été causé mais « *qui à raison de son état, de sa faiblesse ou d'une situation particulière risque de se trouver particulièrement exposée* »[802]. La personne détenue est-elle une victime éventuelle ou potentielle ? Du fait de la privation de liberté, la personne détenue est-elle particulièrement exposée ? Autrement dit, est-elle particulièrement vulnérable ?

La privation de liberté est particulièrement vulnérante eu égard aux pressions qu'elle exerce sur le corps et l'esprit de la personne détenue. L'institution carcérale veille à dresser le corps et l'esprit des personnes privées de liberté[803]. Selon le Dictionnaire de l'Académie française, le terme « vulnérable » signifie d'ailleurs « *qui peut être attaqué, qui offre prise* »[804]. En ce sens, le corps et l'esprit de la personne détenue sont des objets au travers desquels le pouvoir de l'autorité pénitentiaire s'affirme. Le pouvoir vulnérant de l'autorité pénitentiaire résulte alors des aspects totalitaires de l'institution carcérale. Le sociologue américain Erving Goffman a ainsi décrit la prison comme une « *institution totale* » en ce que cette institution gère la totalité des aspects de la vie en détention des personnes qu'elle a sous sa garde[805]. En somme, la personne est totalement dépendante de l'administration pénitentiaire, notamment de par la restriction de ses mouvements et de son espace vital mais aussi de par la gestion de son temps. Une personne vulnérable peut alors être définie comme une « *personne significativement diminuée dans l'exercice de ses capacités essentielles* »[806]. De ce fait, cette forte dépendance expose la personne détenue au pouvoir vulnérant de

---

[800] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Vulnérable [consulté le 21 mai 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

[801] SIMON A., « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 16. V. aussi SIMON A., *Les atteintes à l'intégrité des personnes détenues imputables à l'État. Contribution à la théorie des obligations conventionnelles européennes*, Thèse de doctorat d'université, droit privé, Paris, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2013.

[802] ALT-MAES F., « Le concept de victime en droit civil et en droit pénal », *RSC* 1994, p. 35-66 cité par SIMON A., « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 16.

[803] FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975. Cf. *supra* n° 11.

[804] *Dictionnaire de l'Académie française, Tome premier A-G*, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Vulnérable.

[805] GOFFMAN E. [LAINÉ L. et C. trad.], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979. Cf. *supra* n° 10.

[806] SIMON A., « La vulnérabilité du détenu », *op. cit.*, p. 17.

l'autorité pénitentiaire et la place dans un état de vulnérabilité[807]. Cela étant, la vulnérabilité de la personne détenue résulte de son statut de personne privée de liberté[808]. La privation de liberté suffit en elle-même à rendre vulnérable et ce, eu égard à son caractère manifestement pathogène (§2.). Néanmoins, les personnes détenues sont bien souvent exposées, avant leur incarcération, à des difficultés socio-économiques et à des problématiques de santé. Aussi, il n'est pas rare que les personnes détenues se trouvent déjà dans une précarité sanitaire avant de faire l'objet d'une mesure d'incarcération (§1.).

§1. Une précarité sanitaire pré-carcérale

« *La prison est* […] *devenue un lieu de prise en charge médicale de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer, véritable observatoire de la précarité* »[809].

116. Des individus à risques. D'après l'enquête sur la santé des entrants en prison intitulée « *Fiche santé entrant de l'état de liberté* » réalisée, en 2003, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.), l'état de santé général des entrants en prison est jugé bon pour 80,3 % et moyen pour 18 %[810]. Si l'état de santé n'est donc mauvais que pour 1,7 % des entrants, ces derniers sont néanmoins exposés, avant leur incarcération, à d'importantes difficultés socio-économiques et problématiques de santé qui accentuent leur vulnérabilité en détention.

Les développements à venir se fondent essentiellement sur les résultats de l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques il y a près de douze ans. Aucune évaluation de l'état de santé des entrants en prison n'a depuis lors été

[807] Dans un arrêt du 6 décembre 2013, le Conseil d'État a jugé qu' « *en raison de la situation d'entière dépendance des personnes détenues vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, l'appréciation du caractère attentatoire à la dignité des conditions de détention dépend notamment de leur vulnérabilité, appréciée compte tenu de leur âge, de leur état de santé, de leur handicap et de leur personnalité, ainsi que de la nature et de la durée des manquements constatés et des motifs susceptibles de justifier ces manquements eu égard aux exigences qu'impliquent le maintien de la sécurité et du bon ordre dans les établissements pénitentiaires, la prévention de la récidive et la protection de l'intérêt des victimes* ». V. CE, section, 6 décembre 2013, *M.A.B.*, req. n° 363290.

[808] SIMON A., « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, *op. cit.*, p. 16.

[809] OBRECHT O., « Des progrès pour la santé en prison », *Projet* 2002, n° 269 [consulté le 11 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.revue-projet.com/articles/2002-1-des-progres-pour-la-sante-en-prison/

[810] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 5-10 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

réalisée[811]. En tout état de cause, l'ancienneté de cette enquête témoigne de l'insuffisance des connaissances sur l'état de santé actuel des entrants en détention. Pourtant, « *la prise en charge sanitaire des détenus nécessite une connaissance régulière de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison* »[812]. Cette insuffisante connaissance a d'ailleurs été dénoncée[813].

Il ressort de la présente étude qu'avant leur incarcération, les personnes détenues sont exposées à des difficultés socio-économiques et à des problématiques de santé.

A. Des difficultés socio-économiques

117. Un faible niveau éducatif et des difficultés d'insertion professionnelle[814]. La population détenue se caractérise par un faible niveau éducatif. Les entrants en prison sont fréquemment en situation d'échec scolaire marquée par une déscolarisation prématurée sans qualification. Si ce décrochage scolaire est susceptible de favoriser la commission d'actes de délinquance, l'inverse s'est tout aussi avéré. L'entrée en délinquance incite souvent les jeunes individus à décrocher du système scolaire. Ainsi, en 2011, d'après une évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues menée par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection des services judiciaires, 49 % des personnes détenues n'avaient aucun diplôme, 80 % d'entre elles ne dépassaient pas le niveau du certificat d'aptitude professionnelle (C.A.P.), 29 % étaient issues de cursus courts ou d'échecs du système scolaire, 27 % avaient échoué au bilan de lecture et 12 % étaient en

[811] Les résultats de cette enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ont d'ailleurs été repris par l'Institut de veille sanitaire, dans une enquête relative à l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. V. GODIN-BLANDEAU É., VERDOT C., DEVELAY A.-E., *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, juin 2014, 94 p. [consulté le 15 juin 2014]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenues-en-France-et-a-l-etranger

[812] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 1 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

[813] Par exemple in BLANC É., Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, déposé, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à l'Assemblée nationale, 8 juillet 2009, p. 17 [consulté le 10 octobre 2010]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1811.pdf

[814] V. aussi DE BEAUREPAIRE C., « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 2012, n° 40, p. 125-146.

situation d'illettrisme[815]. En 2002, nettement supérieur à celui de la population générale, le taux d'illettrisme[816] de la population détenue s'élevait à 15 %[817], contre 7 % pour la population générale[818]. Par ailleurs, le Comité Consultatif National d'Ethique avait précisé, en 2006, dans son avis n° 94 relatif à la santé et à la médecine en prison, que « *le faible niveau de scolarisation des détenus, par rapport à la population générale, est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivent en prison un enseignement du premier degré* »[819]. En raison de ce faible niveau éducatif, les entrants en prison sont alors exposés, avant leur incarcération, à des difficultés d'insertion professionnelle. En 2003, plus de 60 % des personnes incarcérées n'avaient pas d'activité professionnelle[820].

118. Un isolement familial et social. Au moment de l'incarcération, certains entrants en prison sont sujets à une instabilité ou même une rupture familiale et à un isolement affectif et social. Certains entrants en prison ont parfois été soumis à des actes de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. En outre, en 2003, si 80% des entrants en prison ont certes déclaré avoir, avant l'incarcération, un domicile stable, une proportion importante d'entrants a indiqué être hébergée dans un domicile précaire ou être sans abri (17 %), soit près de deux entrants sur dix[821].

119. Une protection sociale fragile et des aides à la protection sociale. Si, en 2003, 66 % des entrants en prison ont déclaré, à leur arrivée en détention, être affiliés aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale, près de 14 % ont

---

[815] INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 15 [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf

[816] D'après l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (A.N.L.C.I.), « *on parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante* ». L'illettrisme se distingue de l'analphabétisme qui renvoie aux « *personnes qui n'ont jamais été scolarisées* ». V. sur le site Internet de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme [consulte 5 mai 2015]. Disponible sur : http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions

[817] Pourcentage communiqué par l'Administration pénitentiaire en 2012.

[818] D'après l'enquête Information et Vie Quotidienne 2004-2005 réalisée par l'INSEE et dont les chiffres ont été rendus public le 18 décembre 2012.

[819] COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (CCNE), *La santé et la médecine en prison*, avis n° 94, 2006, p. 6 [consulté le 10 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf

[820] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 11 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

[821] *Ibidem*.

signalé ne pas avoir de protection sociale[822]. Grâce, entre autres, à la mise en place de la couverture maladie universelle (C.M.U.) et à l'aide médicale de l'État (A.M.E.), les personnes détenues peuvent bénéficier d'une aide à la protection sociale. À ce titre, 17 % des entrants en prison ont déclaré jouir, au moment de leur incarcération, de la couverture maladie universelle, et, près de 1% de l'aide médicale de l'État[823]. Ces proportions sont nettement plus élevées que pour la population générale. En 2003, seulement 2,5 % de la population générale ont bénéficié de la couverture maladie universelle et 0,25 % de l'aide médicale de l'État, soit respectivement sept fois moins et presque cinq fois moins que la population détenue[824].

120. Un recours au système de santé limité. Lors de l'entrée en détention, il est loin d'être exceptionnel qu'une personne détenue rencontre, pour la première fois, des professionnels de santé. L'implication thérapeutique des personnes détenues est parfois limitée voire inexistante. En 2003, près de six entrants en prison sur dix ont déclaré avoir eu au moins un recours au système de santé dans les douze mois précédant leur incarcération[825]. Pour 53 % des entrants, il a alors été question d'une consultation ou visite médicale ou d'un suivi gynécologique. Toutefois, ce recours au système de santé a été, en 2003, plus faible pour les entrants en prison, avant leur incarcération, que pour la population générale[826]. En effet, en milieu libre, près des deux tiers des hommes âgés de 18 à 24 ans, et 70 % de ceux âgés de 25 à 54 ans, ont consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédents[827]. Un manque d'éducation à la santé ainsi que les difficultés précédemment évoquées peuvent alors justifier ce recours limité au système de santé par les entrants en prison, avant leur incarcération.

---

[822] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 11 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf
[823] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*
[824] *Ididem*.
[825] *D'après* la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le recours au système de soins varie notablement chez les nouveaux détenus en fonction de leur niveau de protection sociale et de leur état de santé et ce, comme pour l'ensemble de la population. Pour aller plus loin : MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 2 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf
[826] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*, p. 2.
[827] Ces statistiques sont le résultat d'une enquête « santé et protection sociale », réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé et citée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques in MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*, p. 2.

B. Des problématiques de santé

121. Une prévalence des pathologies infectieuses (VIH, VHB, VHC). D'après le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) est quatre fois et demie plus élevée chez les personnes détenues que dans la population générale[828]. La prévalence du virus de l'hépatite C (V.H.C.) est, quant à elle, cinq fois supérieure chez les personnes détenues que dans la population générale. En 2003, 17 % des entrants en détention ont déclaré avoir eu recours, avant l'incarcération, à des tests de dépistage du sida, de l'hépatite B et de l'hépatite C. De même, 3,5 % des entrants ont signalé avoir une séropositivité (VIH, VHC ou VHB) au moment de l'incarcération[829]. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a fait état d'une faible protection vaccinale contre le virus de l'hépatite B. En 2003, seuls trois entrants en détention sur dix ont indiqué avoir bénéficié d'une vaccination complète contre ce virus[830]. Les comportements à risques adoptés par les personnes détenues, avant leur incarcération, sont en outre particulièrement importants. Les pratiques sexuelles non protégées accroissent considérablement le risque de transmission des maladies sexuelles et ce, notamment chez les usagers de drogues. Malgré les politiques de prévention, la pratique du partage de seringue est encore fortement répandue chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Les injections sont aussi fréquemment pratiquées en toute méconnaissance des règles élémentaires d'hygiène. Les piercings et les tatouages peuvent également s'avérer être des pratiques à risques de contamination. Près d'un quart de la population détenue a déclaré, en 2003, avoir un piercing ou un tatouage[831].

122. Une santé bucco-dentaire dégradée. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé bucco-dentaire consiste en « *l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les*

[828] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, p. 7 [consulté le 21 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[829] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, tableau n° 3, p. 3 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

[830] *Ibidem*.

[831] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*, tableau n° 2, p. 2.

gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial »[832]. La population détenue présente un risque élevé de santé bucco-dentaire dégradée par rapport à l'ensemble de la population. En 2003, l'état bucco-dentaire d'un entrant en détention sur deux a été jugé comme nécessitant des soins non urgents à programmer. Par contre, 2,7 % des entrants ont nécessité des soins urgents[833].

Cet état de santé bucco-dentaire dégradé s'explique par un certain nombre de facteurs de risque liés à une absence d'éducation à la santé, à une mauvaise hygiène de vie, à la prévalence des maladies infectieuses, aux pratiques addictives et, de manière plus générale, aux difficultés socio-économiques rencontrées par les personnes détenues avant leur incarcération, en particulier au recours limité au système de santé[834].

123. De nombreuses pathologies psychiatriques. La santé mentale des personnes détenues lors de leur incarcération se révèle être, dans bien des cas, précaire[835]. En 2003, près d'un entrant en détention sur dix a déclaré avoir été suivi régulièrement ou hospitalisé en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération et 6 % d'entre eux avaient d'ailleurs un traitement en cours par des psychotropes[836]. En outre, 6 % des entrants en détention ont révélé avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération[837].

À l'arrivée en détention, près de 15 % des entrants ont déclaré un traitement en cours par psychotropes. Parmi eux, 5,1 % des entrants ont révélé un traitement par antidépresseurs, 4,5 % un traitement par neuroleptiques et 12 % un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques[838]. Lors de l'examen médical d'entrée en détention, près d'un entrant en détention sur dix s'est vu prescrire une consultation en psychiatrie. Pour autant, cette prescription ne concerne que

---

[832] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Santé bucco-dentaire », *Aide mémoire* n° 318, avril 2012 [consulté le 22 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/

[833] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, tableau n° 2, p. 2, *op. cit.*

[834] Pour aller plus loin : FOLLIGUET M., *La santé bucco-dentaire des personnes détenues*, Direction générale de la santé, 2006, 31 p. [consulté le 22 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La _sante_ bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf

[835] Pour aller plus loin : VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013.

[836] D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « *la consultation d'un professionnel de santé mentale au moins une fois dans l'année n'a concerné qu'environ un homme sur trente âgé de 12 à 75 ans* ». MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*

[837] La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a relevé que « *dans l'ensemble de la population, les tentatives de suicide ayant nécessité une hospitalisation n'ont concerné, au cours de l'année 2002, qu'environ un homme âgé de 15 à 44 ans sur trois cent soixante-quinze* ». MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*

[838] *Ibidem*.

44 % des entrants suivis régulièrement ou hospitalisés en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération, 34 % des entrants ayant un traitement en cours par médicaments psychotropes et, 42 % des entrants ayant fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération. Par ailleurs, 6 % des entrants se sont vus prescrire une consultation en alcoologie ou psychiatrie pour un motif en relation avec l'alcoolisme et 6 % des entrants ont fait l'objet d'une prescription pour une consultation en toxicomanie ou psychiatrie pour un motif en relation avec la toxicomanie[839].

Les pathologies psychiatriques les plus rencontrées en milieu carcéral sont les troubles anxieux et dépressifs, les troubles de la personnalité (borderline, histrionique, schizoïde, narcissique, etc.), les troubles psychotiques (paranoïa, schizophrénie, psychopathie, etc.) mais aussi les troubles des conduites sexuelles (pédophilie, viol, exhibitionnisme, etc.)[840] et les troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie, tabagisme)[841]. Les conduites addictives sont particulièrement répandues en milieu carcéral[842]. Un tiers des entrants ont révélé être des usagers de substances illicites (consommation prolongée et régulière). Parmi ces drogues illicites, le cannabis est la plus consommée soit près d'un tiers des toxicomanes affirment avoir consommé cette substance dans les douze mois précédant l'incarcération. S'agissant de la consommation de drogues, la tendance est à la « polyconsommation » : près de deux entrants sur dix révèlent consommer au moins deux substances (le plus fréquemment, alcool et drogues illicites) contre un peu plus de trois entrants sur dix qui indiquent consommer un seul produit. Un tiers des entrants ont une consommation excessive d'alcool, définie comme égale ou supérieure à cinq verres par jour ou égale ou supérieure à cinq verres consécutifs au

---

[839] *Ibidem*, tableau n° 4, p. 5.

[840] Pour aller plus loin : DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *Protocole Sante Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires*, 2012 [consulté le 11 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.criavs-ra.org/pdf/protocole_sante_justice-aics.pdf

[841] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *op. cit.*, p. 5-10.

[842] Dans le cadre de la prise en charge de ces addictions, des permanences en addictologie sont mises en place en établissement pénitentiaire. À ce titre, la Maison des addictions de Nancy, centre de soins, accompagnement et de prévention en addictologie (C.S.A.P.A.) du Sud-Meurthe-et-Mosellan assure des permanences au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville mais également aux centres de détention de Toul et Écrouves. En outre, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 a prévu d'une part, de lutter contre le trafic de drogues en milieu carcéral « *en poursuivant l'installation de dispositifs anti-projection (filets, vidéosurveillance), de portiques à ondes millimétriques et en formant les personnels à l'utilisation de ces dispositifs* » et d'autre part, de traiter la problématique spécifique du détournement de médicaments en milieu carcéral « *en améliorant la formation des personnels des établissements pénitentiaires et l'information des personnes détenues afin de prévenir des dangers liés aux détournements médicamenteux* ». PREMIER MINISTRE, Jean-Marc AYRAULT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 19 septembre 2013*, p. 51 et 69 [consulté le 13 juin 2015]. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr /fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gou vernemental_drogues_201_ 3-2017_DF.pdf

moins une fois par mois. Le détournement de médicaments (comme les benzodiazépines) par des personnes détenues atteintes d'une toxicomanie médicamenteuse est une pratique également très répandue en milieu carcéral. Près de huit entrants sur dix sont des fumeurs avec une consommation moyenne de dix-neuf cigarettes par jour. Les conséquences physiques de ces addictions sur l'état de santé des personnes détenues sont importantes : états de manque, agressivité, développement ou aggravation de pathologies psychologiques voire psychiatriques et même somatiques (dentition détériorée, maladies de peau, hépatites, maladies du foie, etc.)[843]. S'agissant des usagers de drogues par voie intraveineuse, les risques de contamination des maladies infectieuses liés à l'inobservance des règles d'hygiène (partage des seringues, matériel usagé, etc.) sont considérables.

124. Une exposition au tabagisme passif. Conformément à l'article L. 3511-7 du Code de la santé publique, issu de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, communément appelée « Loi Évin », il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif[844]. À la suite d'une prise de conscience des risques inhérents à la consommation de tabac et au tabagisme passif, le dispositif d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif a été renforcé afin de répondre à ces enjeux de santé publique. En vertu des dispositions de l'article R. 3511-1 du Code de la santé publique, introduits par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2016 et applicables depuis le 1er février 2007, l'interdiction de fumer s'applique notamment « *dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail* » et de fait, dans les établissements pénitentiaires[845]. Cette interdiction est absolue dans les établissements de santé et notamment dans ceux destinés à la prise en charge des personnes détenues, à savoir les unités hospitalières sécurisées interrégionales (U.H.S.I.) et les unités hospitalières spécialement aménagées (U.H.S.A)[846]. Et, d'après la circulaire du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration

[843] En écrivant sur la condition des femmes en prison, la juge Isabelle Rome a témoigné de la souffrance éprouvée par les femmes détenues sujettes à une dépendance à l'alcool ou à la drogue mais aussi à des troubles mentaux. V. ROME I., *Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014.

[844] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, loi dite, JORF n° 10 du 12 janvier 1991 p. 615, art. 4 modifiant les dispositions de l'article 16 de la loi n° 77-616 relative à la lutte contre le tabagisme, JORF 10 juillet 1976, p. 4148. V. aussi Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le Code de la santé publique, JORF n° 125 du 30 mai 1992 p. 7263.

[845] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, JORF n° 265 du 16 novembre 2006 p. 17249 texte n° 17.

[846] Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, JORF n° 16 du 19 janvier 2007 p. 1143 texte n° 20.

pénitentiaire, les locaux affectés à l'ensemble des usagers du service public pénitentiaire et les locaux de travail sont visés par l'interdiction de fumer[847]. Or, comme le souligne cette circulaire du 31 janvier 2007, la mise en place dans les établissements pénitentiaires de ce principe général d'interdiction de fumer présente des difficultés réelles : « *il s'agit que le gain attendu en matière de santé publique ne s'accompagne pas de tensions excessives dans la gestion des détentions* »[848]. Ainsi, conformément au Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, inséré dans l'article annexe à l'article R. 57-16-18 du Code de procédure pénale, l'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les cellules. En effet, aux termes de la circulaire du 31 janvier 2007, « *l'usage du tabac est toléré dans les cellules occupées exclusivement par des personnes détenues majeures se déclarant "fumeur"* »[849]. Mais, « *des mesures de protection doivent être prises pour protéger, dans toute la mesure du possible, les non-fumeurs contre le tabagisme passif* ». En pratique, cette protection contre le tabagisme passif apparaît néanmoins difficile à assurer. Toute généralisation de l'interdiction de fumer au sein des établissements pénitentiaires français ferait peser un risque de vives contestations de la part des personnes détenues majoritairement « fumeuses »[850] et de fait, d'importantes perturbations à la sécurité et au bon ordre des établissements pénitentiaires. En septembre 2015, la Grande-Bretagne a décidé d'interdire aux personnes détenues de fumer, à l'instar de l'Australie où la généralisation de cette interdiction dans les établissements pénitentiaires a notamment débouché sur une émeute le 1er juillet 2015. En outre, les possibles affectations en cellule « non-fumeur » se heurtent à la situation actuelle de la surpopulation carcérale[851], problème auquel doivent faire face les établissements

---

[847] Toute personne doit se soumettre à cette interdiction, « *quels que soient son statut et sa qualité (tous les personnels de l'administration pénitentiaire, les personnels des groupements privés, les magistrats, tous les intervenants extérieurs, les avocats, les personnels de santé, les visiteurs...)* ». En outre, aucun local spécifique ne peut être aménagé pour les fumeurs dans les établissements pénitentiaires. Enfin, s'agissant des cours de promenade ou des espaces à l'air libre, les modalités d'application de la règlementation doivent être déterminées par le chef d'établissement, en lien avec le directeur régional.

[848] Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire, NOR : SANH0730312C.

[849] *Ibidem*.

[850] Cf. *supra* n° 123.

[851] D'après l'édition 2014 des statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe, la France se tient au huitième rang des pays européens dont la surpopulation carcérale est la plus élevée et ce, derrière la Hongrie, la Belgique, la Macédoine, la Grèce, l'Albanie, l'Espagne et la Slovénie. V. COUNCIL OF EUROPE, Annual Penal Statistics, SPACE I - Prison populations, Survey 2014 [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://wp.unil.ch/space/files/2016/05/SPACE-I-2014-Report_final.1.pdf

Au 1er mai 2016, la surpopulation carcérale était en France, selon Pierre-Victor Tournier, « *proche de son niveau historique du mois d'avril 2014* ». Il a en effet relevé que 68 685 personnes étaient incarcérées dans les 187 établissements pénitentiaires français pour une capacité d'accueil de 58 683 places. Le nombre de personnes détenues en surnombre était ainsi de 14 328. Pourtant, sur les 58 683 places opérationnelles, 4 326 étaient inoccupées (946 en maisons d'arrêt et 3 380 en établissements pour peine). V. OPALE 1. État de la population sous écrou au 1er mai 2016 et évolution sur un an [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://www.farapej.fr/

pénitentiaires. Dès lors, il arrive que des personnes détenues « non fumeuses » soient placées en cellule avec des personnes « fumeuses ». D'ailleurs, l'État a récemment été condamné, par le tribunal administratif de Caen, après qu'un recours en indemnisation ait été introduit par une personne détenue à la maison d'arrêt de Coutances (Manche), en raison notamment du tabagisme passif dont elle a été victime[852]. Conformément à cette condamnation, le placement d'une personne détenue « non fumeuse » dans une cellule sur occupée, insuffisamment aérée, avec des personnes détenues « fumeuses » porte atteinte, malgré l'absence d'une particulière vulnérabilité de cette personne, à la dignité humaine au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et est ainsi constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'État.

Eu égard à cette précarité sanitaire pré-carcérale, la population détenue apparaît ainsi comme une population à risques. Sa vulnérabilité n'en est alors qu'aggravée. Jean-Marc Sauvé a d'ailleurs affirmé que la prison « *apparaît désormais comme le seul lieu d'enfermement, elle est redevenue l'hôpital général d'antan où l'on retrouve pêle-mêle tous les exclus de la société* »[853]. Cette affirmation paraît toutefois excessive et ce, notamment au regard de la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues[854].

Outre cette précarité sanitaire pré-carcérale, le particularisme des patients détenus se traduit par l'influence délétère de la privation de liberté.

Dossiers/Opale/0516_O1_pop_sous_ecrou.pdf.

[852] TA Caen, 24 septembre 2015, req. n° 1500035.

[853] Jean-Marc Sauvé, ancien directeur régional des services pénitentiaires de Paris cité par ASSEMBLÉE NATIONALE, Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête (1) sur *la situation dans les prisons françaises*, T. I, janvier 2000, p. 61 [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i2521.asp

[854] L'hôpital général n'avait, à l'origine, aucune fonction de soins mais vocation à protéger la société des marginaux en les enfermant. Cf. *supra* n° 5.

§2. Une influence délétère de la privation de liberté

125. Des conditions de détention pathogènes. Il a été vu que la santé se traduit, selon l'Organisation mondiale de la santé, par « *l'état complet de bien-être physique, mental et social* [qui] *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[855]. Dès lors, le caractère pathogène des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires se manifeste par l'impact délétère du milieu carcéral sur le bien-être physique, psychique et social des personnes détenues. « *Prisons are not healthy places* »[856]. Ces répercussions sont inhérentes au statut de la personne détenue mais aussi aux dysfonctionnements du système pénitentiaire[857].

A. Des répercussions physiques et psychiques

126. Des répercussions physiques[858]. Notamment caractérisée par une inertie, une oisiveté, des contraintes d'espace et de temps ainsi qu'une alimentation peu variée, la vie en détention a dès lors un impact négatif sur l'état de santé des personnes détenues. À titre d'exemple, la réduction de l'espace vital entraîne chez les personnes détenues un amoindrissement des sens de la vue et de l'ouïe. En restreignant davantage l'espace vital pour chaque personne détenue, le surpeuplement en prison renforce alors l'effet délétère du milieu carcéral. Le surpeuplement n'est effectivement pas l'unique cause de cet effet délétère mais il en est un facteur aggravant en raison de ses conséquences néfastes sur les conditions de détention, comme le souligne le rapport n° 652 de l'Assemblée nationale relatif aux moyens

[855] Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du 22 juillet 1946 [consulté le 16 août 2012]. Disponible sur : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

[856] Cette formulation signifie « *Les prisons ne sont pas des endroits sains* ». D'après Zsuzsanna Jakab, Directeur régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, in ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, Foreword (avant-propos) [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

[857] Le sociologue et criminologue américain, Gresham M. Sykes, a analysé les « *five pains of imprisonment* » (les cinq souffrances de la privation de liberté). V. SYKES G. M., *The Society of Captives : A Study of a Maximum Security Prison*, Princeton University Press, 1958, p. 63-83 cité par SNACKEN S., *Prison en Europe. Pour une pénologie critique et humaniste*, Bruxelles, Larcier, coll. « Crimen », 2011, p. 65-66.

[858] Pour aller plus loin : GODIN-BLANDEAU E., VERDOT C, DEVELAY A.-E. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2014, 94 p. [consulté le 15 juin 2014]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr

de lutte contre la surpopulation carcérale[859]. Les pressions physiques exercées sur l'état de santé des personnes détenues sont considérablement renforcées par la surpopulation carcérale : promiscuité, insalubrité et violence[860]. Dans certains établissements pénitentiaires, des lits supplémentaires ont dû être ajoutés en cellule, voire des matelas posés à même le sol. La sur-occupation des cellules et la sur-utilisation des locaux ainsi que la vétusté de certaines prisons engendrent un niveau d'insalubrité intolérable[861]. Des détenus non-fumeurs se retrouvent parfois enfermés avec des détenus fumeurs. Le rapport de l'Assemblée nationale ajoute qu' « *une partie de la violence carcérale* [auto-agressive ou hétéro-agressive] *provient directement du surpeuplement des prisons et de ses conséquences immédiates sur les conditions de détention* ». Plus la promiscuité est importante, plus la cohabitation entre personnes détenues est compliquée et la violence hétéro-agressive prend alors place. En outre, plus les conditions de détention sont dégradées, plus l'expérience carcérale est difficile à supporter ce qui pousse certaines personnes détenues à passer à l'acte suicidaire[862].

Autres pressions physiques exercées sur l'état de santé des personnes détenues, les risques de contamination des maladies infectieuses sont bien réels intra-muros. S'agissant des risques de contamination par voie sexuelle, la clandestinité des pratiques (hétérosexuelles ou homosexuelles) amoindrit le recours aux préservatifs et accroît dès lors les risques[863]. Les risques de contamination par voie sanguine, résultant principalement des injections de

---

[859] ASSEMBLÉE NATIONALE, Rapport n° 652 d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République en conclusion des travaux d'une mission d'information sur *les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale* et présenté par MM. Dominique Raimbourg et Sébastien Huyghe, Députés, 23 janvier 2013 [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0652.pdf

[860] Le 30 juin 2016, la Direction générale « Droits de l'homme et État de Droit » du Conseil de l'Europe a publié un *Livre blanc sur le surpeuplement carcéral* dont l'objectif est d'« *inciter les États membres à ouvrir un débat national sur leur système pénal et à prendre des décisions fondées sur des besoins manifestes et des objectifs à remplir à courte et à longue échéance* ». V. DIRECTION GÉNÉRALE DROITS DE L'HOMME ET ÉTAT DE DROIT, *Livre blanc sur le surpeuplement carcéral*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 30 juin 2016 [consulté le 6 août 2016]. Disponible sur : http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/PCCP %20documents%202016/PC-CP%20(2015) %206_F%20R%C3%A9v%207%20Livre%20blanc%2030%20juin% 202016.pdf

[861] Le 6 octobre 2016, à l'occasion d'une visite de l'École nationale d'administration pénitentiaire, le Premier ministre, Manuel Valls, accompagné du Garde des sceaux, Ministre de la Justice, Jean-Jacques Urvoas, a annoncé la construction de trente trois nouveaux établissements pénitentiaires dont trente deux maisons d'arrêt et un centre de détention. Pour cela, 1,16 milliard d'euros ont été budgétés dans le projet de loi de finances 2017. Le Premier ministre a en outre annoncé la création de vingt huit quartiers de préparation à la sortie (ce qui représente 2 500 places). Et pour ce programme, 234 millions ont été budgétés dans le projet de la loi de finances 2017. La création de 1 255 postes est également prévue en 2017 dont 878 créations d'emplois de surveillants.

[862] En 2012, l'administration pénitentiaire a dénombré cent-six suicides en détention. Au 1er novembre 2015, l'association Ban Public (association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe) a recensé trente-quatre suicides et morts suspectes depuis le 1er janvier 2015. V. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2013* [consulté le 11 novembre 2015]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr /art_pix/

[863] Sur le sexe en prison : V. PY B., *Le sexe et le droit*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1999, p. 101-103.

drogues par voie intraveineuse, diminuent quant à eux pendant la détention et ce, en raison de la rareté des produits et du matériel[864]. Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont exposés à des risques plus importants du fait de la clandestinité des pratiques qui conduit à un prolongement du processus de dégradation engagé chez les usagers précarisés et à une fragilisation des réflexes de protection. D'autres comportements à risques subsistent en détention tel que le partage de matériels (rasoir, brosse à dents, etc.) et font aussi, comme les précédents, que les risques de contamination sont bien réels en détention. Aussi, il arrive que les établissements pénitentiaires soient confrontés à des épidémies de gale, maladie infectieuse de la peau bénigne mais très contagieuse[865]. Il arrive également aux établissements pénitentiaires de faire face à des cas de tuberculose comme en témoigne le Docteur Anne Duliouist, médecin généraliste au sein de l'Établissement public de santé national de Fresnes (E.P.S.N.F.)[866].

Par ailleurs, les consultations en dermatologie, sollicitées par les personnes détenues, ont principalement pour motifs l'acné, le psoriasis ou l'eczéma. La privation de liberté provoquent ou aggravent ces maladies de peau en raison du stress, de l'anxiété et de la dépression qui peuvent être vécus par les personnes détenues[867]. Enfin, le corps des femmes est particulièrement éprouvé par l'enfermement : prise de poids, peau ternie, pousse rapide des poils, perturbations gynécologiques, etc.[868]

Le corps de la personne détenue est par conséquent un témoin manifeste de la souffrance provoquée par l'enfermement.

127. Des répercussions psychiques[869]. Le psychiatre Evry Archer souligne l'impact majeur de l'incarcération sur la santé mentale des personnes détenues, en particulier au moment de leur écrou. « *L'appréhension, le port des menottes, le transport dans un véhicule*

---

[864] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDH), *Étude sur les droits de l'homme en prison*, adoptée par l'Assemblée plénière le 11 mars 2004, p. 23-34 [consulté le 10 mars 2011]. Disponible sur : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000133/0000.pdf

[865] Depuis la mise en place de téléconsultations en dermatologie, en septembre 2013, entre le centre hospitalier universitaire de Nancy et l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, le Docteur Fadia Doumat-Batch, dermatologue, a eu l'occasion de recevoir en consultation des patients infectés par la gale. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.

[866] DULIOUST A., *Médecin en prison*, Paris, First, 2014, p. 157-169.

[867] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch, dermatologue.

[868] ROME I., *Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014, p. 42-43.

[869] Pour aller plus : GODIN-BLANDEAU E., VERDOT C, DEVELAY A.-E., *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2014, 94 p. [consulté le 15 juin 2014]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr

de police ou de gendarmerie, la garde à vue, les formalités de l'écrou, le contact avec l'institution pénitentiaire, surtout s'il est le premier, l'éloignement des objets familiers et des êtres chers, l'opprobre social, constituent un traumatisme psychoaffectif majeur, quelles que soient la nature et la gravité de l'infraction commise, la personnalité du détenu et l'acceptation du motif de l'incarcération »[870]. Le psychiatre indique que l'incarcération est placée en quatrième position sur l'échelle de stress des psychiatres américains, Thomas Holmes et Richard Rahe, et ce, juste derrière la perte d'un proche, le divorce et la séparation amoureuse[871]. La vie carcérale – caractérisée par une perte des repères habituels, une absence de vie privée et d'intimité, un espace clos et réduit, un isolement affectif et social, un certain niveau de stress et d'anxiété, une oisiveté forcée, des comportements parfois antisociaux des codétenus, ainsi que par d'autres frustrations et privations diverses liées à l'univers carcéral – vient perturber l'équilibre psychique de la personne détenue et consiste alors en un facteur altérant la santé mentale ou aggravant des troubles mentaux préexistants à l'incarcération. La désapprobation sociale ainsi qu'éventuellement le poids du passage à l'acte délictueux ont également des conséquences sur la santé mentale du détenu.

Ces répercussions psychologiques de la privation de liberté marquent aussi le corps de la personne détenue, un corps témoin à nouveau de la souffrance éprouvée[872]. En effet, les troubles psychologiques (stress, anxiété, dépression, etc.) se manifestent fréquemment chez les personnes incarcérées par un grattage de la peau entraînant alors des lésions cutanées. De même, si certaines personnes détenues sont arrivées en détention avec un problème d'addiction[873], d'autres sont depuis leur incarcération sujettes à une ou plusieurs addictions (alcoolisme, toxicomanie, dépendance médicamenteuse) augmentant ainsi le risque de maladies infectieuses. Enfin, les répercussions psychologiques de la privation de liberté se traduisent également par des automutilations, des grèves de la faim ou des passages à l'acte suicidaire. Ces actes peuvent traduire un appel au secours mais aussi une manifestation de liberté, une opposition au totalitarisme de l'institution carcérale par une évasion mortelle. « *L'impossibilité de parler, l'accumulation des non-dits, des vexations, l'absence de temps de*

---

[870] ARCHER E., LAMEYRE X., « Souffrance en détention. La prise en charge sanitaire des personnes détenues », *SYNAPSE* 2003, n° 10.

[871] Cette échelle permet de mesurer le niveau de stress à partir d'évènements de vie, survenus au cours des vingt-quatre derniers mois, allant de la mort d'un proche à des délits mineurs,. En additionnant les unités de changements de vie que représentent ces évènements, le degré de survenance d'une maladie liée au stress peut alors être déterminé. V. HOLMES T., RAHE R., « The social readjustment rating scale », *Journal of psychosomatic* 1967, n° 11, p. 213-218.

[872] Pour aller plus loin : LÉCU A., *La prison, un lieu de soin* ?, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 43-88.

[873] Cf. *supra* n° 123.

récupération (qui suppose une zone intime minimum préservée), la perte d'énergie pour faire face aux rapports de force sont à la base des crises. Il n'y a plus d'autres recours que celui des consommations… Cet affaiblissement a plusieurs conséquences directes : il expose d'une manière accentuée aux prises de risques effectuées pour consommer des produits psycho-actifs (surconsommations, recherche des modes d'administration produisant le plus d'effet), ou bien il expose à des crises profondes pouvant conduire à des tentatives de suicide ou des équivalents… »[874].

Il convient d'indiquer que les répercussions physiques et psychiques de la privation de liberté sont encore plus importantes pour les personnes détenues faisant l'objet d'un confinement en cellule ordinaire ou d'un placement au quartier disciplinaire ou à l'isolement, conformément aux articles R. 57-7-31, R. 57-7-63 et R. 57-7-64 du Code de procédure pénale, et ce, en raison du surenfermement que traduisent ces mesures[875].

B. Des répercussions économiques et sociales

128. Isolement socio-affectif et pauvreté. La détention conduit souvent à une perte des liens sociaux et même familiaux[876], en particulier pour les condamnés à de longues peines. Les répercussions sociales consistent en une perte de soutien financier qu'il soit familial ou social[877]. En effet, l'exécution de la peine privative de liberté empêche les personnes détenues

[874] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDH), *Étude sur les droits de l'homme en prison*, adoptée par l'Assemblée plénière le 11 mars 2004, p. 34 [consulté le 10 mars 2011]. Disponible sur : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000133/0000.pdf

[875] Aux États-Unis, la question des effets délétères du recours accru à l'isolement dans les unités de haute sécurité, en particulier sur les jeunes détenus ou sur les personnes détenues atteintes de troubles mentaux, fait actuellement débat. Cet enfermement solitaire de haute sécurité se traduit notamment par un placement, pendant plusieurs mois, en régime d'inactivité forcée et de privation de tout contact humain. V. BOUAGGA Y., « Incarcération totale. L'enfermement solitaire aux États-Unis à l'ère de la prison de masse », *La vie des idées*, 24 novembre 2015 [consulté le 7 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.laviedesidees.fr/Incarceration-totale.html
V. aussi BONNE-HARBIL A., *« Suicide carcéral », responsabilité et prévention*, Mémoire de Master, Nancy, Université Nancy II, 2010.

[876] Sur les répercussions de la peine privative de liberté sur la famille de la personne incarcérée, V. TOURAUT C., *La famille à l'épreuve de la prison*, Paris, P.U.F., coll. « Le lien social », 2012.

[877] D'après une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (I.N.S.E.E.), réalisée en 1999, « *le risque de rupture est très important au moment de l'incarcération : 11 % des détenus qui avaient un conjoint déclarent que leur union s'est terminée durant le même mois que leur incarcération. Le risque de rupture diminue ensuite : en l'absence de libération, 20 % des unions sont rompues dans les douze premiers mois, 25 % dans les deux ans et 36 % dans les cinq ans* ». V. CASSAN F., TOULEMON L., KENSEY A., « L'histoire familiale des hommes détenus », *Insee Première*, avril 2000, n° 710 [consulté le 31 août 2015]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf
V. aussi TOURAUT C., *La famille à l'épreuve de la prison*, Paris, P.U.F., coll. « Le lien social », 2012.

d'exercer leur activité professionnelle et les prive alors du versement de leur salaire et/ou d'éventuelles ressources liées à des trafics illégaux. Les personnes incarcérées perdent également le bénéfice de certaines prestations sociales perçues à l'extérieur comme le revenu de solidarité active (R.S.A.)[878] ou encore les prestations de l'assurance chômage[879]. Ces difficultés financières associées aux faibles possibilités de travailler[880] font qu'un certain nombre de personnes détenues se retrouvent en situation d'indigence. Est indigent, « *celui qui doit se contenter du minimum fourni par l'administration* [[881]], *sans possibilité véritable d'autonomie, exposé à la dépendance à l'égard de ses codétenus, voire à l'exploitation par les plus "forts" d'entre eux* »[882]. Cette pauvreté, souvent humiliante, rend les conditions de vie en détention particulièrement difficiles et amplifie la particulière vulnérabilité de la personne incarcérée.

Dénonçant ces conditions de détention pathogènes, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a tenu, dans un avis sur la santé en prison émis en 2006, l'affirmation suivante : « *notre société en recherche de sécurité maximale ne veut rien voir de la souffrance de ceux qui ont pourtant été incarcérés en raison déjà d'un trop plein de souffrance mentale ou de misère affective et sociale* »[883]. À cette occasion, le Comité a formulé les interrogations suivantes : « *Comment accepter que la prison demeure un lieu de punition, de souffrance, de maladie, de folie, d'exclusion et d'oubli, si l'on admet que son rôle est d'être un lieu où la sanction doit permettre à la personne de se reconstruire ? Comment envisager une (ré)insertion si la prison est un lieu où la régression, la perte*

---

[878] Code de l'action sociale et des familles, art. R. 262-45.

[879] Code du travail, art. R. 5411-6. Dans un arrêt rendu le 18 décembre 2014, la Cour administrative de Lyon a retenu que la suppression du versement du revenu de solidarité active pour les personnes détenues, incarcérées en établissement pénitentiaire pour une durée de plus de soixante jours, ne méconnaît pas le principe d'égalité. La Cour a en effet estimé que la différence de situation entre les personnes hospitalisées et les personnes incarcérées, pour une durée de plus de soixante jours, justifie une différence de traitement à l'égard du revenu de solidarité active : « *Considérant que les personnes hospitalisées dans un établissement de santé acquittent un forfait journalier, prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, déterminé, selon l'article R. 174-5 de ce code, compte tenu du coût journalier moyen d'hébergement ; qu'ainsi, à la différence de celles qui sont détenues dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire, ces personnes participent aux frais de leur hébergement ; que, dès lors, il existe entre ces deux catégories une différence de situation telle qu'elle justifie pour les unes, le maintien du paiement du revenu de solidarité active, au taux réduit de 50 % et, pour les autres, la suspension de ce droit* ».

[880] L'offre de travail pénitentiaire, délégué à un concessionnaire privé ou lié au fonctionnement des établissements pénitentiaires (ex. : restauration, nettoyage,…), est nettement insuffisante.

[881] V. C. proc. pén., art. D. 347-1.

[882] ASSEMBLÉE NATIONALE, Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête (1) sur *la situation dans les prisons françaises*, T. I, janvier 2000, p. 227 [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i2521.asp

[883] DESCHAMPS C., AMEISEN J.-C., *La santé et la médecine en prison*, avis n° 94 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, le 26 octobre 2006, p. 40 [consulté le 10 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf

d'autonomie, l'absence de projet, la violence et la dépendance sont la règle ? Comment penser à la (re)socialisation en prison si la prison désocialise ? Comment enseigner, en prison et hors de prison, le respect de la loi et de la dignité humaine, si la société ne veille pas, dans ses prisons, au respect de la loi et de la dignité humaine ? ».

Si l'état de santé des personnes détenues est déjà fragilisé avant l'incarcération, il n'en demeure pas moins que les conditions de détention pathogènes aggravent leur état de vulnérabilité. Cette particulière vulnérabilité de la personne détenue en matière de santé justifie dès lors que des mesures de protection particulière soient – implicitement ou explicitement – mises en place à son égard afin de renforcer l'effectivité des droits du patient qui lui sont reconnus. Il convient en outre d'ajouter que les personnes détenues ayant des besoins de santé présentent une particulière vulnérabilité renforcée et ce, en raison de leur qualité à la fois de détenu et de patient. En effet, le patient en milieu libre est déjà « *envisagé comme une personne vulnérable en raison de son besoin de recourir au système de santé* »[884]. D'éventuels besoins de santé font ainsi de la personne détenue une personne hautement vulnérable.

[884] MÉMETEAU G., GIRER M., *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016, p. 682.

Section 2 : Des mesures de protection particulière

129. Vers une « *protection exorbitante du droit commun* » ? En référence aux développements précédents, la personne détenue est une personne d'une particulière vulnérabilité. Cette notion de vulnérabilité a-t-elle pour autant une pertinence juridique ? À cette question, Anne Simon répond que « *l'intérêt qui réside* […] *dans la distinction faite entre la vulnérabilité de tout être humain et celle particulière d'individus nommément désignés est de permettre la justification d'une protection spécifique, exorbitante du droit commun* ». En ce sens, le droit pénal incrimine, à l'article 223-15-2 du Code pénal, l'abus frauduleux d'ignorance ou de faiblesse « *d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* »[885]. En outre, le droit pénal retient l'état de vulnérabilité d'une personne comme circonstance aggravante de certaines infractions commises à son encontre. Les peines encourues pour ces infractions sont alors aggravées dans l'hypothèse où elles ont été commises « *au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* »[886]. Et l'article 225-1 du Code pénal punit toute discrimination occasionnée en raison à une personne physique « *à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ».

La reconnaissance d'une telle vulnérabilité de la personne détenue implique ainsi la légitimation d'une protection particulière, exorbitante du droit commun[887]. Un dispositif

[885] SIMON A., « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 15.
[886] Par exemple : C. pén., art. 311-5 (délit aggravé de vol), art. 313-2 (délit aggravé d'escroquerie), art. 314-2 (délit aggravé d'abus de confiance), art. 222-3 (crime aggravé de torture ou actes de barbarie).
[887] Exorbitant de droit commun signifie « *en dehors du droit commun* ». V. ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française, Tome premier A-G*, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Exorbitant.

effectif de protection du droit à l'intégrité physique, et notamment du droit à la protection de la santé doit alors être mis en place. Dès lors, la particulière vulnérabilité de la personne détenue est-elle reconnue par le législateur et la jurisprudence ? D'après Anne Simon, « *l'étude des textes et de la jurisprudence applicables en la matière révèle que le droit positif ne reconnait que ponctuellement la vulnérabilité du détenu, attachant à cette reconnaissance des conséquences complexes à systématiser* »[888].

Des mesures de protection particulière sont toutefois offertes aux personnes détenues en matière de santé afin de renforcer l'effectivité des droits reconnus à tout patient. Ces garanties visent, notamment, à favoriser l'accès aux soins des personnes détenues (§1.) ainsi qu'à optimiser l'offre de soins (§2.).

§1. Un accès aux soins renforcé

130. Des besoins de santé identifiés et une couverture sociale spécifique. Dès l'incarcération, des mesures sont mises en œuvre pour repérer les besoins de santé des personnes détenues afin notamment de leur permettre d'accéder à des soins de santé appropriés. Souvent fragilisées au niveau socio-économique, ces personnes détenues bénéficient en outre d'une large couverture sociale en matière de santé.

A. Un dépistage des besoins de santé

131. Une attention particulière prêtée aux arrivants. Le dépistage des besoins de santé à l'entrée en détention contribue à l'effectivité du droit d'accès aux soins reconnu à tout patient en recherchant les pathologies ou des conduites à risques susceptibles d'altérer ou altérant l'état de santé des personnes détenues, et en offrant aux personnes détenues, dès leur incarcération, une prise en charge sanitaire rapide mais aussi adaptée. Il convient de rappeler que, conformément aux articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique,

[888] Pour aller plus loin : SIMON A., « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER P.-V. [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 18. Pour aller plus loin, V. p. 18-20 du présent article.

le consentement de la personne détenue doit être recueilli préalablement à tout acte médical. La personne détenue ne peut en aucun cas consentir sous la contrainte à un acte médical. Elle est ainsi libre de refuser un acte médical et ce, en dépit des risques auxquels le personnel pénitentiaire ou les codétenus se trouvent exposés par son refus.

1) Un dépistage initial

132. Un examen médical d'entrée systématique. Conformément à l'article R. 57-8-1 du Code de procédure pénale, modifié par un décret d'application de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, les médecins de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire sont chargés de pratiquer un examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté[889]. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice, « *ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue* »[890]. Proposé systématiquement dans les premiers jours qui suivent l'incarcération, cet examen médical d'entrée n'a pour autant rien d'obligatoire. En application de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ». Toute personne détenue peut ainsi refuser cet examen médical d'entrée. En vertu de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique, le protocole cadre – signé par le directeur général de l'agence de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé de rattachement[891] – fixe « *les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et, éventuellement, spécialisés, notamment sous forme de consultations* ». Le décret du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires a rappelé que les personnes détenues doivent bénéficier de cet examen médical d'entrée dans les plus brefs délais[892]. Il est en outre précisé qu' « *à l'issue*

[889] Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22783 texte n° 12, art. 1.
[890] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 53 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[891] V. C. sant. pub., art. R. 6112-16.
[892] Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires, JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2, art. 3.

d'une phase d'accueil et d'observation, qui ne peut excéder trois semaines, les informations relatives à sa personnalité, à son état de santé et à sa dangerosité sont consignées par écrit ».

De surcroît, il ressort des dispositions de l'article 51 de la loi pénitentiaire qu'il doit être proposé, à toute personne détenue venant de l'état de liberté, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac[893]. Les dispositions relatives à ce bilan de santé ont été insérées dans la loi pénitentiaire à suite de l'adoption du projet de loi de modernisation du système de santé par l'Assemblée nationale, le 14 avril 2015[894]. L'objectif de ce bilan est de repérer les conduites addictives afin de mettre en place des projets de sevrage et de ne pas interrompre d'éventuels traitements thérapeutiques suivis *extra-muros*. Ce bilan est également l'occasion de prévenir tout comportement à risques, comme l'échange de seringues pour les toxicomanes. Les présentes dispositions ajoutent que « *ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel* »[895]. Afin de guider les professionnels de santé dans le repérage des conduites addictives à l'entrée en détention, un questionnaire destiné aux personnes détenues a été inséré en annexe de l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention[896].

133. Un bilan de personnalité. En vertu de l'article 717-1 du Code de procédure pénale, les personnes détenues font l'objet, dès leur incarcération et après une période d'observation pluridisciplinaire, d'un bilan de personnalité[897]. Conformément au deuxième alinéa de l'article 717-1 du Code de procédure pénale, « *la répartition des condamnés dans les prisons établies pour peines s'effectue compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité* ». La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a complété cet alinéa en ajoutant que le régime de détention des personnes condamnées « *est déterminé en prenant compte leur personnalité, leur santé, leur dangerosité et leurs efforts en matière de réinsertion sociale* »[898]. Dans ces conditions, le bilan de personnalité des personnes détenues

[893] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 51.
[894] Projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le 14 avril 2015, art. 9 bis. Absentes du projet initial de loi de modernisation du système de santé, les dispositions relatives au bilan de santé résultent de l'amendement n° 2182 proposé par le groupe parlementaire, Socialiste Républicain et Citoyen.
[895] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 51.
[896] Instruction du 17 novembre 2010 DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, NOR : ETPS1029295J.
[897] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 89.
[898] *Ibidem*.

condamnées permet d'élaborer leur parcours d'exécution de peine et ainsi, fixer leur régime de détention. Si ce bilan de personnalité permet d'évaluer la dangerosité des personnes condamnées, il permet aussi de repérer leurs besoins de santé mentale. Dans ce sens, l'article 46 de la loi pénitentiaire précise que « *l'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention* »[899].

134. Un examen bucco-dentaire. Il ressort des dispositions de la deuxième édition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, publiée en 2004, que « *chaque personne détenue doit pouvoir bénéficier d'un examen bucco-dentaire dans le cadre de l'examen médical approfondi d'entrée et avoir accès aux soins dentaires qui lui sont nécessaires dans des délais appropriés à son état clinique* »[900]. D'après le plan d'actions stratégiques « *il semble que, dans la moitié des cas environ, l'examen bucco-dentaire ne soit pas systématiquement réalisé à l'entrée en détention ou réalisé dans de mauvaises conditions* »[901]. Le plan d'actions stratégiques a ainsi recommandé d'assurer la réalisation de l'examen bucco-dentaire lors de l'examen médical approfondi d'entrée[902]. Une instruction du 29 août 2011, relative à la santé bucco-dentaire des personnes détenues, a alors fixé les modalités de cet examen bucco-dentaire[903]. Il doit être systématiquement proposé aux personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire dans le but de réduire les risques infectieux associés aux soins dentaires. Cet examen permet de repérer les besoins de santé bucco-dentaire, souvent importants, des personnes entrées en détention afin de leur proposer une prise en charge rapide et adaptée. L'examen bucco-dentaire consiste d'abord en un court entretien à l'occasion duquel des questions sur « *les éventuels antécédents médicaux, douleurs dentaires, saignements gingivaux, gêne à la mastication* » sont posées[904]. Il est ensuite réalisé « *un examen de la cavité buccale qui permet de mentionner, le cas échéant, un besoin de soins urgents, la présence de tartre, de lésions muqueuses ou un état dentaire visiblement dégradé* ». À l'issue de l'examen bucco-dentaire, le patient est « *informé*

---

[899] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 46 al. 4.
[900] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 26 [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf
[901] *Ibidem*.
[902] *Ibid*.
[903] Instruction n° DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires (annexe I).
[904] *Ibidem*.

de son besoin de soins, des possibilités de réalisation de ces soins pendant sa détention et, le cas échéant, un rendez-vous est programmé pour commencer les soins » mais aussi, « *des comportements favorables à la santé bucco-dentaire (brossage, hygiène alimentaire, effets nocifs du tabac, de l'alcool et d'autres substances toxiques)* »[905]. Cet examen bucco-dentaire permet ainsi d'apprécier la nécessité d'un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste de l'unité sanitaire.

Modifiant l'article 51 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[906], le projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le 14 avril 2015, prévoit qu'à titre expérimental, l'État peut autoriser une évaluation de l'état dentaire de la personne détenue au début de son incarcération, dans un nombre limité d'établissements pénitentiaires et ce, dans les conditions prévues par le présent article[907]. Eu égard aux développements précédents, il convient de s'interroger sur la différence entre cette analyse de l'état dentaire et l'examen bucco-dentaire de la personne détenue à l'entrée en détention. À l'heure où aucun arrêté ministériel, pourtant exigé, n'a encore précisé les conditions de cette évaluation de l'état dentaire des personnes détenues, nous ne parvenons pas à saisir cette différence. Interrogé sur ce point, le Docteur Patrick Peton ne comprend pas lui-même « *l'intérêt subit porté dans un article de loi sur l'état dentaire. Nous le pratiquons systématiquement à l'entrée de toute personne incarcérée ; cet examen permet une évaluation et donc une orientation vers des soins odontologiques. Il reste que toutes les unités sanitaires ne disposent pas du même équipement suffisant (personnel et fauteuil) pour une prise en charge optimale. Dans cet ordre d'idées, se surajoute la réalisation de prothèses (le temps de l'incarcération ne permet parfois pas la réalisation de travaux…)* »[908]. Cet intérêt ne peut-il pas se justifier par le manque de moyens humains alloués à certaines unités sanitaires ? La défaillance des soins dentaires a particulièrement été soulignée dans une étude sur les soins et la prévention bucco-dentaires dans les établissements pénitentiaires, réalisée en 2008, à la

[905] Instruction n° DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires (annexe I).
[906] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[907] Projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, le 14 avril 2015, art. 9 bis. Absentes du projet initial de loi de modernisation du système de santé, les dispositions relatives à l'examen bucco-dentaire résultent de l'amendement n° 2183 proposé par le groupe parlementaire, Socialiste Républicain et Citoyen.
[908] Docteur Patrick Peton, chef de service de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy. Propos recueillis lors d'un entretien en date du 21 juillet 2015.

demande de la Direction générale de la santé (D.G.S.)[909]. La Cour des comptes, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ou encore l'association militante, l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) ont aussi fait état de cette défaillance[910]. Ainsi, le projet de loi de modernisation du système de santé n'aurait-il pas trouvé un moyen de remédier au manque de chirurgiens-dentistes ? Une étude des termes du projet de loi est nécessaire. Le projet de loi fait référence à « *une évaluation de l'état dentaire* » et non pas à « *un examen bucco-dentaire* »[911]. L'examen bucco-dentaire est un acte médical qui doit être pratiqué par un chirurgien-dentiste. Toutefois, l'instruction du 29 août 2011 a précisé que « *cet examen, en cas d'indisponibilité du chirurgien-dentiste, peut-être réalisé par un infirmier (conformément à l'article R. 4311-2-2° du code de la santé publique) ou par un médecin* »[912]. Dès lors, la mise en place d'une simple évaluation de l'état dentaire permettrait de déléguer au personnel infirmier ou aux médecins généralistes la charge de recueillir des informations sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes détenues, de juger de la nécessité d'une consultation avec un chirurgien-dentiste de l'unité sanitaire et en cas de nécessité, de transmettre les informations recueillies au chirurgien-dentiste. Le principe serait ainsi que toute évaluation de l'état de santé dentaire soit réalisée par un infirmier ou un médecin généraliste. Ce n'est qu'en cas de nécessité que l'intervention du chirurgien-dentiste serait attendue. « *Ainsi, voit-on des examens bucco-dentaires pratiqués en médecine scolaire comme en établissement pénitentiaire par divers professionnels qui savent préconiser une démarche thérapeutique par orientation adaptée vers le spécialiste* »[913].

Pour connaître les modalités réelles de cette évaluation, il nous faut attendre l'arrêté ministériel qui doit être pris.

26. Le repérage de la crise suicidaire. Au-delà même de la protection de la santé, la privation de liberté apporte une protection particulière à l'intégrité physique des personnes

---

[909] OBERLÉ D., *Les soins et la prévention bucco-dentaires dans les établissements pénitentiaires*, 2008. Synthèse de cette étude consultée le 26 juillet 2015. Disponible sur : http://www.odonte.com/index.php?option=com_content&view=article&id=82:soins-dans-les-prisons&catid=41:la-sante-en-france&Itemid=61

[910] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, 480 p. ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, 382 p. ; OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, *Rapport 2011*, Paris, La Découverte, 2012.

[911] Instruction n° DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires (annexe I).

[912] *Ibidem*.

[913] Propos du Docteur Patrick Peton, chef de service de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy, recueillis lors d'un entretien en date du 20 août 2015.

détenues et ce, notamment en matière de prévention du suicide[914]. « *La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment de la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une impasse et confrontée à une telle souffrance que la mort apparaît progressivement comme le seul moyen de trouver une issue à cet état de crise. Cet état, caractérisé par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes reste toutefois temporaire et réversible* »[915]. Paradoxalement, la privation de liberté est un facteur aggravant du suicide[916] mais elle permet, dans cet espace clos qu'est le milieu carcéral, de mener des actions de prévention qu'il n'est pas possible de mettre en œuvre en milieu libre. Cela n'est pas sans rappeler qu'en 2003, 6 % des entrants ont fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant leur incarcération[917]. En 2010, le taux de suicide dans la population carcérale était de 18 pour 10 000 personnes détenues[918]. Le dispositif de lutte contre le suicide est détaillé dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Les actions contre le suicide consistent tout d'abord à repérer et à signaler les individus à risque dès l'entrée en détention et tout au long de l'incarcération. Ensuite, une évaluation du potentiel suicidaire (risque, urgence, dangerosité) est réalisée, par le biais d' une « grille d'évaluation du potentiel suicidaire » qui est renseignée par le personnel pénitentiaire à l'aide des éléments du dossier pénitentiaire et des déclarations de la

---

[914] Pour aller plus loin : BONNE-HARBIL A., *« Suicide carcéral », responsabilité et prévention*, Mémoire de Master, Nancy, Université Nancy II, 2010 ; ALBRAND L. [dir.], La prévention du suicide en milieu carcéral, Rapport au garde des Sceaux, janvier 2009, 410 p. [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/ ; TERRA J.-L. [dir.], *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*, Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, décembre 2003, 219 p. [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rappor_Terra.pdfart_pix/rap_albrand_2009.pdf

[915] Définition donnée par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [consulté le 20 août 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/reconnaitre-la-crise-suicidaire.html

[916] Il est essentiel de préciser que le suicide en milieu carcéral ne touche pas seulement les personnes détenues mais également les surveillants pénitentiaires. D'après une étude de l'Institut national de veille sanitaire publiée en 2015, un excès de suicide de 21 % a été observé chez les hommes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet excès. « *Les surveillants pénitentiaires sont exposés à des contraintes psychosociales* [*spécifiques à leur métier ou non* spécifiques] *reconnues délétères pour la santé psychique et pouvant constituer un élément déclencheur des conduites suicidaires* ». En outre, « *une prévalence plus élevée de dépression ou de trouble de l'anxiété a été observée parmi les agents de l'administration pénitentiaire* ». Et « *les surveillants pénitentiaires ont un accès, contrôlé mais possible, à un moyen létal – l'arme à feu – qui est un facteur pouvant entrainer le passage des pensées suicidaires à l'acte suicidaire* ». V. MARCHAND J.- L., DOURLAT T., MOISAN F., *Mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008 : description et analyse. Synthèse des résultats*, Saint-Maurice, Institut national de veille sanitaire, 2015, p. 5 [consulté le 5 avril 2016]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2015/Description-de-la-mortalite-des-agents-et-ex-agents-de-l-administration-penitentiaire.

[917] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, mars 2005, n° 386 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/er386.pdf

[918] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 162 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

personne détenue[919]. Enfin, un plan individuel de protection (P.I.P.) est mis en place par le personnel pénitentiaire. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, ce plan comporte des mesures de protection, déclinées en actions précises, qui visent à agir sur les déterminants de la souffrance pour lesquels une action est possible. « *Elles peuvent aller de l'octroi d'une communication téléphonique supplémentaire à la demande rapide de consultation par le service médical voire indiquer le niveau de surveillance à mettre en place (surveillance adaptée, multiplication des rondes…)* ». Ce dispositif est accompagné de la remise d'une dotation de protection d'urgence (D.P.U.)[920] ou d'un placement dans une cellule de protection d'urgence (CproU)[921]. La prise en charge de la personne détenue à risque suicidaire est renforcée par l'intervention du personnel sanitaire. Au regard de l'évaluation du potentiel suicidaire, le personnel de santé prend « *la décision qui lui semble la plus adaptée (surveillance simple, consultation, hospitalisation…) en privilégiant, dans la mesure du possible, l'adhésion du patient aux soins* »[922]. Depuis 2010, une expérimentation est menée dans certains établissements pénitentiaires, celle des codétenus de soutien (C.D.S.). Accompagnés par la Croix-Rouge française, les codétenus de soutien sont formés aux gestes de premiers secours, à la détection des risques suicidaires et à l'écoute active. Par le soutien qu'ils apportent aux personnes détenues présentant un risque suicidaire, ces codétenus participent activement à la

[919] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Plan d'actions ministériel du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide*, recommandation n° 5 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice. gouv.fr/art_pix/plan mi nisteriel_2009.pdf

[920] La dotation de protection d'urgence comprend deux couvertures indéchirables et résistantes au feu et des vêtements déchirables à usage unique (tenue, gants et serviette de toilette). V. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, DATI Rachida, *Plan d'actions ministériel du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide*, recommandations n° 10, 12, 15 et 17 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice. gouv.fr/art_ pix/plan_ministeriel_2009.pdf.Le recours excessif à la dotation de protection d'urgence a été dénoncé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son rapport d'activité 2013. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, Delarue Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 151-152.

[921] La cellule de protection d'urgence est une cellule spécialement aménagée pour limiter les suicides par pendaison. V. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, DATI Rachida, *Plan d'actions ministériel du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide*, recommandation n° 9 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_ pix/plan_ministeriel_2009.pdf.

[922] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 167 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

prévention du suicide[923]. L'administration pénitentiaire participe au programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), publié en septembre 2011[924].

Dans le cadre de cette prévention du risque suicidaire, les personnes détenues confinées en cellule individuelle ou placées en cellule disciplinaire ou à l'isolement font, l'objet de mesures de protection particulière en raison des risques délétères du surenfermement sur leur santé mentale et physique. Ainsi, en vertu de l'article R. 57-8-1 du Code de procédure pénale, des visites médicales sont systématiquement effectuées pour déceler tout risque de passage à l'acte suicidaire. Un médecin de l'unité sanitaire visite chacune des personne détenues concernées par ces mesures, au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Si, à l'occasion d'une visite, le médecin constate que la mesure est de nature à compromettre l'état de santé de la personne détenue, cette mesure peut être suspendue.

135. Des mesures de prophylaxie. La prophylaxie consiste à prendre « *des précautions propres à préserver d'une maladie* »[925] en évitant son apparition, son aggravation et sa propagation. La prévention est ainsi le maître-mot de toute politique de santé publique. En application des dispositions de l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, l'administration pénitentiaire est chargée de favoriser la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires[926]. L'établissement de santé auquel est rattaché l'établissement pénitentiaire doit, entres autres, concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire[927]. Ainsi, à titre préventif, les professionnels de santé proposent des dépistages aux personnes détenues provenant de l'état de liberté.

Conformément au deuxième alinéa de l'article D. 384-1 du Code de procédure pénale, un examen clinique doit être systématiquement réalisé sur toutes les personnes détenues lors de leur entrée en détention afin de dépister la tuberculose. Réalisé sur place, sauf en cas

---

[923] V. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, DATI Rachida, *Plan d'actions ministériel du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide*, recommandation n° 11 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_ pix/plan_ministeriel_2009.pdf.

[924] MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ et al., *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, septembre 2011, 96 p., V. actions n° 12, 35, 41, 44 et 46.

[925] ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française, Tome second H-Z,* 8e éd., Librairie Hachette, 1935, V° Prophylaxie.

[926] D'après le présent article, l'administration pénitentiaire doit assurer un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 46 al. 5.

[927] C. sant. pub., art. R. 6112-14.

d'impossibilité matérielle, cet examen clinique doit être effectué et interprété dans les délais les plus brefs à compter de la date d'incarcération. Cette mesure de prophylaxie « *s'applique également aux personnes détenues présentes qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage clinique de la tuberculose* »[928]. À la suite de cet examen, un examen radiologique peut être effectué[929]. En application de cet article D. 384-1, les personnes, les personnes détenues atteintes de tuberculose sont isolées sur avis médical et le médecin prescrit les mesures appropriées pour éviter toute contamination du personnel et des personnes détenues. Il ressort des dispositions de la circulaire du 14 avril 2011 que « *lorsque le chef d'établissement se trouve dans l'obligation d'affecter une personne détenue en cellule individuelle pour répondre à une prescription médicale, prise en application de l'article D. 384-1 du CPP (cas de maladie contagieuse notamment), il convient d'affecter prioritairement cette personne détenue dans une cellule individuelle à proximité de la zone médicale ou d'un poste de contrôle, et non au quartier d'isolement si les conditions de l'article 726-1du CPP ne sont pas remplies* »[930].

Depuis une circulaire du 5 septembre 1985, les personnes détenues peuvent également bénéficier d'un dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.)[931]. Dans un contexte de réforme de la prise en charge sanitaire des personnes détenues[932], la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en milieu pénitentiaire a énoncé que le dépistage de ce virus doit être systématiquement proposé à chaque personne entrée en détention, dans le cadre d'une démarche[933]. D'après cette circulaire, « *le dépistage de l'infection par le VIH a pour finalité de favoriser l'adoption de comportements de prévention individuels pour réduire les risques de contamination et de permettre aux personnes séropositives l'accès à une prise en charge précoce, tant psychosociale que médicale* »[934]. Désormais, il ressort des dispositions de l'article D. 384-3 du Code de procédure pénale que « *toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection par*

---

[928] C. pr. pén., art. D. 384-1 al. 2.
[929] Cart. D. 384-1 al. 2.
[930] Circulaire du 14 avril 2011 relative au placement à l'isolement des personnes détenues, NOR : JUSK1140023C
[931] Circulaire santé-justice du 5 septembre 1985 comprenant une fiche technique relative à l'infection par le VIH, abrogée par la circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge médicale, préparation à la sortie, formation des professionnels, NOR : TASP9630649C.
[932] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960.
[933] Circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge médicale, préparation à la sortie, formation des professionnels, NOR : TASP9630649C.
[934] *Ibidem*.

le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat »[935]. Ainsi, dès l'incarcération, un dépistage du V.I.H. doit être systématiquement proposé aux personnes détenues.

En outre, la vaccination apparaît comme une mesure essentielle de prophylaxie. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, « *le séjour en détention représente* […] *une opportunité pour proposer les vaccinations recommandées pour les mineurs et les adultes, voire pour initier une vaccination en fonction de risques particuliers et poursuivre le suivi des vaccinations obligatoires chez les mineurs* »[936]. Les personnes détenues sont identifiées comme des personnes à risque élevé d'exposition au virus de l'hépatite B. Dans ces conditions, seul le vaccin contre le virus de l'hépatite B est recommandé pour les personnes détenues et ce, depuis le calendrier vaccinal 2007[937]. Cette recommandation de vaccination avait d'ailleurs déjà été faite aux surveillants pénitentiaires[938]. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise d'ailleurs que « *si le schéma préférentiel en trois injections (0, 1, 6 mois) est recommandé, le schéma "adapté" peut être proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise : trois doses à un mois d'intervalle, la 4e un an plus tard, dans le contexte particulier du milieu carcéral* ». Face aux différents facteurs d'exposition que peuvent cumuler les personnes détenues, une recommandation systématique devrait leur être faite dès leur incarcération. Aucun texte légal ne prévoit pour l'heure cette recommandation systématique. En 2003, seuls 31 % des entrants en détention ont déclaré avoir eu une vaccination complète contre le virus de

[935] V. Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, JORF n° 285 du 9 décembre 1998 p. 18498, art. 96.
[936] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 182 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[937] INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE, *Calendrier vaccinal 2007*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 24 juillet 2007, n° 31-32, p. 276 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf. V. aussi le calendrier des vaccinations 2015 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf
[938] INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE, *Calendrier vaccinal 2000*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 5 février 2002, n° 06, p. 25 [consulté le 23 juin 2015]. Disponible sur : http://www.invs.sante .fr/beh/2002/06/beh_06_2002.pdf

l'hépatite B[939]. Parmi les mesures envisagées par le plan d'actions stratégiques 2010-2014, relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, figure la mesure suivante : « *rendre les programmes de dépistage aux personnes détenues* »[940]. Pour ce faire, ce plan a recommandé d'améliorer la proposition systématique de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et la vaccination hépatite B lors de l'examen médical d'entrée et le renouvellement de cette proposition. Une proposition complémentaire pour les femmes d'un dépistage systématique des chlamydiae et des papillomavirus humain (H.P.V.) dès l'entrée en détention a également été faite.

À ces mesures de prophylaxie s'ajoutent des mesures de prévention de maladies non infectieuses comme les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires, l'asthme, le diabète. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, « *un certain nombre de déterminants liés aux caractéristiques socio-démographiques de cette population et/ou aux conditions de vie en détention (consommation de tabac, alimentation, manque d'exercice, défaut d'hygiène) sont des facteurs favorisants* »[941]. Comme toute personne, les personnes détenues doivent également avoir accès aux mêmes programmes de dépistage des cancers[942].

À l'issue de ce dépistage des besoins de santé physique et mentale, les professionnels de santé peuvent établir un diagnostic et proposer un projet de soins. Ainsi, le dépistage initial des besoins de santé permet d'initier les personnes détenues à une relation thérapeutique voire de les engager pleinement dans une prise en charge sanitaire.

---

[939] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, mars 2005, n° 386, p. 3 (tableau n° 3) [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/er386.pdf
En 2003, la part des personnes détenues venant de l'état de liberté déclarant une sérologie positive pour le virus de l'hépatite B s'élevait à 0,4 %. La part de ces personnes signalant une sérologie positive pour le virus de l'hépatite B et le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) s'élevait à 0,1 %.

[940] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p. [consulté le 21 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[941] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op.cit.*, p. 193.

[942] *Ibidem*, p. 194-195.

2) Une initiation thérapeutique

136. Pour une (ré)insertion dans le système de santé. D'après le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, l'objectif de l'examen médical d'entrée est « *de déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement* »[943]. Le dépistage des besoins de santé effectué lors de l'entrée en détention permet d'orienter les personnes détenues, selon leurs besoins, vers des médecins spécialistes comme les psychiatres, les médecins spécialisés en addictologie, les médecins spécialisés en maladies infectieuses. L'objectif est alors d'apporter une réponse médicale rapide et appropriée mais aussi d'assurer la continuité d'un éventuel traitement médical préexistant à l'incarcération en évitant toute interruption thérapeutique[944] et ce, dans l'intérêt, certes de la personne détenue, mais aussi de la collectivité. La santé des personnes détenues est en effet un véritable enjeu de santé publique[945].

Ce dépistage initial des besoins de santé est un « *temps essentiel* »[946] en ce qu'il constitue le premier temps de la prise en charge sanitaire des personnes détenues et contribue à la globalité de cette prise en charge. Il permet d'articuler la prise en charge sanitaire réalisée avant l'entrée en détention et celle effectuée par l'unité sanitaire en établissement pénitentiaire. En outre, les personnes entrées en détention, jusque-là en marge du système de santé et sujettes à des problématiques de santé, sont (ré)insérées dans le système de santé dès leur incarcération. Ce premier temps de la prise en charge sanitaire des personnes détenues est un moment de rencontres et d'échanges entre le personnel de santé et la personne détenue. À cette occasion, les personnes entrées en détention prennent conscience de leur état de santé, et donc de leurs besoins, mais aussi nouent ou renouent une relation médicale, relation basée

[943] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op.cit.*, p. 114-148.

[944] La continuité des soins doit également être assurée après la libération de la personne détenue. En application de l'article 53 de la loi pénitentiaire, « *une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération* » et ce, afin de repérer les besoins de santé de la personne détenue avant sa sortie et de lui garantir une continuité des soins à l'extérieur.

[945] Cf. *supra* n° 37 s.

[946] Instruction du 17 novembre 2010 DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, NOR : ETPS1029295J. V. annexe le questionnaire sur le repérage des conduites addictives à l'entrée en détention.

sur la confiance. Tout acte ou traitement médical ne peuvent être que librement consentis[947]. Ainsi, en mettant les personnes incarcérées face à leurs besoins de santé, le dépistage initial a un effet responsabilisant sur les personnes détenues en les incitant à s'engager dans une relation thérapeutique et, par là même, dans un projet de soins. Par cette (ré)insertion dans le système de santé, les personnes détenues deviennent ainsi actrices de la prise en charge de leur santé. Eu égard à cet effet responsabilisant, la prise en charge sanitaire des personnes détenues participe à l'objectif de (ré)insertion de la peine privative de liberté[948] et soutient alors cette mission de (ré)insertion des personnes détenues qu'il incombe à l'administration pénitentiaire de satisfaire[949]. Le personnel pénitentiaire joue d'ailleurs un rôle intermédiaire dans cette initiation thérapeutique en signalant au personnel de santé tout besoin apparent de santé, notamment lorsque les personnes entrées en détention sont agitées et présentent des symptômes de manque. En tout état de cause, à travers l'initiation thérapeutique qui en découle, le dépistage initial des besoins de santé favorise l'accès aux soins, la continuité des soins et participe aussi à la prévention et à l'éducation pour la santé. Paradoxalement, en dépit de leur caractère non-obligatoire, les différentes mesures qui participent à ce dépistage initial peuvent néanmoins être perçues comme déresponsabilisantes au sens où elles s'apparentent plus, de par la systématicité de leur proposition, à des convocations médicales qu'à des consultations médicales.

Le dépistage immédiat des besoins de santé des personnes détenues renforce l'effectivité de leur droit à la protection de la santé et, notamment du droit d'accès aux soins, en contribuant à les orienter vers une prise en charge sanitaire globale dès l'incarcération[950]. Cette effectivité est par ailleurs assurée par le financement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

---

[947] C. sant. pub., art. L. 1111-4 al. 4 modifié par la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.

[948] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 1er.

[949] *Ibidem*, art. 2.

[950] Ce dépistage des besoins de santé, effectué dès l'entrée en détention, doit se poursuivre pendant toute la durée de la détention. Des mesures de prévention et d'éducation pour la santé sont alors mises en place en référence à l'article D. 368 du Code de procédure pénale. Selon la Cour des comptes, « *l'incarcération peut constituer un temps utile pour sensibiliser à des préoccupations de santé des personnes qui en sont généralement éloignées* ». Dans son rapport public 2014, la Cour relève que « *les actions de prévention et d'éducation pour la santé adaptées aux problématiques des personnes détenues (addictions, maladies infectieuses, estime de soi, gestion du stress, vie affective et sexuelle, nutrition, santé bucco-dentaire, etc.) se sont considérablement développées en détention, mais avec de grandes disparités entre les établissements pénitentiaires. En 2011, dans les 85 % des prisons où ont été réalisées des actions de ce type, le nombre de sessions a varié de 1 à 18, avec une moyenne de 5. Elles mobilisent des moyens non négligeables qui ne sont pas forcément en rapport avec le nombre de bénéficiaires, bien souvent dérisoire* ». V. COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 270.

B. Un financement de la prise en charge sanitaire

137. Pour une protection sociale en matière de santé. En référence aux Règles pénitentiaires européennes qui insistent sur l'insertion sociale des personnes détenues[951], une attention particulière doit être portée par les autorités françaises sur la situation sociale de la population détenue afin d'éviter toute forme d'exclusion sociale. Lors d'un discours, en date du 19 février 2008, la ministre de la Justice, Rachida Dati, a affirmé que « *si un condamné sort de détention dans la même situation de détresse qu'à son incarcération, c'est que, quelque part, nous avons raté notre mission de réinsertion* »[952].

Les personnes détenues font pourtant face à d'importantes difficultés sociales. En 2008, dans un premier rapport annuel d'activité, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue[953] a dénoncé « *un oubli "social" des détenus* »[954]. D'après la Section française de l'Observatoire international des prisons, « *alors que la prison concerne principalement des personnes en difficulté sociale, elle aggrave encore leur situation, de par le délitement des liens familiaux, l'arrêt des minima sociaux, le manque d'activités rémunérées et le coût de la vie en détention évalué à 200 euros par mois* »[955]. Si certaines prestations sociales – telles que les allocations chômage ou l'allocation spécifique de solidarité (A.S.S.) – ont leur versement suspendu dès le début de l'incarcération, d'autres

[951] CONSEIL DE L'EUROPE, Règles pénitentiaires européennes n° 16, 17.1, 24.5, 26.17, 79.2 et 107.3.

[952] MINISTRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, Rachida Dati, discours du 19 février 2008, lors de la signature du premier contrat de partenariat public-privé pour la réalisation de trois nouveaux établissements pénitentiaires (de Nantes, Lille-Annœullin et Réau), cité in OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France, Rapport 2011*, Paris, La Découverte, 2012, p. 331.

[953] Le poste de Contrôleur général des lieux de privation de liberté a été confié à Jean-Marie Delarue du 13 juin 2008 jusqu'au 12 juin 2014. Adeline Hazan lui a succédé le 16 juillet 2014.

[954] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2008*, Paris, Dalloz, 2009, p. 21. V. aussi dans ce présent rapport, les recommandations du 24 décembre 2008 du Contrôleur général relatives à la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône : « *La prise en charge sociale de la plupart des détenus est défaillante aujourd'hui. Il est recommandé de restaurer, par des effectifs renforcés, par un effort constant d'écoute en détention qui vaut aussi pour les conseillers d'insertion et de probation, par une meilleure prise en considération des facteurs personnels dans les commissions d'application des peines, par la réponse aux préoccupations quotidiennes de tous les détenus sans exception, la qualité de cette prise en charge. Il est également recommandé que, comme le personnel de direction, les conseillers d'insertion et de probation soient plus présents en détention, pour pouvoir tout à la fois répondre aux sollicitations et mettre en œuvre (tout autant que suivre) des activités socio-éducatives et culturelles intéressant le plus grand nombre possible de détenus* ».

[955] OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, Rapport 2011, Paris, La Découverte, 2012, p. 324. V. aussi DE BEAUREPAIRE C., « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 2012, n° 40, p. 125-146.

ont un versement limité dans le temps[956]. À ce titre, le versement du revenu de solidarité active (R.S.A.) est suspendu après les soixante premiers jours d'incarcération[957]. De même, à l'issue des soixante premiers jours de détention, les personnes détenues handicapées ne peuvent plus bénéficier que d'un tiers du montant de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)[958]. Néanmoins, certaines prestations sociales restent disponibles pour les personnes détenues[959] et en particulier pour les personnes détenues âgées ou handicapées comme l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)[960] ou encore la prestation de compensation du handicap (P.C.H.)[961]. Il ne faudrait toutefois pas nier les difficultés d'accès à ces prestations sociales pour les personnes détenues[962].

Si la privation de liberté peut contrarier l'accès aux droits sociaux, il n'en demeure pas moins que le « patient détenu » bénéficie, par rapport au patient *extra-muros*, d'une protection sociale renforcée en matière de santé qui répond ainsi au particularisme et aux besoins de importants de santé de la personne détenue mais aussi, à l'objectif de réinsertion sociale poursuivi par la peine privative de liberté.

1) Une protection sociale renforcée

138. Modalités. En matière de santé, cette protection sociale renforcée se traduit par une affiliation de chaque personne détenue au régime général de la Sécurité sociale, par une participation financière de l'État à la prise en charge sanitaire des personnes détenues mais aussi, par un accès favorisé à une complémentaire santé.

---

[956] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 121 s. [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[957] CASF, art. L. 262-19 et R. 262-45.

[958] C. séc. soc., art. L. 821-6 et R. 821-8. En 2015, le montant de l'allocation adulte handicapé s'élevait à 800,45 euros dans le cas où le bénéficiaire ne perçoit aucun revenu.

[959] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, op. cit.*, p. 121 s.

[960] CASF, art. L. 232-1 s. Le montant de l'aide est égal, dans la limite d'un montant mensuel maximum, au montant de la fraction du plan d'aide utilisé, auquel on soustrait une certaine somme restant à votre charge.

[961] CASF, art. L. 245-1. Le montant de la prestation de compensation du handicap dépend des aides couvertes (aide humaine, aide technique, aide à l'aménagement du logement, aide au transport, aide animale, aides spécifiques ou exceptionnelles).

[962] V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, p. 121 s.

a. Une affiliation obligatoire au régime général de la Sécurité sociale

139. Des droits sociaux : prestations en nature et tiers payant. Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, toute personne détenue est obligatoirement affiliée aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale à compter de sa date d'incarcération et ce, conformément aux articles L. 381-30 et R. 381-97 du Code de la sécurité sociale[963]. En vertu du deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1 du Code de la sécurité sociale, les personnes détenues bénéficient également du tiers payant et sont de ce fait, dispensées de l'avance de leurs frais médicaux ou paramédicaux qui sont par la suite pris en charge par les assurances maladie et maternité du régime général[964]. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise que toutes les personnes détenues sont concernées par cette affiliation :

- « *quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération ;*
- *quel que soit leur âge ;*
- *quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France ;*
- *quelle que soit leur situation administrative et pénale en détention : prévenus ou personnes condamnées, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire* »[965].

S'agissant du milieu libre, l'article L. 311-2 du Code de la sécurité sociale dispose que « *sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur*

[963] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994 p. 960, art. 3. V. aussi C. pr. pén., art. D. 366. Le second alinéa du présent article apporte les précisions suivantes : « *Les détenus bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 et qui exercent une activité professionnelle dans les conditions de droit commun sont affiliés au régime de sécurité sociale dont ils relèvent au titre de cette activité, dès lors que la durée de celle-ci permet l'ouverture des droits. Dans le cas contraire, ils continuent à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du Code de la sécurité sociale, jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité*. »

[964] Pour les prestations en nature de l'assurance maternité, V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 139-140 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[965] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*, p. 114 148.

nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ». De manière générale, seuls les travailleurs qui remplissent les conditions requises sont ainsi affiliés au régime général. Quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, les travailleurs contribuent alors au financement de la Sécurité sociale par le biais de cotisations versées (comme les cotisations sociales ou la contribution sociale généralisée). Dès lors, en consacrant cette affiliation obligatoire pour tout individu incarcéré, travailleur ou non, le législateur a dispensé les personnes détenues du versement des cotisations qui sont alors à la charge de l'administration pénitentiaire. Il faut néanmoins préciser que, conformément à l'alinéa premier de l'article L. 381-30-1 du Code de la sécurité sociale, la personne détenue bénéficie, non pas des prestations en espèces (versement d'indemnités journalières) des assurances maladie et maternité du régime général mais uniquement, des prestations en nature (remboursement des soins, des consultations médicales, des examens de laboratoire et des médicaments)[966]. Par conséquent, le versement des prestations en espèces, éventuellement perçues avant l'incarcération, cesse durant la période de détention. En vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 381-30 du Code de la sécurité sociale, lorsque la personne détenue bénéficiant d'un aménagement de peine exerce une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de ses frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elle relève au titre de cette activité[967]. Il faut alors déduire de cet alinéa que lorsque les conditions d'exercice de l'activité professionnelle sont différentes de celles des travailleurs libres, la prise en charge des frais de santé de la personne détenue bénéficiant d'un aménagement de peine est effectuée par le régime général[968].

---

[966] V. C. pr. pén., art. D. 366.

[967] La rédaction de l'article L. 381-30 a été modifiée par la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (JORF n°0296 du 22 décembre 2015 p. 23635 texte n° 1). L'ancienne rédaction manquait de précision quant à la nature des prestations sociales dont bénéficiaient les personnes détenues soit au titre du régime général si elles n'exercent aucune activité professionnelle, soit au titre du régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de l'activité professionnelle qu'elles exercent. La rédaction de l'article L. 381-30 tirée de la loi du 21 décembre 2015 est claire. Les personnes détenues bénéficient que des prestations en nature et ce, quel que soit le régime dont elles dépendent. La formulation « *la prise en charge de leurs frais de santé* » utilisée dans l'article L. 381-30 renvoie expressément aux prestations en nature.

[968] À la lecture de l'ancien article L. 381-30, cette déduction n'était pas à faire. Dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, l'article 381-30 précisait que les personnes détenues bénéficiant d'un aménagement de peine sont affiliées au régime général « *lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des régimes d'assurance maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité* ».

En outre, les personnes libérées, qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont elles relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général, durant les douze mois suivant leur libération[969]. Elles ont ainsi droit au remboursement de leurs soins durant cette année. De même, conformément aux articles L.161-13-1 et R.161-4-1 du Code de la sécurité sociale, les personnes libérées dont l'incarcération a été d'une durée maximale de douze mois et qui reprennent une activité professionnelle à l'issue de leur libération, retrouvent le bénéfice des prestations en espèces dans le régime dont elles relevaient avant leur incarcération. Si les personnes libérées n'ont pas repris d'activité professionnelle à l'issue de la période d'incarcération, elles bénéficient du maintien des prestations en espèces pour une durée de trois mois.

Ainsi, conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives aux « *personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges* », les personnes détenues bénéficient d'une protection sociale spécifique[970]. Une personne détenue est alors susceptible de bénéficier d'une meilleure couverture sociale que toute autre personne en milieu libre qui ne remplirait pas les conditions pour bénéficier d'une affiliation au régime général de la Sécurité sociale[971].

140. Une ouverture des droits aux personnes détenues de nationalité étrangère. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues précise que toute personne détenue est affiliée au régime général de la Sécurité sociale quelle que

---

[969] C. séc. soc., art. L. 161-13 et R. 161-4.

[970] C. séc. soc., art. L. 381-1 s. Outre les personnes détenues, figurent parmi ces « *personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges* », les bénéficiaires de l'allocation parent isolé, les sapeurs-pompiers volontaires ou encore les étudiants.

[971] Il convient néanmoins de préciser que les dispositions de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ne sont pas applicables aux personnes détenues au centre pénitentiaire de Nouméa en Nouvelle-Calédonie. Le financement de la prise en charge sanitaire de ces personnes détenues est alors assuré par l'administration pénitentiaire. Cette absence de protection sociale a notamment été dénoncée, en 2011, par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans un rapport de visite du centre pénitentiaire. En outre, la Ligue des droits de l'Homme de Nouvelle-Calédonie (LDH-NC) a rapporté que la loi du pays n° 2014-20 du 31 décembre 2014 a institué une contribution calédonienne de solidarité sur les revenus d'activité à laquelle sont tenus les détenus affectés au service général de l'établissement pénitentiaire. Ils contribuent ainsi au financement de la protection sociale, protection de laquelle ils sont pourtant exclus.
V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Nouméa du 11 au 17 juin 2011*, 98 p. [consulté le 12 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/09/Rapport-de-visite-du-centre- p%C3%A9n itentiaire-de-Noum%C3%A9a.pdf
V. aussi COMMISSION PRISON DE LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME DE NOUVELLE-CALÉDONIE, « La prison de Nouvelle-Calédonie, une zone de non-droit », *La Lettre Outre-Mers*, 9 mars 2015 [consulté le 1er juillet 2015]. Disponible sur : http://www.ldh-france.org/prison-nouvelle-caledonie/

soit, notamment, sa situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France[972]. Dans ces conditions, les personnes détenues de nationalité étrangère en situation régulière ou irrégulière, bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général[973]. Or, en milieu libre, les personnes étrangères, en situation irrégulière sont exclues de toute affiliation au régime général de la Sécurité sociale et n'ont alors pas le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité[974]. La protection sociale est ainsi renforcée pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière durant leur incarcération. Cependant, contrairement aux autres personnes détenues, les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière ne bénéficient, à l'issue de leur libération, d'aucune couverture par les assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale[975]. Elles pourront néanmoins, comme tout étranger en situation irrégulière, faire une demande d'admission à l'aide médicale de l'État (A.M.E.) qui devra être déposée dans un délai de deux mois avant la sortie afin d'éviter la rupture de l'accès aux soins. Encore faut-il que ces personnes soient accompagnées de manière effective dans la constitution de leur dossier de demande de l'aide médicale d'État. Il convient de remarquer que, contrairement aux étrangers en situation irrégulière incarcérés en établissement pénitentiaire, ceux détenus en centre de rétention administrative ne bénéficient pas de cette affiliation obligatoire au régime général de la Sécurité sociale.

Dans ces conditions, est-il pour autant question de la discrimination positive ? La discrimination positive consiste en « *une différence de traitement juridique à compenser des inégalités de fait entre certaines catégories de personnes physiques ou morales* »[976]. L'affiliation systématique aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale de toutes les personnes détenues, même celles étrangères en situation irrégulière est ainsi nécessaire en matière d'égalité de traitement des personnes détenues.

---

[972] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 134 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[973] C. séc. soc., art. L. 381-30-1 al. 3.

[974] Il ressort des dispositions de l'article L. 115-6 du Code de la sécurité sociale que « *les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour* ». V. aussi C. séc. soc., art. L. 161-25-1.

[975] C. séc. soc., art. L. 381-30-1 al. 5.

[976] CABRILLAC R. [dir.], *Dictionnaire du vocabulaire juridique 2016*, 7e éd., Paris, LexisNexis, 2015, V° Discrimination positive. V. aussi GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Discrimination positive : « *Lorsque le principe abstrait d'égalité ne suffit pas à résorber des inégalités de fait affectant certains groupes de la population, le législateur peut, sous réserve que la Constitution n'y fasse pas obstacle, mettre en place des régimes juridiques favorisant les membres de ces groupes, par exemple du point de vue de l'accès à l'université, aux fonctions électives ou à la commande publique, dans le but de se rapprocher d'une égalité réelle* ».

Ainsi, cette inégalité de traitement entre les personnes étrangères en situation irrégulière incarcérées dans les établissements pénitentiaires et celles retenues dans les centres de rétention administrative vise à compenser une inégalité de fait entre des personnes détenues, déjà marquées par une précarité pré-carcérale.

141. Une ouverture des droits aux ayants droits de la personne détenue. L'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de la Sécurité sociale ouvre droit, pour leurs ayants droits, aux prestations en nature des assurances maladies et maternité[977]. Dès la libération de la personne détenue, ses ayants droits bénéficient également des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont relevait cette personne avant sa détention, ou, à défaut, du régime général et ce, pour une durée maximale de douze mois à compter de la date de libération[978]. Toutefois, en cas de situation irrégulière, les ayants droits de la personne détenue de nationalité étrangère ne peuvent pas bénéficier de ces prestations, que ce soit pendant l'incarcération ou à l'issue de la libération[979].

b. Des contributions de l'État

142. Des cotisations pour chaque personne détenue. En vertu des articles L. 381-30-2 et L. 381-30-3 du Code de la sécurité sociale, l'État est redevable d'une cotisation pour chaque personne détenue affiliée[980]. À ce titre, les cotisations dues par l'État font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (A.C.O.S.S.)[981] qui a atteint en 2012, selon la Cour des comptes, un montant de quatre-vingts millions d'euros[982]. Dans son rapport annuel 2014, la Cour des comptes a souligné la nécessité d'actualiser régulièrement les modalités de calcul des cotisations versées à l'A.C.O.S.S. qui ont « *été déterminées sur la base d'un coût global du dispositif de prise en charge sanitaire estimé, en 1994, à 113,8 millions d'euros. Or en 2012, ce coût a plus que triplé puisqu'il*

[977] C. séc. soc., art. L. 381-30-1, al. 1.
[978] *Ibidem*, art. L. 161-13 et R. 161-4.
[979] *Ibid*., art. L. 381-30-1 al. 4 et al. 5.
[980] Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues à l'article D. 381-23 du Code de la sécurité sociale. V. aussi C. séc. soc., art. R.381-100.
[981] Le montant global des cotisations dues par l'État pour une année civile est déterminé en multipliant le montant de la cotisation applicable au 1er juillet de l'année précédente par le nombre de détenus correspondant à la moyenne des détenus présents le premier jour de chaque mois dans les établissements pénitentiaires au cours de la période comprise entre le 1er juillet de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente (C. séc. soc., art. R. 381-100).
[982] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 275.

[a dépassé] *344 millions d'euros compte tenu du développement et de la diversification de l'offre de soins* »[983]. Cette absence d'actualisation a ainsi eu pour effet de transférer l'essentiel de la prise en charge financière de l'État à l'assurance maladie. Une actualisation régulière des modalités de calcul a ainsi pour objet de faire peser sur l'État une contribution financière qui lui incombe en majeure partie.

143. Des dépenses médicales non prises en charge par la Sécurité sociale. Les personnes détenues sont exonérées des dépenses médicales non prises en charge par la Sécurité sociale[984]. En application de l'article L. 381-30-1 du Code de la sécurité sociale, l'État est redevable – sauf en cas d'exonération[985] – du ticket modérateur correspondant aux dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie, également appelé la part complémentaire[986]. L'État prend aussi en charge les différentes participations de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale. Selon les modalités de financement mentionnées à l'article L. 381-30-5 II, lorsque les soins sont dispensés dans les établissements de santé, l'État verse les montants correspondants aux établissements concernés. Dans les autres cas, le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé est assuré par la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue dans les limites des tarifs servant de base au calcul des prestations. La part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré est ensuite remboursée par l'État à la caisse d'assurance maladie. Par ailleurs, l'État prend en charge le forfait journalier hospitalier qui, au regard de l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, consiste en une participation forfaitaire mise à la charge des patients hospitalisés.

Outre les contributions versées pour le financement des soins aux personnes détenues, l' État prend en charge, en application de l'article R. 6112-22 du Code de la santé publique, les dépenses relatives aux actions de prévention et d'éducation pour la santé mais aussi, le financement de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux mis à disposition du personnel hospitalier et enfin, les frais de transport, entre l'établissement de

---

[983] *Ibidem*.

[984] D'après la Cour des comptes, le montant de ces dépenses médicales s'est élevé, en 2012, à vingt-huit millions d'euros. V. COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014, op. cit.*, p. 275.

[985] Il y a deux cas où le ticket modérateur n'est pas pris en charge par l'État mais par l'assurance maladie, lorsque le détenu est reconnu atteint d'une affection de longue durée (C. séc. soc., art. L. 322-3 3° et 4°) et lorsque le détenu est titulaire d'une pension d'invalidité, accordée avant son incarcération (C. séc. soc., art. L. 381-30-1 alinéa 3).

[986] Par opposition à la part remboursée par l'assurance maladie, appelée « part obligatoire ».

santé et l'établissement pénitentiaire, du personnel hospitalier qui n'est pas affecté exclusivement dans cet établissement ainsi que des produits et matériels[987].

c. Un accès favorisé à une complémentaire santé

144. Couverture maladie universelle complémentaire et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Toutes les dépenses de santé ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale ou par l'État, en particulier les frais d'optique et les prothèses dentaires. Ces dépenses sont alors à la charge des personnes détenues ou des complémentaires santé (mutuelles, sociétés d'assurances mutuelles, institutions de prévoyance) auxquelles elles ont choisi d'adhérer[988]. Toutefois, en cas de faibles ressources, les personnes détenues peuvent, comme toute personne, bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite, dite couverture maladie universelle complémentaire (C. M. U.-C.) et ce, dans les conditions prévues aux articles L. 861-1 à L. 861-10 et R. 861-1 à R. 861-18 du Code de la Sécurité sociale. En application de l'article L. 861-3 du présent code, les personnes bénéficiaires ont alors droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de Sécurité sociale (appelée « ticket modérateur ») lorsqu'elle n'est pas déjà pris en charge à un autre titre. Elles ont également droit à la prise en charge du forfait journalier hospitalier et des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement[989]. De même, les personnes bénéficiaires sont dispensées de l'avance de frais. Par conséquent, l'objectif de cette complémentaire santé est de permettre aux personnes incarcérées d' « *accéder pleinement au système de santé dans les meilleures conditions pendant leur détention et après leur libération* »[990]. Toutefois, les personnes détenues de nationalité étrangère, en situation irrégulière, ne peuvent pas bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire.

[987] V. C. séc. soc., art. L. 381-30-6.
[988] Financés par les cotisations de leurs membres, ces organismes sont chargés de compléter les remboursements de la Sécurité sociale et ce, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit.
[989] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 144-146 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[989] C. séc. soc., art. L. 863-1 à L. 863-6 et R. 863-1 à R. 863-7.
[990] *Ibidem*, p. 144.

En cas de ressources insuffisantes mais dépassant, dans la limite de 35 %, le plafond fixé pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire, les personnes détenues peuvent bénéficier d'un financement partiel de leur couverture complémentaire, appelé aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.)[991]. Cette aide se traduit par une déduction sur le montant des cotisations de l'organisme de protection complémentaire[992]. Là encore, les personnes détenues de nationalité étrangère, en situation irrégulière, ne peuvent pas bénéficier de cette aide publique. Depuis la réforme opérée par la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1er juillet 2015, les bénéficiaires de l'acquisition d'une complémentaire santé profitent du tiers payant intégral[993].

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice précise que les personnes détenues, qui ont des ressources trop élevées pour bénéficier de la gratuité ou du financement partiel de la complémentaire santé mais néanmoins insuffisantes pour le financement d'une complémentaire dans les conditions de droit commun, peuvent demander à bénéficier d'une aide des fonds d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et/ou de l'administration pénitentiaire. Dans ces conditions, les aides doivent être utilisées pour le paiement des prestations de santé[994].

Il faut néanmoins reconnaître que la protection sociale offerte aux personnes détenues se heurte à des difficultés. Dans son rapport public annuel 2014, la Cour des comptes a dénoncé la complexité du circuit de financement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues ainsi que le manque d'effectivité de la protection sociale. En effet, pour la Cour, « *cette couverture sociale, protectrice dans ses principes, se heurte toutefois, dans la pratique, à des difficultés qui peuvent en réduire l'effectivité. Les modalités de gestion et de suivi des droits sociaux des personnes détenues sont, en effet, variables d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à une autre. On constate fréquemment des problèmes d'affiliation, d'ouverture ou de reprise de droits et un défaut d'information de la personne*

[991] C. séc. soc., art. L. 863-1 à L. 863-6 et R. 863-1 à R. 863-7, modifiés par la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, JORF n°0183 du 9 août 2014 p. 13344 texte n° 2.
[992] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*, p. 144-146.
[993] Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, JORF n°0183 du 9 août 2014 p. 13344 texte n° 2.
[994] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*, p. 156.

détenue sur l'étendue de ses droits à l'entrée comme à la sortie de la détention »[995]. La Cour des comptes a ensuite ajouté que la conclusion d'une convention cadre *« définissant les obligations respectives des caisses, des services pénitentiaires d'insertion et de probation et des établissements pénitentiaires, généralisée en principe fin 2013, devrait permettre, à condition d'être effectivement appliquée, d'uniformiser les pratiques et de garantir la continuité de la protection sociale des personnes détenues* »[996]. Publié en 2012, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a en effet instauré une convention cadre relative à la protection sociale des personnes placées sous écrou[997]. Une circulaire du 31 juillet 2013 a précisé que la conclusion de ces conventions devait être généralisée en fin d'année 2013[998]. Cette généralisation tarde néanmoins. Le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville a signé cette convention, le 13 juin 2015, avec la Caisse primaire d'assurance maladie de Meurthe-et-Moselle, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation de Meurthe-et-Moselle, le Conseil départemental de l'accès au droit de Meurthe-et-Moselle, la Direction interrégionale des services pénitentiaires Est-Strasbourg et l'Agence régionale de santé de Lorraine.

Malgré ces difficultés, la protection sociale offerte aux personnes détenues n'en demeure pas moins un véritable facteur d'investissement dans le soin et contribue par là même, à l'effectivité du droit à la protection de la santé.

---

[995] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 265. V. aussi MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*, p. 121-148.

[996] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, *op. cit.*, p. 266.

[997] Un modèle de convention relative à la protection sociale figure en annexe de cette troisième édition du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, *op. cit.*, p. 237-244.

[998] Circulaire du 31 juillet 2013 n° DGOS/R4/PF1/1DSS/2A/2013 relative aux modalités de facturation à l'administration pénitentiaire des soins dispensés aux personnes détenues par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, NOR : AFSH1318574C.

2) Un facteur d'investissement dans le soin

145. Prise en charge sanitaire *intra-muros* et implication thérapeutique. À l'occasion de son enquête de terrain menée dans trois établissements pénitentiaires[999], la doctorante en sociologie, Lara Mahi, a découvert que le renoncement des personnes détenues aux soins pour des raisons financières est limité, voire inexistant. Il ressort de cette enquête que le financement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues favorise leur intégration aux soins comme le démontre le témoignage, qui suit, d'un détenu âgé de 70 ans, incarcéré depuis quatre ans en centre de détention :

« *Ça va peut-être vous choquer, mais tous les vieux qui se retrouvent dans les hospices modernes, vaut mieux qu'ils viennent en prison […] : on vous fait les dents, les lunettes, alors qu'à l'hospice on vous fait rien du tout. […] Ici au moins on a des appareils pour les dents. Ici par exemple, on m'a fait ces chaussures orthopédiques [il montre des chaussures blanches, montantes], sept cent euros quand même, ça leur a couté. Bon elles fuient mais ils les ont bien réparées. Les lunettes, j'ai attendu trois mois, comme dehors, mais on les a faites* »[1000]. Il ressort de ce témoignage que l'exécution d'une peine privative de liberté donne l'occasion à la personne condamnée de « se refaire une santé ». Souvent en marge du système de santé à l'extérieur, les personnes détenues profitent alors de ce passage en prison pour accéder aux soins médicaux et ce, grâce au financement de leur prise en charge sanitaire. En incitant les personnes détenues à s'investir dans le soin, ce financement contribue à garantir une part d'effectivité du droit d'accès aux soins.

L'investissement des personnes détenues en matière de santé est, outre l'aspect financier, renforcé et facilité par une déresponsabilisation des personnes détenues résultant de l'aspect totalitaire de l'univers carcéral. Si certaines personnes incarcérées voient dans le renoncement aux soins une certaine forme de liberté mais aussi de résistance et même d'opposition à l'institution carcérale, il n'en demeure pas moins, selon Lara Mahi, que la majorité des personnes détenues voient, dans le caractère contraignant et déresponsabilisant du milieu carcéral, le signe d'une meilleure prise en charge dans les unités sanitaires qu'en milieu libre. Se sentant davantage encadrées du fait des consultations médicales qui leur sont

[999] Ces trois établissements pénitentiaires sont situés en Aquitaine, dans le Limousin et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
[1000] Cité par MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 14 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

proposées, les personnes détenues sont ainsi incitées à s'impliquer dans une relation de soins « *en sollicitant, par exemple, des soins spécialisés tels que dentaires ou ophtalmologiques auxquels la plupart n'avaient pas recours en milieu non-carcéral* »[1001]. La privation de liberté a ainsi une incidence positive sur l'effectivité des droits du patient. Il ressort de la présente enquête que l'accès aux soins, résultant de cette implication thérapeutique, n'est finalement que secondaire. Les bénéfices recherchés par les personnes détenues qui s'investissent dans le soin sont davantage liés à l'immobilité contrainte par la privation de liberté et à la perception des consultations médicales comme « activité » ou « promenade », mais encore aux privilèges que les personnes incarcérées peuvent recevoir en retour de cet investissement (réductions de peine, aménagement de peine, titre de séjour, etc.)[1002]. Ainsi, Lara Mahi affirme en conclusion de son enquête que « *cet investissement dans les pratiques thérapeutiques n'a pas seulement pour finalité l'amélioration de l'état de santé ou la guérison mais traduit parfois davantage un moyen de retrouver des formes de liberté. L'obtention d'attestations, pour bénéficier de réductions de peine ou de certificats pour rester sur le territoire français, ainsi que l'aspect récréatif de l'interaction médicale, contribuent à expliquer pourquoi, en dépit des contraintes liées à l'environnement dans lequel ils sont pris, les patients détenus surinvestissent ce qu'ils désignent comme une "activité", en opposition à l'inertie de l'enfermement* »[1003].

En raison de la particulière vulnérabilité des personnes détenues et des difficultés rencontrées, eu égard aux contraintes carcérales, dans l'organisation de la prise en charge sanitaire en établissement pénitentiaire, cette prise en charge s'est non seulement traduite par un renforcement de l'accès aux soins mais aussi par une optimisation de l'offre de soins.

[1001] *Ibidem*, p. 17
[1002] *Ibid*., p. 14-16.
[1003] *Ibid*., p. 17.

§2. Une offre de soins optimisée

« [La télémédecine] *est un levier fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé* »[1004].

146. Un recours à la télémédecine. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a tenté de donner une assise juridique – manifestement insuffisante – à la télémédecine en la définissant comme un acte médical pratiqué à distance et en fixant les conditions de licéité de cet acte[1005]. En application de l'article 32 de la loi, l'acte médical à distance doit être réalisé par des moyens de communication appropriés, dans le strict respect des règles de déontologie ainsi que sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a conféré à la télémédecine un véritable statut juridique, nécessaire à son déploiement[1006]. Au sens de l'article 78 de la présente loi, la télémédecine se définit comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » qui « *met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* » [1007]. La télémédecine vise à établir un diagnostic, à assurer pour un patient à risque un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, à requérir un avis spécialisé, à préparer une décision thérapeutique, à prescrire des produits, à prescrire ou à réaliser des prestations ou des actes,

[1004] AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 2 : les monographies), mai 2012, p. 14 [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

[1005] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n° 190 du 17 août 2004 p. 14598 texte n° 2, art. 32.

[1006] Les actes de télémédecine sont soumis, comme tout acte médical, aux règles de droit commun. Néanmoins, du fait de l'intervention des technologies de l'information et de la communication (T.I.C.), ces règles de droit commun doivent être adaptées. Afin de protéger les patients et de s'assurer du respect de leurs droits, des dispositions spécifiques s'imposent alors aux utilisateurs de ces technologies. La télémédecine pose notamment la question particulière du droit à l'image du fait des captures d'image réalisées et ajoutées, conservées dans le dossier médical. Pour aller plus loin : LANGARD S., *Approche juridique de la télémédecine. Entre droit commun et règles spécifiques*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2012.

[1007] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184, texte n° 1. V. C. sant. pub., art. L. 6316-1, al.1 et 2.

ou à effectuer une surveillance de l'état des patients[1008]. Conformément à l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique, constituent des actes médicaux par télémédecine :

- la téléconsultation qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ;
- la téléexpertise qui permet à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux ;
- la télésurveillance médicale qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- la téléassistance médicale qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- et enfin, la réponse médicale apportée par le Service d'aide médicale urgente (S.A.M.U) dans le cadre de sa mission de régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente[1009].

A. Une pratique médicale à distance

147. Une priorité nationale de déploiement. Dès 2004, dans sa deuxième édition, le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues a affirmé la nécessité de mettre en place un réseau de télémédecine dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. L'intérêt est de permettre aux professionnels de santé « *de bénéficier de la technicité du plateau technique et de l'accès à des avis spécialisés sans pour autant recourir à des extractions médicales, tout en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations*

[1008] C. sant. pub., art. L. 6316-1. Selon l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (A.N.A.P.), « *la télémédecine s'inscrit dans le vaste champ de la télésanté, avec laquelle elle ne doit pas être confondue.* […] *La télésanté est l'utilisation de technologies numériques au bénéfice de pratiques tant médicales que médico-sociales, au service du bien-être d'une personne* »[1008]. V. AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 1 : les grands enseignements), mai 2012, p. 14 [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

[1009] C. sant. pub., art. L. 6311-2, L. 6314-1 et R. 6311-2. Dans un communiqué de presse du 26 mai 2014, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé a émis le souhait, face à la prédominance du secteur hospitalier, de déployer la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social. À ce titre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu l'expérimentation, pour une durée de quatre ans, du financement d'actes de télémédecine dans neuf régions pilotes, en médecine de ville et en structures médico-sociales.

transmises »[1010]. Huit ans plus tard, dans sa troisième édition, le présent guide a souligné à nouveau la nécessité de développer la télémédecine en milieu carcéral pour répondre aux difficultés d'accès aux soins de la population détenue[1011]. À ce titre, la mise en place d'un plan de développement de la télémédecine a été l'une des actions retenues par le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice[1012]. En 2011, une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a ainsi été déployée[1013]. Cinq chantiers nationaux prioritaires ont été déterminés, dont la santé des personnes détenues[1014]. En tout état de cause, cette priorité nationale traduit une volonté de mettre en place des mesures de protection particulière à l'égard des personnes détenues afin de leur garantir un accès aux soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

D'après le Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine[1015], plusieurs projets de télémédecine en milieu pénitentiaire sont opérationnels en Lorraine et ce, à travers le service régional de téléconsultation médicale de haute qualité, appelé « Odys »[1016]. Entre l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville et le centre hospitalier

---

[1010] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

[1011] *Ibidem*, p. 121.

[1012] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, p. 57 [consulté le 21 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[1013] Cette stratégie a été mise en place par un comité de pilotage au niveau national, dirigé par la Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.) avec la collaboration de la Délégation à la stratégie des systèmes information de santé (D.S.S.I.S.) et d'autres acteurs institutionnels concernés.

[1014] Les quatre autres chantiers identifiés sont : la permanence des soins en imagerie médicale, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la prise en charge d'une maladie chronique (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète, etc.) et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.

[1015] Informations communiquées par Arnaud Vezain, chef de projets au sein du Groupement de coopération sanitaire Télésanté Lorraine, lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.

[1016] Les premières téléconsultations pré-anesthésiques ont été expérimentées, en mars 2011, par le Professeur Hervé Bouaziz, médecin anesthésiste au centre hospitalier universitaire de Nancy, avec les patients détenus de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville et ce, via un outil de web conférence, appelé « Lorrconf ». Ce service a certes facilité l'organisation de réunions entre les professionnels de santé mais n'était toutefois pas adapté aux téléconsultations entre les médecins et leurs patients. En début d'année 2012, le chef de projets du GCS Télésanté Lorraine, Arnaud Vezain, a alors été missionné pour déployer un service de téléconsultation médicale en Lorraine. La société Covalia a ensuite été désignée, en mai 2012, pour fournir un outil informatique de téléconsultation. Le service « Odys » a ainsi été créé. Son financement est assuré par l'Agence régionale de santé (A.R.S.) de Lorraine et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (A.S.I.P. Santé). Via ce service régional de téléconsultation médicale de haute qualité, les deux premières téléconsultations pré-anesthésiques ont alors été réalisées, en novembre 2012, entre le centre hospitalier universitaire de Nancy et l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Depuis lors, le G.C.S. Télésanté Lorraine est chargé de son déploiement.

universitaire de Nancy sont assurées, chaque mardi après-midi, des téléconsultations pré-anesthésiques et, les mardis des semaines impaires, des téléconsultations en dermatologie[1017]. Des téléconsultations en dermatologie sont également pratiquées entre l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Metz-Queuleu et le centre hospitalier régional de Thionville mais aussi, entre l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Épinal et le centre hospitalier d'Épinal. Au total, cent-treize actes de téléconsultations ont été réalisés en 2013 et cent quatre-vingt-dix en 2014, soit une augmentation de près de 40%[1018].

148. Un meilleur accès aux soins. La mise en place d'un réseau de télémédecine, au sein d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire, permet de favoriser et d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues, en particulier aux consultations spécialisées[1019]. Les actes de télémédecine permettent de faire face à la pénurie de médecins spécialisés intervenant en prison. Le temps d'accès aux consultations spécialisées est considérablement réduit[1020] ce qui génère aussi une prise en charge plus rapide des pathologies. Il arrive même que l'offre de soins soit supérieure à la demande. C'est le cas, par exemple, de l'offre de soins en dermatologie à disposition des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville[1021]. L'indisponibilité des consultations spécialisées occasionne une prise en charge retardée susceptible d'aggraver les pathologies. Les complications dues à un retard de

---

[1017] Établissement pénitentiaire mixte comportant un quartier « maison d'arrêt » et un quartier « centre détention », le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville a une capacité d'accueil théorique de six cent quatre-vingt-dix places.

[1018] Ces chiffres nous ont été communiqués par Arnaud Vezain, chef de projets au sein du Groupement de coopération sanitaire Télésanté Lorraine, lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.

[1019] V. le retour d'expérience de la mise en place d'un réseau de télémédecine au sein de l'unité de consultation et de soins ambulatoires du centre pénitentiaire de Lannemezan (Midi-Pyrénées) : DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*, décembre 2011, p. 61-67 [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ guide_methhodologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf ; V. aussi le retour d'expérience de la mise en place d'un réseau de télémédecine au sein l'unité de consultation et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy (Île-de-France) : AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national), mai 2012, p. 58-65 [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome2.pdf

[1020] D'après le Docteur Fadia Doumat-Batch, dermatologue au Centre hospitalier universitaire de Nancy (Technopôle Nancy-Brabois, bâtiment Philippe Canton), le délai moyen d'attente pour une consultation traditionnelle en dermatologie est de trois à quatre mois alors que ce délai est d'un mois pour une téléconsultation. Les téléconsultations en dermatologie sont assurées les mardis des semaines impaires, soit deux fois par mois. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.

[1021] Lors de notre entretien, le Docteur Fadia Doumat-Batch nous a indiqué qu'elle avait vu en téléconsultation, ce jour, quatre personnes détenues alors qu'elle peut recevoir jusqu'à sept, soit quatorze patients dans le mois. Le mardi précédent, aucune personne détenue n'avait sollicité de téléconsultation en dermatologie. De ce fait, celles-ci ont ainsi été annulées. Ainsi, selon le Docteur Fadia Doumat-Batch, « *l'offre de soins* [en dermatologie] *est supérieure à la demande. C'est le grand luxe* ». Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.

prise en charge sont dès lors évitées par la télémédecine. En concentrant l'activité de soins au sein de l'unité sanitaire des établissements pénitentiaires, la télémédecine apparaît également comme un outil indispensable pour assurer et optimiser la continuité des soins. Par ailleurs, la mise en place d'un réseau de télémédecine limite le recours aux extractions médicales. D'après le Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine, le coût estimé, retenu pour la Lorraine, d'une extraction médicale s'élève à huit cents euros[1022]. Aussi, la téléconsultation permet à l'administration pénitentiaire, soit de réaliser des économies financières, soit de ventiler les extractions médicales non utilisées sur d'autres pathologies. De ce fait, le délai moyen d'attente pour les extractions médicales est également réduit ce qui facilite l'accès aux consultations traditionnelles[1023]. En somme, la télémédecine permet de faciliter l'organisation des consultations médicales et d'optimiser l'utilisation du temps médical.

Le menottage et les entraves ainsi que la présence du personnel pénitentiaire lors des consultations médicales sont en outre les principaux motifs de refus de soins opposés par les patients détenus[1024]. Ces mesures de sécurité portent en effet atteinte à la relation de confiance entre le médecin et le patient et, en raison de leur exposition publique, sont vécues comme un traitement humiliant et dégradant. De même, pour limiter tout risque d'évasion, la date de la consultation n'est jamais communiquée par avance au détenu ce qui ne lui laisse pas le temps de s'y préparer. En somme, le taux d'abstention aux téléconsultations médicales est moins important que celui aux consultations médicales classiques[1025].

Il convient enfin de préciser que les actes de télémédecine ne s'imposent pas à la personne détenue, et ce comme le patient en milieu libre. Il a le choix entre la pratique médicale traditionnelle et la télémédecine. Il peut dès lors s'opposer à bénéficier d'un acte de télémédecine. Comme tout acte médical, l'acte de télémédecine doit en effet requérir au

---

[1022] Informations communiquées par Arnaud Vezain, chef de projets au sein du Groupement de coopération sanitaire Télésanté Lorraine, lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.

[1023] Le délai moyen d'attente pour l'extraction médicale d'un « patient détenu » au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est de plus de quarante jours eu égard aux possibilités d'extraction qui sont de quatre par jour. En 2014, huit cent quatre-vingt-six extractions médicales ont été réalisées depuis le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[1024] En 2014, près de cent cinquante-cinq consultations externes (spécialités médicales, échographies, radiologies, scanner, etc.) ont été reportées ou annulées suite à un refus de la personne incarcérée du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Informations recueillies lors d'un entretien téléphonique, en date du 9 mars 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[1025] Le taux d'abstention aux consultations classiques oscille entre 25 et 30 % alors que le taux d'abstention aux téléconsultations ne dépasse pas les 10 %. Informations recueillies lors d'un entretien téléphonique, en date du 9 mars 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

préalable le consentement du patient[1026]. Lorsque le patient refuse l'acte de télémédecine proposé, le médecin est tenu de respecter ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences et ce, en référence à l'article R. 4127-36 du Code de la santé publique. Néanmoins, l'article R. 4127-47 du présent code dispose que la continuité des soins aux malades doit être assurée quelles que soient les circonstances. Le médecin doit donc veiller à ce que la continuité des soins soit assurée en proposant au patient un acte médical traditionnel.

149. Une meilleure qualité des soins. La mise en place d'un réseau de télémédecine dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires s'avère être un gage de qualité dans l'organisation des soins. Prenons l'exemple des téléconsultations en anesthésie qui sont organisées entre le centre hospitalier universitaire de Nancy et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville[1027]. Tout patient, dont l'état de santé requiert une anesthésie, doit faire l'objet d'une consultation pré-anesthésique. Dès lors, afin de bénéficier de cette consultation par visioconférence, le « patient détenu » est conduit à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire accompagné et pris en charge par un médecin généraliste[1028]. Ce professionnel de santé se connecte alors au service régional de téléconsultation médicale de haute qualité, appelé « Odys », et mesure les constantes physiologiques du patient (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, etc.) qu'il retranscrit aussitôt dans son dossier médical. Connecté simultanément à « Odys », le médecin anesthésiste réalise sa consultation pré-anesthésique à distance en disposant de deux écrans d'ordinateur. Alors que le premier écran montre l'image vidéo du patient, le second affiche son dossier médical. Les supports techniques, mis en place par le G.C.S. Télésanté Lorraine, assurent une haute qualité d'image ainsi qu'une haute performance des zooms optiques et du système audio. Dans ces conditions, le médecin anesthésiste peut recueillir à distance des données objectives, notamment des mesures morphologiques, mais aussi réaliser des captures d'images qu'il insère au-fur-et-à-mesure dans le dossier médical du patient.

[1026] C. sant. pub., art. R. 6316-2 et R. 4127-36.

[1027] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 12 janvier 2015, avec le Professeur Hervé Bouaziz, médecin anesthésiste au centre hospitalier universitaire de Nancy.

[1028] L'alinéa premier de l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique n'exige la présence que d'un seul médecin lors d'une activité de télémédecine. D'ailleurs, pour les activités de télémédecine en dermatologie, le « patient détenu » est accompagné par un soignant à l'unité sanitaire. Toutefois, la pratique de la télémédecine en anesthésie requiert qu'une auscultation cardio-pulmonaire soit réalisée par un médecin. Dès lors, deux médecins participent à l'activité de télémédecine, le médecin généraliste et le médecin anesthésiste. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Pour le Professeur Hervé Bouaziz, médecin anesthésiste au centre hospitalier universitaire de Nancy, la qualité des téléconsultations est aussi bonne que celle des consultations traditionnelles, voire même meilleure[1029]. Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, témoigne également de la qualité de la prise en charge des patients détenus lors des téléconsultations en dermatologie. Seulement 5 à 7 % des téléconsultations nécessitent un deuxième rendez-vous dans le cadre d'une consultation traditionnelle[1030]. Le Docteur Fadia Doumat-Batch, dermatologue au Centre hospitalier universitaire de Nancy, souligne la qualité des téléconsultations et la haute performance des supports techniques mais signale pour autant que les nouvelles technologies de l'information et de la communication (N.T.I.C.) ne remplacent pas la palpation[1031]. Les conditions des téléconsultations médicales sont en outre nettement plus décentes pour les personnes détenues. En limitant les extractions médicales, le recours aux actes de télémédecine permet d'éviter, pour des raisons de sécurité, de soumettre les patients détenus à des mesures de contraintes (port des menottes et entraves) et à une surveillance rapprochée du personnel pénitentiaire. La qualité des soins en est ainsi préservée[1032].

Les conditions de travail des professionnels de santé sont aussi améliorées. En pratiquant leurs actes à distance, ces derniers prennent en charge les patients détenus en toute sécurité[1033]. La mise en place d'un réseau de télémédecine, dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires, rompt également l'isolement des professionnels de santé exerçant au sein de ces unités, en favorisant et améliorant notamment leur collaboration avec les professionnels de santé intervenant *extra-muros*. Outre cette collaboration interprofessionnelle renforcée, la pratique des actes de télémédecine implique un échange et un partage de connaissances ainsi qu'une utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (N.T.I.C.) renforçant et élargissant, dès lors, les compétences des professionnels de santé. Toutefois, si les actes de télémédecine sont exercés collectivement, chacun des médecins qui participe à l'examen ou au traitement du patient

[1029] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 12 janvier 2015, avec le Professeur Hervé Bouaziz, médecin anesthésiste au centre hospitalier universitaire de Nancy. À l'initiative des premières téléconsultations pré-anesthésiques organisées dans l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, le Professeur Hervé Bouaziz a pour actuel projet d'expérimenter la télémédecine à domicile.
[1030] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.
[1031] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.
[1032] Notons que le recours aux actes de télémédecine permet aussi d'éviter d'escorter des délinquants potentiellement dangereux, de prévenir tout risque d'évasion et ainsi, de sauvegarder l'ordre public.
[1033] En dehors des téléconsultations, les soins en dermatologie sont dispensés au Centre hospitalier universitaire de Nancy (Technopôle Nancy-Brabois, bâtiment Philippe Canton).

assume ses responsabilités personnelles et ce, conformément aux articles R. 4127-64 et R. 4127-69 du Code de la santé publique[1034]. Par conséquent, les actes médicaux pratiqués à distance, via les nouvelles technologies de l'information et de la communication, ne déresponsabilisent en aucun cas les professionnels de santé. « *Chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* »[1035]. En engageant la responsabilité personnelle de chacun des professionnels de santé concernés, cette pratique médicale à distance veille ainsi à ce qu'une certaine qualité des soins soit dispensée aux personnes détenues.

Le recours aux actes de télémédecine apparaît, par conséquent, comme un gage d'effectivité de l'accès aux soins mais aussi de la qualité et de la continuité des soins des personnes détenues. En renforçant et en optimisant l'offre de soins en prison, la télémédecine se révèle être un outil au service d'une politique de normalisation de la prise en charge de la santé des personnes détenues. Le recours aux actes de télémédecine en milieu carcéral peut néanmoins s'intensifier.

B. Un recours à promouvoir

150. Des freins et obstacles au déploiement. Les principaux freins et obstacles à la mise en œuvre, mais aussi à la pérennité des projets de télémédecine, ont été identifiés[1036]. Il convient cependant de préciser que ces freins et obstacles ne sont pas forcément propres au milieu carcéral[1037].

En premier lieu, le déroulement des activités de télémédecine se heurte au déficit des structures de soins en milieu carcéral nécessaires à la réalisation des téléconsultations. Selon Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, les locaux des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P) ne sont pas assez nombreux pour optimiser le déploiement de la télémédecine dans les établissements

[1034] Pour aller plus loin : LANGARD S., *Approche juridique de la télémédecine. Entre droit commun et règles spécifiques*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2012, p. 141-154.
[1035] C. sant. pub., art. R. 4127-69.
[1036] AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 1 : les grands enseignements), mai 2012, p. 39-41 [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf
[1037] GILARDEAU A., « La télémédecine en milieu carcéral : entre application et protection des droits fondamentaux des détenus » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 173-192.

pénitentiaires[1038]. En outre, Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine souligne que « *la technique est aujourd'hui au point, hormis sur quelques spécialités non adaptées à la télémédecine* »[1039]. Il convient en effet de préciser que toutes les spécialités médicales ne sont pas adaptées à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (T.I.C.) et ne peuvent donc être pratiquées à distance. Toutefois, malgré une technique au point, les supports techniques dont disposent les acteurs d'un projet de télémédecine ne sont parfois pas d'une qualité suffisante. Une haute qualité est pourtant nécessaire à l'exercice de la télémédecine. Selon l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (A.N.A.P.) « *le projet* [de télémédecine] *repose sur le caractère opérationnel de l'infrastructure réseau et des solutions matérielles et logicielles de télémédecine mises en place. Le service informatique de l'établissement de référence joue un rôle important* »[1040].

En second lieu, le déploiement de la télémédecine en milieu carcéral est lié à l'implication des professionnels de santé dans les projets de télémédecine. D'une part, la mise en place de projets de télémédecine se heurte à la résistance au changement de certains professionnels de santé, attachés à une médecine clinicienne réputée au contact direct du malade[1041]. Pour Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine, « *ces technologies, même si elles deviennent de plus en plus courantes, repoussent un certain nombre d'acteurs pour diverses raisons (déshumanisation, techno phobie, ...). C'est aussi beaucoup une question d'Homme* »[1042]. Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville témoigne notamment de la résistance des psychiatres à l'usage de la télémédecine en raison d' « *une dématérialisation* » et d'une « *déshumanisation de la relation de soins* »[1043]. Ne conviendrait-il pas, de ce fait, d'informer les professionnels de santé sur les bénéfices de la pratique de la

---

[1038] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.
[1039] Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine. Propos recueillis lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.
[1040] AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe (Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national), op. cit.*, p. 64.
[1041] V. AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 1 : les grands enseignements), op. cit., p. 39-41.
[1042] Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine. Propos recueillis lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.
[1043] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

télémédecine ainsi que sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication qui permettent de réaliser des actes médicaux à distance ? Cette information ne pourrait-elle pas être complétée par une formation à l'utilisation de ces technologies ? En outre, cette résistance à la télémédecine est motivée par l'impossibilité de palper le patient[1044]. L'examen physique occupe une place centrale dans la pratique médicale. Certains professionnels de santé ne peuvent donc se résoudre à pratiquer un acte médical sans contact physique. Ce motif est particulièrement mis en avant par le Docteur Catherine Merle, médecin coordonnateur de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Vesoul[1045]. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a d'ailleurs constaté que « *l'application de la télémédecine peut faire craindre un recul dans le rapport humain entre malades et soignants* »[1046].

D'autre part, comme le souligne le chef de projets au sein du G.C.S. Télésanté Lorraine, « *pour faire une téléconsultation, il faut un groupe de plusieurs experts sur chaque spécialité (dermatologue, anesthésiste, etc.) qui en acceptent le principe, et qui disposent de temps à y consacrer, car cela apparait toujours comme une charge supplémentaire très souvent mal venue en ces temps. Ce n'est pas la faute des experts, mais de la charge qui est placée sur leurs épaules* »[1047]. En raison du manque de ressources médicales, la conduite d'une activité de télémédecine en milieu carcéral peut ainsi être freinée par le manque de « temps médical »[1048] dans les structures de soins et ce, même si cette activité contribue à optimiser l'utilisation de ce temps. « *Dans une situation où nous n'avons pas de temps médical, on ne peut pas faire grand-chose. Éventuellement réussir à faire prendre conscience à la direction de l'hôpital que c'est une activité valorisante pour les experts, et l'établissement lui-même. Mais on est loin de pouvoir imaginer une embauche spécialement pour cette activité par exemple. Cette activité peut facilement être perçue comme chronophage et non rentable* »[1049]. En outre, l'exercice collectif des actes de télémédecine n'est pas sans poser quelques difficultés organisationnelles. En effet, « *la télémédecine exige la présence d'un*

[1044] Pour aller plus loin, sur l'importance de la palpation dans l'exercice de la pratique médicale : PINARD A., *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, Paris, H. Lauwereyns, 1878.
[1045] Information recueillie lors d'un entretien, en date du 25 juillet 2015, au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (Vesoul).
[1046] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 132.
[1047] Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine. Propos recueillis lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.
[1048] Le temps médical correspond au temps nécessaire au bon fonctionnement de la structure de soins.
[1049] Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine. Propos recueillis lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.

intervenant (médecin, IDE[1050]*) auprès du patient, intervenant qui n'est pas là lors d'une consultation physique. Et même si la présence de cette personne est toujours plus économique qu'une extraction, la réorganisation n'est pas pour autant simple* »[1051]. Là encore, du temps médical, et même paramédical, doit pouvoir être dégagé. Or, le temps d'une téléconsultation est supérieur à celui d'une consultation classique en raison, notamment, de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. À titre d'exemple, d'après le docteur Fadia Doumat-Batch[1052], dermatologue, une téléconsultation en dermatologie dure trente minutes par patient contre dix à quinze minutes pour une consultation classique.

Enfin, l'absence de valorisation financière des actes de télémédecine contrarie le déploiement de la télémédecine dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Pour le Docteur Fadia Doumat-Batch, les professionnels de santé qui exercent des actes de télémédecine ne perçoivent pas de bénéfices du fait de cette pratique médicale. Il s'agit d'« *un service que l'on rend* »[1053]. D'une part, la durée des téléconsultations en dermatologie est supérieure à celle des consultations classiques. D'autre part, les téléconsultations sont rémunérées au titre d'une consultation classique. Enfin, le professionnel de santé accepte de prendre un risque en pratiquant un acte de télémédecine. Les décisions prises et les actes pratiqués, dans le cadre d'une activité de télémédecine, engagent la responsabilité personnelle du professionnel de santé. Or, à distance, il n'est pas aisé pour ce praticien d'établir un diagnostic, d'administrer un traitement ou de prendre toute autre décision médicale du fait, notamment, de l'impossibilité de palper le patient.

151. Des projets à développer. Même si, au 31 décembre 2012, sur les vingt-six agences régionales de santé (A.R.S.), vingt d'entre elles ont repris la priorité nationale « santé des personnes détenues », seulement dix-huit projets de télémédecine (dont sept opérationnels)

[1050] Cette abréviation signifie infirmier diplômé d'État.
[1051] Arnaud Vezain, chef de projets au Groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) Télésanté Lorraine. Propos recueillis lors de plusieurs entretiens entre décembre 2014 et mars 2015.
[1052] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.
[1053] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.

sur trois cent trente-et-un concernaient la santé des personnes détenues, soit 5 %[1054]. En constatant dans son rapport public annuel 2014, que seules 13,5 % des unités sanitaires avaient mis en place des téléconsultations en 2011, la Cour des comptes a dénoncé un « *recours embryonnaire* » à cette pratique médicale à distance[1055]. Dans un avis du 16 juin 2015, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, a jugé le développement de la télémédecine en milieu carcéral insuffisant[1056]. Au 1er janvier 2016, environ 25 projets de télémédecine en milieu pénitentiaire étaient en cours[1057].

Le recours aux actes de télémédecine peut s'ouvrir à d'autres spécialités médicales ou paramédicales. Il convient alors d'une part, d'identifier les besoins prioritaires pour chaque unité sanitaire en ciblant les spécialités médicales ou paramédicales les plus sollicitées et d'autre part, de déterminer parmi ces spécialités celles qui peuvent être pratiquées à distance via l'organisation de téléconsultations au moyen de nouvelles technologies de l'information et de la communication. Cet élargissement à d'autres spécialités doit évidemment tenir compte de l'offre de soins des établissements de santé et notamment des spécialités proposées. Toutefois, les unités sanitaires sont confrontées, comme le souligne le Docteur Catherine Merle de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Vesoul, à l'absence de « *recueil de données, national et interne aux unités* », pour évaluer la santé des personnes détenues et adapter l'offre de soins à leurs besoins[1058]. La priorité est ainsi de mettre en place un recueil de données et d'analyse de besoins de santé de la population détenue.

Ensuite, un praticien de la spécialité sollicitée (ou plusieurs) doit accepter de pratiquer des actes de médecine à distance. Dès lors, les besoins en télémédecine sont évalués en

---

[1054] DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *La preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des P.R.T. et du recensement des projets télémédecine 2013*, 2015, p. 20 [consulté le 10 février 2015]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html.
Déjà au cours du dernier trimestre 2011, sur les deux cent cinquante-six projets de télémédecine recensés, treize d'entre eux (dont moins de cinq opérationnels) concernaient la santé des personnes détenues », soit seulement 5 %. V. DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *Le recensement des activités de télémédecine*, 2012, 10 p. [consulté le 10 février 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf

[1055] V. COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 259.

[1056] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé,* JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

[1057] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, p. 52.

[1058] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 25 juillet 2015, au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (Vesoul).

matière « *de volume et de faisabilité* »[1059]. C'est ainsi que de nouveaux projets de télémédecine, au sein de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, sont en cours d'étude. Ces projets concernent la mise en place de téléconsultations ophtalmologiques[1060], de téléconsultations en oto-rhino-laryngologie (O.R.L.)[1061] mais aussi, de téléconsultations orthopédiques et traumatologiques[1062]. *A contrario*, la question des besoins en télémédecine peut expliquer qu'aucun projet de télémédecine ne soit mis en place dans certains établissements pénitentiaires. D'après le Docteur Catherine Merle, médecin coordonnateur de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Vesoul, l'offre de soins aux personnes détenues de la maison d'arrêt est satisfaisante et ne justifie donc pas que des projets de télémédecine soient mis en place et ce, par manque de besoins. Si l'unité sanitaire est toutefois équipée pour pratiquer des visio-consultations pré-anesthésiques, une seule visio-consultation a été réalisée ces cinq dernières années[1063].

En collaboration avec des médecins généralistes de ville, l'organisation d'activités de télémédecine en médecine générale, au sein des unités sanitaires des établissements pénitentiaires, optimiserait l'utilisation du temps médical et de ce fait, le parcours de soins des personnes détenues. Même si du temps soignant devra tout de même être mobilisé, la télémédecine permettrait aux petits établissements pénitentiaires de renforcer leurs faibles ressources médicales. Il n'est toutefois pas question de remplacer la médecine traditionnelle mais au contraire de la seconder et ce, en particulier pour les prescriptions médicales.

[1059] Formulation employée par Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Informations recueillies lors d'un entretien avec Denis Titah, le 5 février 2015.

[1060] Des téléconsultations ophtalmologiques seront prochainement mises en place entre le centre hospitalier universitaire de Nancy et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Ces téléconsultations seront asynchrones, la présence de l'ophtalmologue n'étant pas exigée à l'instant T. Le « patient détenu » sera accompagné d'un soignant qui se chargera de prendre des clichés du fond de l'œil et de les transmettre au praticien qui aura alors une semaine pour les valider. Ces téléconsultations seront organisées pour les personnes détenues diabétiques mais aussi pour ceux présentant une hypertension artérielle. Informations recueillies lors d'un entretien avec Denis Titah, le 5 février 2015, à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[1061] Un projet de téléconsultations en oto-rhino-laryngologie (O.R.L.) entre le centre hospitalier universitaire de Nancy et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est aussi en discussion. La haute précision de la caméra, nettement supérieure à la vue, permettrait de pallier l'impossibilité pour le praticien de palper le patient. Néanmoins, l'avancée de ce projet est particulièrement freinée par le coût important du matériel technique nécessaire à la mise en place de cette activité de télémédecine. Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 5 février 2015, avec Denis Titah, cadre de santé à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[1062] La mise en place d'activités de téléconsultations orthopédiques et traumatologiques entre le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville et le centre chirurgical Émile Gallé est également en projet. Informations recueillies lors d'un entretien avec Denis Titah, le 5 février 2015, à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

[1063] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 25 juillet 2015, au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (Vesoul). Au 1er août 2015, le nombre de personnes détenues à la maison d'arrêt de Vesoul était de quarante-sept, dont deux sous le régime de la semi-liberté (pour un total de quatre-vingt-quatorze personnes écrouées). Ces chiffres nous ont été communiqués par le greffe de la maison d'arrêt.

Ces actes de télémédecine n'interviendraient alors qu'à titre complémentaire car ils ne peuvent pas remplacer l'examen clinique et la palpation du médecin. Les téléconsultations en médecine générale auraient également pour intérêt d'assurer une permanence médicale les weekends dans les établissements pénitentiaires. À ce titre, la question du traitement des urgences médicales se pose également.

Conclusion du Chapitre 1

152. La prison, un « *lieu où l'on soigne* »[1064]. La prison est communément perçue comme « *the black flower of the civilized society* »[1065](la fleur noire de la société civilisée) mais tout n'est pas noir en prison, en témoigne la prise en charge de la santé des personnes détenues. Ces personnes sont généralement confrontées à une précarité sanitaire pré-carcérale qui résulte de difficultés socio-économiques et de problématiques de santé importantes. À cet égard, les personnes détenues sont des patients avec des besoins de santé particuliers. Ce particularisme est renforcé par l'effet délétère de la privation de liberté qui se manifeste à l'encontre des personnes détenues par des répercussions physiques et psychiques mais aussi des répercussions économiques et sociales. Et, pour faire face à ce particularisme, des mesures de protection particulière sont mises en place le temps de l'incarcération en vue de garantir l'effectivité du droit fondamental à la protection de la santé reconnu à tout individu même placé en détention. Par là-même, ces mesures contribuent à garantir l'effectivité des droits du patient reconnus aux personnes détenues. La vulnérabilité des personnes détenues implique la légitimation de cette protection particulière, exorbitante du droit commun**.** La mise en œuvre de la normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues doit donc « *tenir compte de la situation spécifique de la privation de liberté, qui nécessite parfois l'octroi de services, de garanties ou de protections spécifiques ou supplémentaires* »[1066]. Aussi, la prison est un lieu où l'on soigne. Le temps de l'incarcération incite les personnes détenues à se pencher sur leur santé tant physique que morale. Il est ainsi essentiel que des mesures spécifiques soient mises en œuvre pour répondre à leurs besoins de santé particuliers. Néanmoins, en dépit de quelques incidences positives, la privation de liberté a manifestement des incidences négatives sur la reconnaissance des droits du patient en faveur de la personne détenue. Cela étant, il faut identifier les causes d'ineffectivité des droits du patient inhérentes à la privation de liberté afin de remédier à ces obstacles à la pleine jouissance des droits.

[1064] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013.

[1065] Nathaniel Hawthorne, *The Scarlet Letter*, 1850 cité par GUILBAUD F., MALOCHET G., « Prisons : l'équilibre des tensions » in BENGUIGUI G., GUILBAUD F., MALOCHET G., *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ social, 2011, p. 7.

[1066] SNACKEN S., « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », in DE SCHUTTER O., KAMINSKI D. [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 152. V. dans ce présent article, les défis et limites de la « normalisation » en prison (p. 145).

CHAPITRE 2 :
DES MULTIPLES INCIDENCES NÉGATIVES

« *L'injustice ne se trouve jamais dans les droits inégaux,*
elle se trouve dans la prétention des droits égaux ».
(Friedrich Nietzsche)

153. Des restrictions légitimes, nécessaires et proportionnées aux droits des personnes détenues. N'étant juridiquement privée que de sa liberté, la personne détenue demeure titulaire de tous ses droits. Dès 1955, l'ensemble des Règles minima pour le traitement des détenus a énoncé que « *l'ordre et la discipline doivent être maintenus avec fermeté, mais sans apporter plus de restrictions qu'il n'est nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une vie communautaire bien organisée* »[1067]. Aux termes des Règles pénitentiaires européennes révisées en 2006, « *les restrictions imposées aux personnes privées de liberté doivent être réduites au strict nécessaire et doivent être proportionnelles aux objectifs légitimes pour lesquels elles ont été imposées* »[1068]. Dans une telle perspective, les restrictions aux droits de la personne détenue, conçues comme l'exception au principe, ne peuvent être fondées que sur les principes de légitimité, de nécessité et de proportionnalité. Les restrictions imposées aux droits des personnes détenues doivent alors poursuivre un objectif légitime tel que le maintien de l'ordre et de la sécurité dans les établissements pénitentiaires. Selon l'ancien article D. 242 du Code de procédure pénale, conforme à l'ensemble des Règles minima pour le traitement des détenus, l'ordre et la discipline « *doivent être maintenus avec fermeté, mais sans apporter*

[1067] NATIONS-UNIES, *Ensemble des Règles minima pour le traitement des détenus*, adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. V. aussi, C. pr. pén., anc. art. D. 242 : « *L'ordre et la discipline doivent être maintenus avec fermeté, mais sans apporter plus de contraintes qu'il n'est nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une bonne organisation de la vie en collectivité* » (abrogé par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale, JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13, art. 46).

[1068] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des ministres aux États-membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des délégués des ministres (principe n° 3, en annexe).

plus de contraintes qu'il n'est nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une bonne organisation de la vie en collectivité »[1069]. Toutefois, le maintien de l'ordre et de la sécurité ne peut, à lui seul, justifier les restrictions imposées. Celles-ci doivent répondre à une exigence de proportionnalité et de nécessité. « *Une mesure est considérée comme nécessaire quand il n'existe pas un autre moyen grave, permettant d'atteindre le même but en limitant moins les droits fondamentaux* »[1070]. Autrement dit, la mesure de restriction doit être strictement nécessaire à la réalisation de l'objectif légitime poursuivi et un juste équilibre doit être maintenu entre la protection des droits fondamentaux et les restrictions imposées à ces droits[1071]. Par conséquent, « *le sacrifice de la liberté ne doit intervenir qu'à titre d'ultima ratio* »[1072].

Dans l'arrêt du 27 mai 2005, *Section française de l'Observatoire international des prisons, M. Bret et Mme Blandin*, le Conseil d'État a jugé que l'exercice des droits et libertés fondamentaux des personnes détenues est subordonné aux « *contraintes inhérentes à leur détention* »[1073]. Il ressort des dispositions de l'arrêt *Bunel* du Conseil d'État, en date du 2 septembre 2005, que « *le consentement libre et éclairé du patient aux soins médicaux qui lui sont prodigués ainsi que le droit de chacun au respect de sa liberté personnelle qui implique en particulier qu'il ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui* », constituent des libertés fondamentales au sens de l'article L. 512-2 du Code de justice administrative. La Haute juridiction a en outre précisé, dans cet arrêt, que « *s'agissant des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires, leur situation est nécessairement tributaire des sujétions inhérentes à leur détention* »[1074].

[1069] Abrogé par le Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13.

[1070] KATROUGALOS G., AKOUMIANAKI D., « L'application du principe de proportionnalité dans le champ des droits sociaux », *RDP* 2012, p. 1381.

[1071] Le principe de proportionnalité a été consacré par la Cour européenne des droits de l'homme mais aussi par le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État. Pour aller plus loin : KATROUGALOS G., AKOUMIANAKI D., « L'application du principe de proportionnalité dans le champ des droits sociaux », *RDP* 2012, p. 1381.

[1072] WACHSMANN P., *Libertés publiques*, 7e éd., Paris, Dalloz, coll. « Cours », 2013, n° 217, p. 231.
Ultima ratio se dit de « *la force qui emporte la décision* », autrement dit du « dernier argument ». V. Le Trésor de la langue française informatisé, V° *Ultima ratio* [consulté le 12 mai 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

[1073] CE, réf., 27 mai 2005, *Section française de l'Observatoire international des prisons, M. Bret et Mme Blandin*, req. n° 280866, Lebon 232.

[1074] CE, réf., 2 septembre 2005, *Bunel*, req. n° 284803. Le Conseil d'État a pour autant affirmé que si la protection de la santé constitue un principe de valeur constitutionnelle, « le droit à la santé » n'est pas une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative.

Dans un souci d'encadrement des restrictions aux droits des personnes détenues, le législateur est intervenu par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[1075].

154. Des restrictions légales aux droits des personnes détenues. L'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a non seulement énoncé que l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits mais a aussi déterminé les restrictions légales qui peuvent être apposées à l'exercice des droits reconnus aux personnes détenues[1076]. Conformément aux exigences de l'État de droit, l'administration pénitentiaire est ainsi soumise au principe de légalité de l'action administrative dans le cadre des restrictions aux droits des personnes détenues qu'elle est susceptible de mettre en place. Ce principe de légalité est un « *principe fondamental de l'action administrative, déduit du libéralisme politique, à titre de garantie élémentaire des administrés, et selon lequel l'Administration ne peut agir qu'en conformité avec le droit, dont la loi écrite n'est qu'un des éléments* »[1077]. Par conséquent, l'exercice des droits des personnes détenues ne peut faire l'objet que des seules restrictions prévues par la loi pénitentiaire. Parmi les obstacles légaux à la pleine effectivité des droits des personnes détenues, énumérés à l'article 22 de cette loi, figurent :

- les contraintes inhérentes à la détention,
- le maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements,
- la prévention de la récidive,
- la protection de l'intérêt des victimes.

Ces restrictions doivent tenir compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue. Des restrictions sont expressément prévues par la loi pénitentiaire. En matière de santé, il ressort des dispositions de l'article 50 de la loi pénitentiaire que le droit de la personne détenue handicapée au libre choix de son aidant peut être restreint. L'administration pénitentiaire peut en effet, par décision spécialement motivée, s'opposer au choix de l'aidant.

Pour la pénologue et criminologue Sonja Snacken, « *les détenus ne sont pas automatiquement exclus de la protection des droits de l'homme et toute limitation à leurs droits fondamentaux doit être légale et légitime, et donc absolument nécessaire dans un État*

[1075] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[1076] *Ibidem*.
[1077] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Légalité (Principe de).

de droit. L'État de droit protège tout un chacun contre tout pouvoir irrationnel et émotionnel. Les détenus ne sont pas exclus de l'État de droit. Ils doivent donc eux aussi être protégés, par exemple contre les pouvoirs discrétionnaires exercés en prison »[1078]. Si l'encadrement légal de ces restrictions peut sembler protéger l'effectivité des droits de la personne détenue du pouvoir discrétionnaire de l'administration pénitentiaire, la réalité est toute autre. Conformément aux développements précédents, les dispositions de la loi pénitentiaire subordonnent l'exercice des droits des personnes détenues aux exigences, certes légitimes mais, propres à l'administration pénitentiaire énoncées à l'article 22 de la loi et font, de ce fait, obstacle à la pleine effectivité de ces droits. En dépit de leur soumission aux principes de légalité et de légitimité, les restrictions doivent poursuivre des objectifs légitimes que l'administration pénitentiaire peut largement interpréter au regard de leur formulation dans la loi pénitentiaire. Il est en effet à craindre que les notions de « contraintes inhérentes à la détention », « d'ordre et de sécurité » menacent l'effectivité des droits des personnes détenues. En ce sens, comme l'affirmait Portalis, « *le maintien de l'ordre public dans une société est la loi suprême* »[1079]. Aucune garantie ne permet donc d'assurer à la personne détenue que les restrictions, dont elle est susceptible de faire l'objet dans l'exercice de ses droits, soient strictement nécessaires et proportionnées à l'objectif légitime poursuivi. En somme, la loi pénitentiaire soumet ainsi les personnes détenues au pouvoir discrétionnaire, renforcé et élargi, de l'administration pénitentiaire. L'activité de l'administration pénitentiaire est néanmoins soumise au contrôle du juge administratif.

Outre les restrictions susceptibles d'être imposées par l'administration, la pleine effectivité des droits de la personne détenue en matière de santé est menacée plus largement par les incidences négatives du statut de personne détenue sur l'exercice des droits du patient. L'effectivité se heurte en effet aux difficultés d'application des droits du patient à la personne détenue. Aussi, les incidences négatives du statut de personne détenue ont un impact, non seulement sur les soins (section 1) mais aussi sur la relation de soins (section 2).

[1078] SNACKEN S., *Prison en Europe. Pour une pénologie critique et humaniste,* Bruxelles, Larcier, coll. « Crimen », 2011, p. 78.

[1079] Juriste français, Jean-Étienne-Marie Portalis a été l'un des quatre rédacteurs du Code civil en 1804. V. PORTALIS J.-É.-M., *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code civil*, Paris, Joubert, Librairie de la Cour de cassation, 1844.

Section 1 : Sur les soins

155. Des obstacles aux soins et à la volonté du patient. Dans un avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, a rappelé que « *les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet* »[1080]. Pourtant, la prise en charge sanitaire des personnes détenues révèle non seulement des défaillances dans l'organisation des soins (§1.) mais aussi des atteintes à la volonté de la personne détenue (§2.).

§1. Des défaillances dans l'organisation des soins

156. Insuffisances et contraintes de sécurité. Aux termes de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». L'offre de soins de qualité aux personnes détenues peine à s'organiser et à être suffisante en raison d'une permanence des soins incomplète et d'une organisation des soins hospitaliers en quête de sécurité.

A. Une permanence des soins incomplète

157. Des soins difficiles d'accès. Conformément à l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la qualité et la continuité des soins doivent être garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie la population générale. Pourtant, la permanence des soins dans les établissements pénitentiaires est défaillante comme

[1080] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

en témoigne l'accès difficile des personnes détenues aux soins d'urgence ainsi qu'aux soins spécialisés[1081].

1) Un accès difficile aux soins d'urgence

158. Une présence médicale insuffisante en détention. En vertu de l'article R. 6112-14 du Code de la santé publique, les établissements de santé sont, entre autres, chargés de participer au traitement des urgences afin d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont dispose la population libre[1082]. Afin de garantir une permanence des soins, l'organisation de la prise en charge sanitaire d'urgence des personnes détenues est définie dans un protocole signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné. Toutefois, l'absence de présence médicale en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.) ralentit le traitement de l'urgence et met ainsi en cause l'effectivité du droit d'accès aux soins, dans des conditions équivalentes à celles de la population générale.

D'une part, ce ralentissement du traitement de l'urgence est dû au délai parfois long entre la survenance de l'urgence et la constatation du personnel pénitentiaire de surveillance. Les personnes détenues, et le cas échéant leurs codétenues, peinent à alerter le personnel pénitentiaire et en particulier, la nuit[1083]. Les rondes de nuit, assurées par le personnel pénitentiaire de garde dont l'effectif est réduit, sont moins nombreuses qu'en journée. En outre, une fois l'alerte donnée, le surveillant de garde doit évaluer la gravité de l'état de santé et peut alors demander l'ouverture de la cellule au surveillant gradé, seul habilité. Cette habilitation du seul surveillant gradé impose de sérieuses contraintes de temps dans la

[1081] L'analyse de ces défaillances ne peut être faite sans rappeler que la permanence des soins est assurée de manière inégale sur l'ensemble du territoire français. V. COUR DES COMPTES, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2013 (Chapitre XII : La permanence des soins)*, septembre 2013, p. 336-363 [consulté le 12 août 2015]. Disponible sur : file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mes%20documents/Downloads/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins%20(1).pdf

[1082] C. pr. pén., art. D. 374. V. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 46.

[1083] À titre d'exemple, dans son rapport d'activité 2013, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a observé qu' « *à deux reprises dans un établissement du Sud de la France, les voisins de cellules proches de la personne en situation d'urgence, qui n'arrivaient pas à attirer l'attention des surveillants de nuit, ont appelé directement avec leur téléphone portable les pompiers* » et que « *ceux-ci se sont présentés devant la porte de l'établissement, informant ainsi le personnel qu'il y avait une urgence au sein de l'établissement* ». V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., Rapport annuel d'activité 2013, Paris, Dalloz, 2014, p. 127. V. aussi, TA Lyon, 30 juin 2009, n° 0800784 et n° 0800785.

constatation de l'urgence et *a fortiori,* dans son signalement. S'il l'estime nécessaire, le surveillant de garde contacte enfin le centre de réception et de régulation (C.R.R.A.) du service d'aide médicale d'urgence (S.A.M.U.), appelé le « centre 15 ».

D'autre part, ce ralentissement du traitement de l'urgence est dû au délai, parfois long là-encore, entre l'appel du « centre 15 » et le traitement de l'urgence en raison, soit de la difficulté pour les urgentistes d'accéder à la personne détenue en détention, soit de la lourdeur de l'organisation des extractions vers un établissement de santé.

Pour pallier les défaillances évoquées, il a été recommandé :

- d'organiser ou de renforcer la permanence médicale la nuit et le weekend[1084] ;
- de généraliser l'installation d'un système d'appel, notamment un interphone, dans les cellules et de veiller à son fonctionnement dans les cellules équipées[1085] ;
- de permettre, dans le cas d'une demande de consultation en urgence, la communication directe entre la personne détenue et le médecin régulateur du « centre 15 » [1086].

Pour l'heure, ces recommandations peinent à se mettre en place dans les établissements pénitentiaires français. La grande majorité des établissements pénitentiaires ne dispose pas de permanence médicale la nuit, ni même le weekend. De même, toutes les cellules ne sont pas équipées d'interphone ou de tout autre système d'alerte. La Commission nationale consultative des droits de l'homme a constaté qu'« *alors même que certains*

[1084] V. DÉFENSEUR DES DROITS, décision n° MDS 2014-37 du 18 mars 2014 relative au décès d'une jeune femme à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, le 2 novembre 2012.

[1085] V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 27 octobre au 8 novembre 1991*, Strasbourg, 19 janvier 1993, p. 58 [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/1993-02-inf-fra-1.pdf ; COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 6 au 18 octobre 1996*, Strasbourg, 14 mai 1998, p. 68 [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/1998-07-inf-fra.pdf ; COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons,* Paris, La Documentation française, 2007, p. 144-145.

[1086] V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 27 septembre au 9 octobre 2006*, Strasbourg, 10 décembre 2007, 114 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-44-inf-fra.pdf ; COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME**,** *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons,* Paris, La Documentation française, 2007, 200 p. ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 131 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 113.

établissements pénitentiaires ont été équipés de systèmes d'interphones en cellule, leurs dysfonctionnements semblent récurrents »[1087]. Par ailleurs, la mise en relation directe entre la personne détenue et le médecin régulateur du « centre 15 » est également loin d'être généralisée. L'intervention du personnel de surveillance pénitentiaire dans le signalement de l'urgence occupe encore une place importante. Bien souvent, le personnel de surveillance évalue l'urgence et, s'il l'estime nécessaire, contacte le médecin régulateur du « centre 15 » auquel il transmet les informations relatives à l'état de santé de la personne détenue[1088]. Certes, conformément au décret du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire, « *le personnel de l'administration pénitentiaire prend, dans le cadre de sa mission, toute mesure tendant à la sauvegarde de la vie et de la santé des personnes qui lui sont confiées, notamment en faisant appel, en tant que de besoin, au personnel de santé* »[1089]. Pourtant, même si les surveillants pénitentiaires ont une formation aux premiers secours et à l'utilisation du défibrillateur, ils ne sont en aucun cas aptes à établir un diagnostic de l'état de santé de la personne détenue et donc à évaluer l'urgence de la situation[1090]. Ainsi, le manque de rigueur et de diligence du personnel de surveillance, dans le cadre de son obligation de prendre toute mesure tendant à la sauvegarde de la vie et de la santé, a pu être dénoncé[1091]. En outre, l'absence d'informations précises et suffisantes fournies par le personnel pénitentiaire au personnel de santé a également été soulevée[1092].

En somme, l'intervention des surveillants pénitentiaires dans le signalement de l'urgence doit consister à mettre en relation directe la personne détenue et le médecin régulateur du « centre 15 » qui décidera de la réponse à apporter et ce, dans le cas où la

---

[1087] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons, op. cit.*, p. 144-145.

[1088] Par ex, TA Lille, 9 juillet 2014, req. n° 1106920 : Monsieur T., détenu à la maison d'arrêt de Lille « *a été victime d'un premier malaise le dimanche 10 juin 2007 aux alentours de 6H00 du matin ; que la personne partageant sa cellule a alerté les surveillants de nuit en frappant à la porte de la cellule ; que lorsque ces derniers sont arrivés, ils ont trouvé [Monsieur T.] allongé sur son lit conscient mais haletant, avec une trace de sang sur son oreiller au niveau de la bouche ; que le gradé responsable de la permanence de nuit a toutefois estimé que l'"urgence n'était pas caractérisée du fait que [Monsieur T.] ventilait et était conscient" et que le personnel du service médical prenant son service à 7H00, il n'y avait donc pas lieu d'alerter le SAMU* ». V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, *op. cit.*, p. 255.

[1089] Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire, JORF n° 0303 du 31 décembre 2010 texte n° 44, art. 16.

[1090] Tout comme les surveillants en internat ou encore les animateurs en colonie de vacances.

[1091] DÉFENSEUR DES DROITS, décision n° MDS 2014-37 du 18 mars 2014 relative au décès d'une jeune femme à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, le 2 novembre 2012 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, *op. cit.*, p. 255.

[1092] Par ex, TA Lille, 9 juillet 2014, req. n° 1106920 ; DÉFENSEUR DES DROITS, décision n° MDS 2014-37 du 18 mars 2014 relative au décès d'une jeune femme à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, le 2 novembre 2012.

personne détenue ou, le cas échéant, ses codétenus demandent une consultation d'urgence. Il peut en outre signaler l'urgence de son propre fait. Dans le cas où la personne détenue est hors d'état de s'exprimer, il incombe alors au personnel de surveillance de s'entretenir directement avec le médecin régulateur du « centre 15 » et transmettre à ce dernier des informations de qualité, précises et suffisantes. Outre le signalement, le personnel pénitentiaire de surveillance doit aussi intervenir dans le traitement de l'urgence en dispensant les gestes de premiers secours auxquels il a été formé. Dans ces conditions, le rôle du personnel pénitentiaire dans la prise en charge sanitaire d'urgence des personnes détenues apparaît fondamental mais doit être strictement délimité.

159. Cas particulier des unités hospitalières sécurisées interrégionales (U.H.S.A.). Conformément à la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées, ces unités hospitalières doivent assurer les hospitalisations programmées des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques[1093]. Toutefois, l'offre d'hospitalisation en milieu hospitalier, proposée aux personnes détenues, est pour l'heure incomplète en raison du retard pris dans la construction des unités hospitalières spécialement aménagées[1094]. Par ailleurs, la question de la difficulté d'accès aux unités hospitalières en service a été soulevée par la Cour des comptes qui fait état, non seulement de leur taux moyen d'occupation important (90 % en 2012) mais aussi, de leur durée moyenne de séjour, variant entre trente et soixante-cinq jours. L'achèvement du programme de construction de ces unités devrait alors permettre de renforcer leur accessibilité et ainsi, leur réponse aux besoins de santé mentale des personnes détenues.

En dehors des hospitalisations programmées, les unités hospitalières spécialement aménagées doivent garantir aux personnes détenues, en cas d'urgence, un accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Les unités hospitalières en activité ne semblent pas répondre à ces besoins d'hospitalisation en urgence des personnes détenues. Il apparaît en effet que les hospitalisations restent alors assurées par la psychiatrie générale. Si le fort taux d'occupation peut expliquer le manque de places pour accueillir les hospitalisations d'urgence, la Section française de l'Observatoire international des prisons (O.I.P.)[1095]

[1093] Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées, NOR : ETSH1107932C.
[1094]En septembre 2015, sept unités hospitalières spécialement aménagées sont en fonctionnement (Lyon, Toulouse, Nancy, Villejuif, Orléans, Seclin et Rennes).
[1095] GRISOT C., « UHSA de Lyon : la psychiatrie sans urgences », *Dedans Dehors* 2014, n° 84, p. 10-13.

a dénoncé la lourdeur de la procédure d'admission au sein de ces unités hospitalières, et en particulier celle de Lyon. « *Avis médicaux, décisions administratives et temps de transport rendent les délais d'attente incompatibles avec une situation d'urgence. Entre la réception de "l'accord médico-administratif" et la date d'entrée effective, le délai d'attente moyen était de 11 jours en 2013, avec un pic s'élevant à 56 jours si la demande est effectuée au mois d'août* ». La Section française de l'O.I.P. a en outre révélé que les responsables de l'unité hospitalière de Lyon estimaient que l'unité n'était pas faite pour répondre aux urgences psychiatriques et de fait, n'y répondraient pas. Suite à une question qui lui a été posée, relative au renvoi par les unités hospitalières des urgences vers la psychiatrie générale, le gouvernement a affirmé que d'une part, « *les UHSA en service doivent pouvoir accueillir les hospitalisations programmées, tout comme les urgences, sans qu'une distinction puisse s'opérer sur le régime d'hospitalisation, actuellement partagé à part égale entre les deux types d'hospitalisation* » et d'autre part, « *les centres hospitaliers spécialisés viennent donc simplement en renfort des UHSA lorsque ces dernières se trouvent dans l'incapacité matérielle d'accueillir des personnes détenues faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement* »[1096].

Proposée dans le rapport sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale remis en janvier 2013, une évaluation au terme de la première tranche de constructions apparaît alors nécessaire[1097].

2) Un accès insuffisant aux soins spécialisés

160. Un faible nombre de médecins spécialistes. L'offre de soins spécialisés en détention ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins de santé des personnes détenues. En dépit d'un renforcement des équipes médicales, la Cour des comptes a fait état, dans son rapport public 2014, de fortes disparités de personnels de santé dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire liées aux difficultés de recrutement. En témoigne en effet, « *l'importance des postes non pourvus, non seulement de médecins spécialistes et de psychiatres, mais aussi*

[1096] Question au gouvernement n° 1270 d'Alain Bocquet publiée, le 17 juillet 2012, au Journal officiel p. 4400. Réponse du Garde des Sceaux, Ministre de la justice, publiée le 24 juin 2014, au Journal officiel p. 5273. V. GRISOT C., « UHSA de Lyon : la psychiatrie sans urgences », *op. cit.*.

[1097] RAIMBOURG D. et HUYGHE S., *Rapport d'information n° 652 sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale*, déposé, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à l'Assemblée nationale, le 23 janvier 2013, proposition n° 45 [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0652.pdf
V. aussi BÈS F., « Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA », *Dedans Dehors* 2013, n° 80, p. 53.

d'autres catégories comme les masseurs-kinésithérapeutes »[1098]. À la suite d'un constat opéré dans son rapport d'activité 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a dénoncé, à nouveau, dans un avis du 16 juin 2015, « *le faible nombre de médecins spécialistes* » intervenant en milieu pénitentiaire[1099]. Cette pénurie de médecins spécialistes entraîne des délais d'accès aux spécialités médicales excessivement longs : « *huit mois d'attente pour démarrer un suivi régulier avec un psychologue* », « *sept semaines pour les soins dentaires* », « *quinze jours pour une consultation en psychiatrie* »[1100]. Pour pallier ces délais excessifs, les établissements de santé de rattachement doivent mettre à disposition des unités sanitaires en milieu pénitentiaire des médecins spécialisés en nombre suffisant, en vue d'assurer dans des délais raisonnables les soins spécialisés, en particulier les soins dentaires, les soins en ophtalmologie, les soins en kinésithérapie et les soins en psychiatrie.

Le manque de médecins spécialistes intervenant en détention nécessite alors de recourir aux soins spécialisés dans les établissements de santé, via l'extraction de la personne détenue sous escorte pénitentiaire. Ainsi, un renforcement de l'intervention de médecins spécialistes permettrait de limiter le recours aux extractions qui sont non seulement coûteuses mais aussi difficiles à organiser et contraignantes voire humiliantes pour la personne détenue. En tout état de cause, eu égard à la difficile attractivité de la pratique médicale en milieu carcéral, le déploiement de la télémédecine apparaît plus que nécessaire.

B. Une organisation des soins hospitaliers en quête de sécurité

161. Des facteurs de renoncement aux soins. En vertu de l'article D. 291 du Code de procédure pénale, l'extraction consiste en « *l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être*

[1098] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 253.

[1099] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M. *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013.

[1100] Chiffres relatifs aux consultations programmées, communiquées à l'OIP par l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin (Seine-et-Marne). OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Coordination Ile-de-France, « Délais d'attente exorbitants pour les consultations médicales », *Dedans Dehors* 2014, n° 86, p. 35.

effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé ». Les contraintes, inhérentes aussi bien aux modalités d'extractions médicales qu'aux conditions d'hospitalisation, qui pèsent sur les personnes détenues, justifient leur renoncement aux soins.

1) Des extractions médicales particulièrement sécurisées

162. Moyens de contrainte et surveillance pénitentiaire. Conformément à l'article D. 294 du Code de procédure pénale, « *des précautions doivent être prises en vue d'éviter les évasions et tous autres incidents lors des transfèrements et extractions de personnes détenues* ». Les modalités d'extraction sont encadrées par les dispositions de la circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 18 novembre 2004, relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale[1101]. Aux termes de cette circulaire, « *le dispositif de sécurité mis en œuvre doit être appliqué sans perturber l'exercice des soins prodigués au malade détenu* ». Le dispositif de sécurité comprend trois niveaux de surveillance :

- au premier niveau, la consultation peut s'effectuer hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte. ;
- au deuxième niveau, la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire mais sans moyen de contrainte ;
- et au troisième niveau, la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyen de contrainte.

La circulaire a apporté des précisions supplémentaires, à propos du dispositif de surveillance mis en place lors de l'extraction des femmes détenues enceintes. D'une part, « *elles ne doivent en aucun cas être menottées pendant l'accouchement, c'est-à-dire tant dans la salle de travail que pendant la période de travail elle-même* ». D'autre part, « *la surveillance pénitentiaire ne doit pas s'exercer à l'intérieur même de la salle d'accouchement* ». S'agissant de la surveillance pénitentiaire, la circulaire a d'ailleurs précisé que « *lorsqu' il s'agit de l'escorte d'une femme détenue sur le point d'accoucher, l'escorte devra obligatoirement comporter un personnel féminin* ».

[1101] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.
Dans un avis du 16 juin 2015, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a dénoncé « *un nombre trop important d'extractions médicales* ». V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

Les moyens de contrainte pouvant être utilisés lors des extractions sont indiqués à l'article 7 III du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, annexé à l'article R. 57-6-18 du Code de procédure pénale[1102]. En vertu des dispositions de cet article, la personne détenue peut être soumise, pour éviter tout risque d'évasion, « *au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves pendant son transfèrement ou son extraction, ou lorsque les circonstances ne permettent pas d'assurer efficacement sa garde d'une autre manière* ». Conformément à cette disposition, les personnes détenues peuvent être ainsi soumises au port de menottes ou, et non pas, d'entraves lors de leurs extractions[1103]. L'escorte pénitentiaire ne peut avoir recours qu'à l'un ou l'autre de ces moyens de contrainte. Toutefois, aux termes de l'alinéa premier de l'article 803 du Code de procédure pénale, « *nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite* ». Le législateur est ensuite intervenu, par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, pour proscrire le recours aux entraves et la présence du personnel pénitentiaire lors d'un accouchement ou d'un examen gynécologique[1104]. Si la protection offerte par l'article 52 de la loi pénitentiaire s'applique aux femmes détenues, non seulement lors d'un accouchement mais aussi lors d'un examen gynécologique, il n'en demeure pas moins que la protection du législateur reste insuffisante.

En premier lieu, elle ne s'applique qu'aux femmes détenues à l'occasion d'un accouchement ou d'un examen gynécologique. En second lieu, cet article 52 précise que « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire* […] ». Ainsi, le recours aux menottes lors d'un accouchement, ou même d'un examen gynécologique, n'est pas expressément prohibé par la loi pénitentiaire. La prohibition du recours aux menottes lors d'un accouchement était pourtant clairement énoncée par les dispositions de la circulaire du 18 novembre 2004. Ce n'est que le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice qui a énoncé expressément que les femmes détenues « *ne sont en aucun cas menottées pendant l'accouchement, tant dans la salle de travail que pendant la période de travail*

[1102] Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires, JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2.

[1103] V. C. pr. pén., art. D. 294. V. aussi Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

[1104] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 52.

elle-même »[1105]. Après avoir été alertée par le Contrôleur général des lieux de privations de liberté, la Direction de l'administration pénitentiaire a pris une note en date du 8 décembre 2015 à l'attention des directions interrégionales des services pénitentiaires relative aux moyens de contrainte et mesures de surveillance lors des extractions médicales des femmes enceintes ou passant un examen gynécologique. Elle a rappelé les dispositions prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et demandé « *une stricte application de ces principes et prescriptions, dont les manquements devront donner lieu aux sanctions disciplinaires qui s'imposent* »[1106].

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a constaté un usage abusif, et donc un usage dénué de nécessité, de ces moyens de contrainte et de sécurité [1107]. Il a notamment observé un recours systématique au port des menottes et entraves et ce, en toute méconnaissance des niveaux de surveillance prévus par la circulaire de la direction de l'administration judiciaire du 18 novembre 2004[1108]. Lorsque l'escorte pénitentiaire fait usage des entraves, elle y recourt fréquemment *en sus* des menottes. Ce recours systématique et abusif a également été dénoncé par la Section française de l'Observatoire international des prisons. Saisi d'une requête de la Section française visant à demander l'annulation pour excès de pouvoir de la circulaire du 18 novembre 2004, le Conseil d'État a jugé que « *les mesures de sécurité mises en œuvre par l'administration pénitentiaire lors de l'extraction et du séjour dans un établissement hospitalier d'un détenu doivent, d'une part, être adaptées et proportionnées à la dangerosité du détenu et au risque d'évasion que présente chaque cas particulier et, d'autre part, assurer en toute hypothèse, la confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent* »[1109]. Il a par ailleurs jugé qu'un agent des services pénitentiaires peut être présent lors de la consultation médicale dès lors que la confidentialité des soins est respectée[1110]. Dans son rapport d'activité 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a recommandé que la sécurité nécessaire soit assurée par d'autres moyens dans le respect de la confidentialité des soins et du secret

[1105] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 49 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[1106] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, p. 68.
[1107] V. le témoignage d'un « patient détenu », menotté lors d'une opération chirurgicale in CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 243-244. V. aussi, TA Rouen, 26 mai 2015, n° 1301578.
[1108] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 112-114.
[1109] CE, 30 mars 2005, req. n° 276017.
[1110] CE, 24 juillet 2009, req. n° 324555.

professionnel[1111]. Dans un avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, le Contrôleur général a soutenu d'une part, que « *plusieurs femmes détenues ont témoigné des conditions dans lesquelles se sont déroulées leurs extractions médicales en vue de consultations gynécologiques : présence d'un personnel de surveillance féminin et/ou port de moyens de contrainte* », et d'autre part, que « *les personnels de l'escorte demeurent présents, au mépris du secret médical et de l'intimité de la personne détenue* »[1112]. À cet égard, « *attentif au respect du droit à la dignité des femmes détenues, le CGLPL a souhaité rappeler* [dans un avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté] *à la direction de l'administration pénitentiaire, en décembre 2014, la nécessité de respecter strictement les dispositions prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 selon lesquelles "tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues"* »[1113].

Face au recours systématique à des moyens de contrainte par l'escorte pénitentiaire, certains médecins refusent de pratiquer un acte médical dans de telles conditions[1114]. La circulaire du 18 novembre 2004 prévoit en effet que l'application des contraintes de sécurité peut être contestée par le médecin[1115]. Il semble néanmoins, à la lecture du rapport d'activité 2010 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, que le principe soit le recours aux moyens de contrainte et que l'exception soit la contestation de ce recours par le médecin. Il convient toutefois de préciser que la demande de retrait des mesures de

---

[1111] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 58.
Le Défenseur des droits a également recommandé « *une réforme d'importance des textes applicables aux mesures de surveillance et aux moyens de contrainte lors des extractions, des soins et du séjour hospitalier, quand celui-ci se déroule dans une structure hospitalière classique, afin de conduire à une baisse du niveau général de sécurité et de surveillance et de permettre une intervention plus importante des personnels médicaux dans la définition des mesures de sécurité à l'hôpital* ». V. DÉFENSEUR DES DROITS, Décision n° MDS-2014-107 relative à la prise en compte de l'état de santé d'une personne détenue par des personnels pénitentiaires, aux mesures de contrainte et de surveillance dont elle a fait l'objet lors de son extraction et des soins qui lui ont été délivrés à l'hôpital, ainsi qu'à l'exercice de son droit au maintien des liens familiaux au cours de son hospitalisation [consulté le 10 août 2015]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/decisions/ddd/DDD_DEC_MDS-2014-107.pdf
[1112] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.
[1113] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté*, JORF 18 février 2016, texte n° 89.
[1114] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, *op. cit.*
[1115] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

contraintes n'est pas automatiquement acceptée. En effet, aux termes de la circulaire du 18 novembre 2004, « *seul le chef d'établissement, l'un de ses adjoints ou un chef de service pénitentiaire ayant reçu délégation à cet effet, saisi par téléphone par le chef d'escorte, peut à titre exceptionnel, et en fonction des éléments complémentaires qui sont portés à sa connaissance, autoriser le chef d'escorte à modifier le dispositif arrêté initialement* »[1116].

Le caractère systématique du recours, lors des extractions médicales, aux mesures de sécurité par l'escorte pénitentiaire peut s'expliquer par la responsabilité qui pèse sur elle en cas d'évasion de la personne détenue. En matière d'évasion, le personnel pénitentiaire de surveillance est quasiment tenu à une obligation de résultat. Sa responsabilité peut alors être engagée par la simple constatation que l'évasion a été consommée. Ainsi, pour éviter le recours abusif aux mesures de sécurité lors des extractions, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et le Défenseur des droits ont recommandé une évolution des mécanismes d'engagement de la responsabilité et de fait une substitution de l'obligation de moyens à cette quasi obligation de résultat[1117]. Dans ce cas, la responsabilité de l'escorte pénitentiaire en cas d'évasion ne serait mise en cause que s'il est démontré que les mesures de sécurité employées n'étaient pas adaptées, proportionnées, au risque présenté par la personne détenue. Par conséquent, la consécration de cette obligation de moyens permettrait de garantir un recours aux mesures de sécurité strictement proportionné au risque présenté par les personnes détenues. Cette évolution favoriserait en outre l'intervention du personnel de santé dans le choix des mesures de sécurité. Pour l'heure, cette recommandation est restée lettre morte puisque elle a été réitérée par le Contrôleur général dans un avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé[1118]. Pour finir, il paraît essentiel de préciser que, si la mise en œuvre systématique d'un niveau maximal de contraintes peut effectivement être dénoncée, il ne faut cependant pas exclure au cas par cas l'utilité des mesures contraintes.

[1116] *Ibidem*.

[1117] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013 ; DÉFENSEUR DES DROITS, Décision du 9 janvier 2015 n° MDS-2014-107 relative à la prise en compte de l'état de santé d'une personne détenue par des personnels pénitentiaires, aux mesures de contrainte et de surveillance dont elle a fait l'objet lors de son extraction et des soins qui lui ont été délivrés à l'hôpital, ainsi qu'à l'exercice de son droit au maintien des liens familiaux au cours de son hospitalisation [consulté le 10 août 2015]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/decisions/ddd/DDD_DEC_MDS-2014-107.pdf

[1118] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, op. cit.*

163. Une absence de procédure d'accueil et de lieux spécifiques. Dans un avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé[1119], le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a fait état de la qualité insuffisante de l'accueil des personnes détenues dans les établissements de santé. Ce constat avait déjà été émis dans le rapport d'activité 2010[1120]. En premier lieu, l'absence de circuit dédié à l'accueil des patients détenus expose ces derniers, non seulement escortés mais aussi menottés et même parfois entravés, au regard des autres patients dans les couloirs et les salles d'attente des établissements de santé. L'exposition publique est vécue comme une véritable humiliation. Or, en application de l'alinéa 2 de l'article 803 du Code de procédure pénale, cette exposition publique doit être empêchée. Dans le respect des exigences de sécurité, toute mesure utile doit être mise en place afin d'éviter qu'une personne menottée ou entravée soit photographiée ou fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel. Selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *les conceptions architecturales des lieux de vie ou de passage des personnes privées de liberté – locaux de sûreté des tribunaux, commissariats et gendarmeries, chambres sécurisées des hôpitaux généraux, chambres de soins intensifs des hôpitaux psychiatriques, quartier arrivant ou disciplinaire des établissements pénitentiaires – doivent concilier les exigences liées à la sécurité avec celles de pouvoir effectuer, pour les captifs, leurs gestes élémentaires et pour les gardiens, les actes de procédure dans le respect des droits à la dignité, à l'intimité et à la confidentialité* »[1121]. À titre d'exemple, pour éviter une exposition publique, les personnes détenues à la maison d'arrêt de Vesoul sont reçues au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône en entrant, non pas par la porte principale, mais par une porte située à l'arrière du bâtiment. Il suffirait aussi, par exemple, de jouer sur les horaires en prévoyant les consultations et examens médicaux des personnes détenues en dehors des horaires prévus pour la population libre.

En second lieu, l'aménagement et l'équipement sommaires des chambres sécurisées des établissements de santé répondent essentiellement à des critères de sécurité. À titre d'exemple, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a mentionné dans son avis du 16 juin 2015, la suppression du bouton d'appel d'urgence, placé au bout d'une cordelette, dans les chambres sécurisées d'un établissement de santé. « *Le patient détenu ne peut donc pas*

[1119] *Ibidem*.
[1120] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 113-114.
[1121] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 159.

prévenir l'équipe médicale en cas d'urgence, seul le système d'interphonie et de vidéosurveillance permettant, le cas échéant, de contrôler l'état de la personne »[1122]. Autre exemple, la baie vitrée des chambres sécurisées d'un établissement de santé est recouverte de métal déployé[1123]. Un ameublement pauvre, voire même inexistant, a par ailleurs été constaté dans ces chambres : absence de placard, absence de séparation entre les sanitaires et le reste de la chambre[1124]. Il ressort pourtant du cahier des charges pour l'aménagement des chambres sécurisées, annexé à la circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, que « *le mobilier des chambres doit être conforme à celui des chambres d'hospitalisation classique, à l'exception des points précisés au § 2.2.1.* […] »[1125].

Les modalités des extractions, qui traduisent des défaillances dans l'organisation de la prise en charge des personnes détenues, apparaissent comme un facteur de renoncement des personnes détenues aux soins. En outre, l'effet pervers de l'usage des mesures de contrainte et de sécurité se manifeste par le sentiment d'insécurité ressenti par les professionnels de santé face à un patient escorté, menotté et entravé, un sentiment qui favorise alors l'usage de ces moyens de contrainte[1126]. L'inadaptation des lieux d'hospitalisation à la population détenue ne fait, de plus, que renforcer ce sentiment d'insécurité[1127]. Lors d'un entretien, le Docteur Fadia Doumat-Batch, dermatologue au Centre hospitalier universitaire de Nancy, a confié que le dispositif de sécurité qui entoure l'escorte médicale d'une personne incarcérée est « *impressionnant* » et même « *inquiétant* »[1128]. Le Comité européen pour la prévention de la torture avait d'ailleurs soutenu, en 2005, qu' « *examiner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique et elle n'est pas de nature à créer une relation de confiance appropriée entre le*

[1122] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.
[1123] *Ibidem.*
[1124] *Ibid.*
[1125] Circulaire du 13 mars 2006 n° DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé, NOR : JUSKO640033C.
[1126] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 113.
[1127] *Ibidem.*
[1128] Informations recueillies lors d'un entretien, en date du 3 mars 2015, avec le Docteur Fadia Doumat-Batch.

médecin et le patient »[1129]. Pourtant, le risque d'évasion est bien réel et les autorités pénitentiaires doivent y parer en usant de moyens de contraintes proportionnés[1130].

Eu égard aux mesures de contrainte et de sécurité imposées aux patients détenus et à l'absence de procédure d'accueil et de lieux spécifiques, la prise en charge sanitaire des personnes détenues apparaît propice au développement de la télémédecine. Le déploiement actuel de la télémédecine se révèle ainsi essentiel.

2) Des conditions d'hospitalisation essentiellement sécuritaires

164. Une double peine causée par un surenfermement. Dans son rapport public annuel 2014, la Cour des comptes a relevé le faible usage des capacités d'hospitalisation des unités hospitalières sécurisées interrégionales (U.H.S.I) et de chambres sécurisées dans les établissements de santé, faisant notamment état des refus d'hospitalisation opposés par les personnes détenues[1131]. Ces refus sont non seulement dus aux modalités d'extraction médicale précédemment évoquées mais aussi, aux « *conditions de vie en unités et en chambres sécurisées jugées paradoxalement plus difficiles qu'en prison* »[1132]. Les conditions d'hospitalisation sont jugées plus mauvaises que les conditions de vie en établissement pénitentiaire. Il convient de préciser que les conditions d'hospitalisation au sein des unités hospitalières spécialement aménagées semblent être satisfaisantes selon la Cour des comptes. La Cour a relevé que « *ces unités disposent toutes d'une cour thérapeutique et autorisent les personnes détenues à fumer. Leurs projets médicaux reposent sur la proposition aux patients accueillis de nombreuses activités, y compris collectives, et sur un régime de portes ouvertes*

[1129] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre 2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, n° 48, p. 24 [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf

[1130] En 1998, Antonio Ferrara, surnommé « le roi de la belle », incarcéré à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, avait profité d'une consultation médicale dans un hôpital pour s'évader à l'aide de plusieurs complices. En 2014, Ouahid Ben Faïza, trafiquant de drogue incarcéré à la maison d'arrêt de Villepinte, s'était évadé, grâce à des complices, d'un hôpital dans lequel il avait été escorté pour une consultation médicale. Ces complices, déguisés en ouvriers du bâtiment, avaient fait l'usage de gaz lacrymogènes et menacé les surveillants pénitentiaires avec des armes de poing. En septembre 2015, une personne détenue à la maison d'arrêt de Fresnes s'était évadée d'un hôpital à l'aide de complices armés. En juin 2016, deux personnes détenues, l'une au centre de détention de Perpignan et l'autre à la maison d'arrêt de Lorient-Ploemeur, ont tenté seule de s'évader lors d'une consultation médicale dans un hôpital.

[1131] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 261.

[1132] *Ibidem.*

en journée »[1133]. Or, dans son rapport d'activité 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, a au contraire dénoncé le caractère réduit de la vie sociale des personnes détenues hospitalisées en unités hospitalières sécurisées interrégionales ou en chambres sécurisées dans les établissements de santé. « *Pour ces établissements dévolus aux soins, comme pour les établissements pénitentiaires voués à l'exécution de la peine, tout se passe comme si la nécessité des liens sociaux, indispensable garantie d'équilibre de soi, avait été considérée comme un élément tout à fait secondaire* »[1134]. Et toutes ces unités hospitalières ou chambres sécurisées ne sont pas équipées de cour de promenade[1135]. Les détenus n'ont donc pas la possibilité de s'aérer, ni de fumer[1136]. Pour la plupart, ces unités hospitalières ou chambres sécurisées, ne sont pas pourvues de salles d'activités[1137]. Par ailleurs, l'organisation des parloirs est difficile en raison de l'éloignement géographique des familles et proches des patients détenus, voire même impossible par faute d'installations adéquates en particulier dans les chambres sécurisées des établissements de santé[1138]. En somme, ces conditions

---

[1133] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014, op. cit.*, p. 263.

[1134] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 67-68.

[1135] D'après le Docteur Patrick Peton, chef de service de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy, la dernière unité hospitalière construite à Rennes dispose d'une cour de promenade. Le Docteur Patrick Peton tente de créer, depuis quelques années, une cour de promenade au sein de l'unité hospitalière de Nancy qui dispose d'un véritable espace pouvant être aménagé à cet effet. Il se heurte toutefois aux divergences entre l'administration pénitentiaire et le centre hospitalier sur le financement de la cour de promenade. Pour l'administration pénitentiaire, le financement de cet espace de déambulation incombe à l'établissement de santé en raison de sa vocation sanitaire (Informations recueillies lors d'un entretien, le 15 janvier 2015, avec le Docteur Patrick Peton, dans les locaux de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy). Or, l'article D. 359 du Code de procédure pénale dispose que « *toute personne détenue doit pouvoir effectuer chaque jour une promenade d'au moins une heure à l'air libre* ». D'après le rapport d'activité 2013 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Lyon, « *les personnels de santé ont obtenu de la part des surveillants pénitentiaires la permission, pour les patients hospitalisés au long cours et en fonction de leur profil de dangerosité, de déambuler quelques heures par semaine afin de compenser le manque de cour de promenade* ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, *op. cit.*, p. 131.

[1136] En milieu libre, dans les lieux d'hospitalisations, les patients ne sont pas autorisés à fumer dans leur chambre mais peuvent néanmoins, si leur état de santé le permet, d'aller à l'extérieur de l'établissement de santé pour s'aérer mais aussi fumer. Dans certains établissements de santé, des espaces sont mêmes prévus à cet effet.

[1137] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, *op. cit.*, p. 68-69 ; COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 261.

D'après le livret d'accueil de l'Unité hospitalière de Nancy, remis aux personnes détenues hospitalisées, une salle d'activité est ouverte, sauf nécessités de service, de 8h30 à 11h30 et de 14h à 17h30. Une bibliothèque et des jeux y sont notamment mis à disposition des patients. Toutes les chambres de cette unité hospitalière sont en outre équipées d'une télévision, d'un poste radio-CD fournis par l'administration pénitentiaire. Des ateliers peuvent également être mis en place en partenariat avec la Croix Rouge.

[1138] D'après le livret d'accueil de l'Unité hospitalière de Nancy, les parloirs familiaux sont possibles du lundi au samedi, selon trois tours 13h45 - 14h30 ; 15h - 15h45 ; 16h15 - 17h.

d'hospitalisation sont vécues par les personnes détenues comme un surenfermement, une « *deuxième punition* »[1139].

Pour informer les patients détenus sur les conditions de leur hébergement en établissement de santé, chaque unité hospitalière a élaboré un livret d'accueil. Des posters, expliquant notamment le cheminement d'une personne détenue quittant l'établissement pénitentiaire pour une unité hospitalière et soulignant que les droits sont les mêmes pour tous à l'hôpital, ont également été affichés dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires. Au sein de l'U.H.S.I. de Nancy, ces informations ont même été mises à disposition des patients détenus sous la forme d'un film réalisé, avec la participation de détenus volontaires jouant leur rôle de patients, et diffusé via le circuit interne de télévision de l'établissement pénitentiaire[1140]. L'intérêt de ces différentes mesures est d'inciter les personnes détenues à accepter les hospitalisations que requiert éventuellement leur état de santé. Toutefois, en réponse au rapport public annuel 2014 de la Cour des comptes, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine[1141], a reconnu que l'utilisation des capacités des unités hospitalières sécurisées interrégionales devait être améliorée et ce, en renforçant particulièrement leur attractivité. Selon la ministre, « *une meilleure connaissance de cette offre, par une information délivrée en amont aux personnes détenues sur les conditions d'hospitalisation, pourrait faciliter leur acceptation d'une hospitalisation en UHSI. Dans cette perspective, des travaux sont engagés avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) pour l'élaboration d'un livret d'information commun à destination des personnes détenues et la rédaction d'une circulaire sur le fonctionnement des UHSI* »[1142]. L'objectif serait ainsi d'homogénéiser les pratiques au sein des différentes unités hospitalières. Une circulaire interministérielle sur le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues dans lequel sont intégrées les unités hospitalières sécurisées

[1139] D'après le Docteur Patrick Peton, chef de service de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy. (Propos recueillis lors d'un entretien, le 15 janvier 2015, avec le Docteur Patrick Peton, dans les locaux de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy).
Afin de protéger leur intégrité physique, notamment en cas de risque suicidaire, un placement à l'isolement peut être ordonné à l'encontre des personnes détenues qui vivent ce régime de détention comme une double punition en raison du surenfermement que ces mesures occasionnent (C. pr. pén., art. R. 57-7-31). Même si l'isolement constitue, dans ce cas, une mesure de protection, il « *est susceptible d'aggraver les conditions de détention des personnes qui y sont soumises, principalement en restreignant les contacts humains et sociaux au quotidien. Ces restrictions, surtout lorsque l'isolement est prolongé, peuvent induire des conséquences physiques et psychiques auxquelles il convient d'être attentif* » (Circulaire du 14 avril 2011 relative au placement à l'isolement des personnes détenues, NOR : JUSK1140023C).
[1140] La diffusion de ce film à l'ensemble des établissements pénitentiaires a échoué en raison de l'absence de circuit interne de télévision dans certains établissements.
[1141] Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes depuis le 26 août 2014.
[1142] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, *op. cit.*, p. 287.

interrégionales avait pourtant déjà été annoncée par la note interministérielle du 3 mars 2004 présidant l'ouverture de l'U.H.S.I.[1143]. Cette annonce est restée jusque-là lettre morte.

La rigueur des conditions d'hospitalisation des personnes détenues dans les chambres sécurisées des établissements de santé a été particulièrement observée. « *Plus restrictives des droits fondamentaux* », les conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées ont été dénoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans un avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé[1144]. Ces restrictions se manifestent d'une part, par une violation du droit au maintien des liens familiaux, pourtant encadré par les articles 35, 39 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[1145]. Les appels téléphoniques ne sont pas autorisés en raison de l'absence de postes dans les chambres sécurisées et de l'impossibilité de contrôler les conversations téléphoniques[1146]. Ni les proches ni l'avocat, titulaires d'un permis de visite, ne peuvent rendre visite aux personnes détenues[1147]. La correspondance écrite n'est pas possible dans la majorité des établissements de santé[1148]. D'autre part, les personnes détenues ne peuvent pratiquer aucune activité physique ni activité socio-culturelle[1149]. Les établissements de santé ne disposent pas d'espace extérieur sécurisé. L'absence de cour de promenade ne permet alors pas aux patients détenus de fumer. Ils n'ont en outre pas d'accès à la télévision, ni à la radio, ni même à des livres ou des journaux. De graves manquements à la confidentialité des soins et au secret professionnel ont été par ailleurs relevés. En somme, les personnes détenues font l'objet d'un surenfermement. Les conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées des établissements de santé sont, à l'égard des patients détenus, plus restrictives des droits que celles dans les autres chambres destinées à accueillir tout autre patient. Dans cet avis du

---

[1143] Note interministérielle du 3 mars 2004 relative à l'ouverture et au fonctionnement de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Nancy dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. V. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 67-78 (annexe 2) [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf

[1144] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

[1145] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[1146] V. l'article 27 du Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R.57-6-18 du Code de procédure pénale.

[1147] V. les articles 29 et 30 du Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R. 57-6-18 du Code de procédure pénale.

[1148] V. l'article 26 du Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R.57-6-18 du Code de procédure pénale.

[1149] V. les articles 19 et 20 du Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R. 57-6-18 du Code de procédure pénale.

16 juin 2015, le Contrôleur général n'a fait que réaffirmer et renforcer les constatations qu'il avait faites dans son rapport d'activité 2010, au sujet des conditions de vie dans les lieux d'hospitalisation destinés à l'accueil des personnes détenues. Il apparaît alors qu'aucun effort n'a été fait pour améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes détenues.

Eu égard à ces conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées des établissements de santé, le Contrôleur général a émis trois recommandations :

- la prise en charge des personnes détenues doit s'inscrire dans une démarche sanitaire, et non plus seulement sécuritaire, en conformité avec le respect des droits fondamentaux ;
- des informations sur les conditions matérielles d'hospitalisation doivent être délivrées à la personne détenue avant son arrivée ;
- un livret d'accueil relatif aux règles propres aux modalités d'hospitalisation doit être remis à la personne détenue dès son arrivée.

En somme, la prise en charge des personnes détenues au sein des chambres sécurisées doit être organisée conformément à l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[1150]. Aux termes de cet article, « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

§2. Des atteintes à la volonté de la personne détenue

165. Une licéité de l'acte médical menacée. En vertu de l'article 16-1 du Code civil, le consentement du patient doit être recueilli préalablement à tout acte médical. L'effectivité de ce droit au respect du consentement est favorisée par les possibilités qui sont offertes au patient de faire des choix dans la prise en charge de sa santé. Toutefois, la privation de liberté met à mal l'effectivité de ce droit au respect du consentement en raison des atteintes causées non seulement aux choix du « patient détenu » mais aussi au consentement des soins.

[1150] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

A. Des atteintes au choix du « patient détenu »

166. Praticien, établissement de santé et tiers désignés. La personne détenue bénéficie, en principe, des droits reconnus à tout patient. Or, tout patient peut choisir librement son praticien et son établissement de santé et bénéficie du droit de désigner une personne de confiance ainsi que, en cas de handicap, du droit de désigner un aidant. Toutefois, en pratique, l'application de ces droits est entravée.

1) Une atteinte au libre choix du praticien et de l'établissement de santé

167. Un choix impossible. Si le droit du patient au libre choix de son praticien et de l'établissement est un principe fondamental de la législation sanitaire[1151], ce principe n'est pas transposable à la personne détenue. En vertu de l'article D. 365 du Code de procédure pénale, les personnes détenues en établissement pénitentiaire ne peuvent être examinées ou soignées par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent. Dans ce cas, les frais relatifs à cette prise en charge doivent être assumés par la personne détenue. Ainsi, en dehors de cette autorisation, les personnes détenues sont examinées ou soignées par les médecins intervenant dans l'unité sanitaire de leur établissement pénitentiaire et ce, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Lors de leur hospitalisation, les personnes détenues sont prises en charge par les médecins de l'établissement de santé de proximité ou des unités hospitalières habilitées

L'inapplication de ce principe du libre choix du médecin et de l'établissement de santé nous amène à préciser que l'automédication n'est pas autorisée en détention. Aux termes de l'article 14 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, « *au sein de l'établissement, aucun stockage, cession, don ou échange de médicaments n'est autorisé* » et « *la personne détenue doit pouvoir justifier la possession de médicaments par la production d'une prescription médicale* »[1152]. Il est également précisé que « *aucune entrée de médicaments ne peut se faire par le biais des parloirs ni par l'achat en cantine. Si la personne détenue entrant est porteuse de médicaments, le médecin doit en être immédiatement avisé afin de*

[1151] C. sant. pub., art. L. 1110-8 créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1, art. 9.
[1152] V. C. pr. pén., art. R.57-6-18, annexe. Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires, JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2.

décider de l'usage qui doit en être fait ». La distribution de médicaments est propice aux trafics et ainsi, à l'automédication pouvant conduire à des intoxications médicamenteuses, voire même à des suicides médicamenteux[1153]. La distribution de médicaments est alors strictement encadrée[1154].

2) Une atteinte au droit de désigner une personne de confiance

168. Un défaut d'information sur ce droit. Conformément à l'alinéa premier de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, la personne détenue peut, comme tout patient, désigner une personne de confiance. D'une part, la personne de confiance peut, si le patient le souhaite, l'accompagner dans sa démarche de soins et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance reçoit alors les informations relatives à l'état de santé de la personne qui l'a désignée. D'autre part, dans le cas où la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté éclairée, aucune intervention ou investigation médicale ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches n'ait été consulté et auquel toutes les informations nécessaires à sa décision ont été transmises [1155]. Dans ces conditions, la désignation d'une personne de confiance renforce l'effectivité du droit au respect du consentement éclairé à l'acte médical. Or, il est fréquent que la personne détenue, lors de son hospitalisation, ne soit pas informée de ce droit. Il résulte pourtant du deuxième alinéa de l'article L. 1111-6 précité, que lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé au patient de désigner une personne de confiance[1156]. Ce défaut d'information concerne essentiellement les hospitalisations psychiatriques sans consentement. Il n'est pas spécifique aux personnes détenues mais touche toutes les personnes privées de liberté en raison de cette hospitalisation

[1153] Pour lutter contre le trafic de médicaments, la maison d'arrêt de Vesoul a fait le choix de ne plus délivrer de benzodiazépines (médicaments les plus trafiqués) au sein de l'établissement et de renforcer en conséquence l'intervention des psychologues et les séances de sophrologie. Informations recueillies lors d'un entretien avec le docteur Catherine Merle, médecin coordonnateur de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Vesoul, le 25 juillet 2015 au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (Vesoul).

[1154] V. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[1155] C. sant. pub., art. L. 1111-4, al. 5 la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.

[1156] Le livret d'accueil de l'Unité hospitalière de Nancy, remis aux personnes détenues hospitalisées, informe ces dernières de leur droit de désigner une personne de confiance : « *Comme le prévoit la Loi du 4 Mars 2002 pour toute personne hospitalisée, vous devez désigner une personne à prévenir et une personne de confiance de votre choix* ».

sous contrainte. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a observé que les « *médecins assurent quasi-unanimement que "cette institution* [la personne de confiance] *n'est pas adaptée à la psychiatrie"* » et qu' « *ils reconnaissent implicitement ne pas toujours donner l'information au malade mais recevoir néanmoins les tiers, parent, personne de confiance, quand l'intérêt du patient – tel qu'apprécié par eux – l'exige et que le patient acquiesce à l'entretien* »[1157]. Aussi, le Contrôleur général a recommandé que l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique relatif à la désignation de la personne de confiance fasse l'objet d'une application adaptée dans les établissements accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement[1158].

169. Une désignation limitée par l'exigence d'un permis de visite. La personne détenue est toutefois limitée dans le choix de sa personne de confiance. Conformément à l'article 49 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, doit être titulaire d'un permis de visite[1159]. D'une part, cette exigence est une garantie du bon ordre et de la sécurité de l'établissement pénitentiaire car elle permet de contrôler l'identité des personnes susceptibles d'y entrer et de les y autoriser ou non. D'autre part, la délivrance d'un permis de visite tend à garantir aux personnes détenues le droit de maintenir des liens avec l'extérieur et notamment, avec leur famille. Les prévenus peuvent être visités par les membres de leur famille ou d'autres personnes, au moins trois fois par semaine, et les condamnés au moins une fois par semaine. En vertu des articles 145-4 et R. 57-8-8 du Code de procédure pénale, les permis de visite pour les détenus prévenus sont délivrés, refusés, suspendus ou retirés par le juge d'instruction saisi du dossier. En application du premier alinéa de l'article R. 57-8-10 du Code de procédure pénale, les permis de visite pour les détenus condamnés, incarcérés en établissement pénitentiaire ou hospitalisés dans un établissement de santé habilité à recevoir des personnes détenues, sont délivrés, refusés, suspendus ou retirés par le chef de l'établissement pénitentiaire. Les permis de visite, pour les

---

[1157] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 178.

[1158] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, P. 357 S. : « *Les soins psychiatriques, ou les malades mentaux hospitalisés sans consentement, présentent des caractères tels qu'il convient de donner des caractères particuliers à la personne de confiance définie dans les principes généraux du code. On peut penser aux modalités de sa désignation, à ses conditions d'intervention et aux prérogatives qu'il conviendrait de lui donner en matière d'information active (recherche des données médicales) ou passive (devoir d'information des soignants). On doit aussi songer au rôle qu'elle devrait jouer dans la procédure de comparution du malade devant le juge des libertés et de la détention (articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1)* ». V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., Rapport annuel d'activité 2014, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 142.

[1159] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

détenus condamnés hospitalisés dans les établissements de santé de proximité, sont délivrés, refusés, suspendus ou retirés par le préfet (ou à Paris, par le préfet de police) et ce, conformément au deuxième alinéa de l'article R. 57-8-10 précité. Aux termes de l'article 35 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, « *l'autorité administrative ne peut refuser de délivrer un permis de visite aux membres de la famille d'un condamné, suspendre ou retirer ce permis que pour des motifs liés au maintien du bon ordre et de la sécurité ou à la prévention des infractions. L'autorité administrative peut également, pour les mêmes motifs ou s'il apparaît que les visites font obstacle à la réinsertion du condamné, refuser de délivrer un permis de visite à d'autres personnes que les membres de la famille, suspendre ce permis ou le retirer* »[1160]. En milieu carcéral, le choix de la personne de confiance est ainsi limité par l'exigence d'un permis de visite de la personne désignée. Au regard de cette exigence, ce choix peut même s'avérer impossible lorsque l'entourage proche de la personne détenue est très restreint ou éloigné[1161], à moins que celle-ci ne désigne son avocat.

170. Une intervention exclue pour des raisons de sécurité. Une fois le permis de visite accordé, la personne de confiance désignée peut alors s'entretenir avec la personne détenue, sans la présence du personnel pénitentiaire, afin de l'accompagner et de l'assister dans sa démarche de soins[1162]. Or, même si l'individu désigné est titulaire d'un permis de visite, son intervention auprès de la personne détenue peut être exclue pour des raisons de sécurité. En effet, en vertu de l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, si l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits, l'exercice de ceux-ci peut néanmoins faire l'objet de restrictions résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive ou encore de la protection de l'intérêt des victimes.

3) Une atteinte au droit de choisir un aidant

171. Un droit de veto de l'administration pénitentiaire. Conformément à l'article 50 de la loi pénitentiaire, les personnes handicapées, au sens de l'article L. 11111-6-1 du Code de la

[1160] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[1161] C'est particulièrement le cas pour les personnes détenues originaires d'Outre-Mer qui sont incarcérées en métropole.
[1162] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*, art. 49.

santé publique, ont le droit de désigner un aidant de leur choix afin de bénéficier d'une assistance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Si la personne désignée est extérieure à l'établissement pénitentiaire, elle devra obtenir l'autorisation d'accès délivrée par le chef d'établissement pénitentiaire. Le législateur a par ailleurs prévu que l'administration pénitentiaire pouvait s'opposer au choix de l'aidant par une décision spécialement motivée et ce, « *pour des motifs liés à la sécurité des personnes ou au maintien de l'ordre au sein de l'établissement* » comme le précise l'article R. 57-8-6 du Code de procédure pénale[1163]. La sécurité et/ou l'ordre de l'établissement pénitentiaire pourraient être menacés si l'aidant désigné était un complice ou la victime. C'est pourquoi l'administration pénitentiaire dispose d'un véritable « *droit de veto* »[1164] sur le choix de l'aidant par la personne détenue handicapée.

Aux termes de cet article, « *les personnes détenues se trouvant durablement empêchées, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elles-mêmes des gestes liés à des soins prescrits par un médecin peuvent désigner un aidant, y compris une autre personne détenue, pour permettre la réalisation de ces actes, durant les périodes d'absence des professionnels soignants* ». Les dispositions de cet article nous invitent à apporter les précisions suivantes. En premier lieu, la personne détenue handicapée peut désigner comme aidant « *une autre personne détenue* ». Qu'il s'agisse d'un professionnel ou d'une personne codétenue, tout aidant doit expressément y consentir. En second lieu, l'octroi de cette aide est limité aux personnes présentant des « *limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique* » et ce handicap doit les empêcher durablement « *d'accomplir elles-mêmes des gestes liés à des soins prescrits par un médecin* ». En somme, toutes les personnes handicapées ne peuvent donc pas désigner un aidant mais uniquement celles répondant à ces critères.

172. Une application difficile du droit à un aidant. Outre les conditions de détention souvent inadaptées, condamnées par le juge administratif et la Cour européenne des droits de

[1163] Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22783 texte n° 12.

[1164] Pour aller plus loin : OLLIVAUX J., *La dépendance des personnes détenues, Mémoire de recherche de l'application professionnelle,* 42ème promotion de Directeur des services pénitentiaires, École nationale de l'administration pénitentiaire, 2014, p. 17.

l'homme[1165], auxquelles elle doit faire face, la personne détenue handicapée peine également à exercer son droit de choisir un aidant. « *Selon l'administration pénitentiaire, l'intervention d'associations spécialisées demeure difficile en raison de leur réticence à intervenir auprès d'un public sous main de justice et de l'implication insuffisante des conseils généraux* »[1166]. Le Contrôleur a constaté que « *faute de dispositifs d'aide à la personne, il est souvent recouru à des expédients par le biais de codétenus, volontaires ou non, qui apportent leur soutien auprès de personnes fragiles ou dépendantes* »[1167]. Le recours à l'aide des codétenus permet de favoriser les liens entre les personnes détenues et participe ainsi à leur réinsertion. Toutefois, cette relation aidante n'est pas exempte de risques. Une véritable emprise peut naître de cette relation, une emprise aussi bien de l'aidant sur l'aidé que de l'aidé sur l'aidant. Ainsi, l'aide apportée par le codétenu doit être strictement encadrée et contrôlée. Ne serait-il alors opportun de proposer aux codétenus un statut-emploi au titre du service général de l'établissement pénitentiaire[1168] ? Il faudrait cependant s'assurer que la motivation des codétenus ne soit pas exclusivement financière mais qu'elle soit un minimum guidée par l'altruisme. Le recours à des professionnels, formés et rémunérés, apparaît nécessairement le plus adapté. Il n'en demeure pas moins que ce recours présente également des risques en matière de sécurité, eu égard à l'entrée en détention de tiers et de matériels[1169].

B. Une atteinte au droit de consentir aux soins

173. Un consentement préalable à tout acte médical. Aux termes de l'article 16-1 du Code civil, « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de*

[1165] Face aux conditions de détention inadaptées aux personnes handicapées, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a recommandé aux établissements pénitentiaires d'accueillir les personnes détenues souffrant de handicap dans des cellules aménagées pour les personnes à mobilité réduite et de favoriser leur autonomie. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 65-66 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 97.

[1166] BORVO-COHEN-SEAT N., LECERF J.-R., *Loi pénitentiaire de la loi à la réalité de la vie carcérale*, Rapport d'information n° 629 (2011-2012) fait au nom de la commission des lois et de la commission pour le contrôle de l'application des lois, déposé au Sénat le 4 juillet 2012, 93 p. [consulté le 10 juin 2013]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-629/r11-629.html

[1167] Les personnes détenues tiennent aussi un rôle dans la prévention du suicide en détention en raison de la mise en place, dans certains établissements pénitentiaires, de l'expérimentation des codétenus de soutien (C.D.S.).

[1168] Le service général regroupe l'ensemble des emplois occupés par des personnes détenues dans des fonctions de maintenance, de restauration, d'entretien des lieux de vie collective au sein d'un établissement pénitentiaire.

[1169] Pour aller plus loin : OLLIVAUX J., *La dépendance des personnes détenues, Mémoire de recherche de l'application professionnelle,* 42ème promotion de Directeur des services pénitentiaires, École nationale de l'administration pénitentiaire, 2014.

consentir ». En dehors des hospitalisations psychiatriques sans consentement, tout acte médical ne peut être réalisé qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne détenue[1170]. Si le patient-détenu est ainsi libre de refuser des soins, il n'en demeure pas moins que, dans certaines hypothèses, il peut être incité vivement à se soumettre à des soins et même, se voir infliger des soins sans y avoir préalablement consenti.

Les obligations de soins, ordonnées par l'autorité judiciaire, auxquelles peuvent être soumises les personnes condamnées sont de plus en plus nombreuses. Ces obligations de soins s'exécutent principalement en milieu ouvert, dans le cadre notamment du sursis avec mise à l'épreuve[1171], du suivi socio judiciaire[1172], de la contrainte pénale[1173] ou encore dans l'hypothèse de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal[1174]. En revanche, certaines obligations de soins sont accomplies à l'occasion de l'exécution d'une peine privative de liberté. Eu égard à notre sujet d'étude, seules les obligations de soins qui s'exécutent en détention seront analysées. Le consentement de la personne condamnée est un préalable indispensable à l'exécution de ces obligations de soins. Mais, en cas de refus, la personne condamnée devra subir des conséquences sévères sur l'exécution de la peine privative de liberté.

Outre ces fortes incitations aux soins, les personnes détenues peuvent surtout être soumises, dans certaines hypothèses, à des actes médicaux sans que leur consentement n'ait été préalablement recueilli. C'est particulièrement le cas de la grève de la faim.

1) Des soins non-librement consentis

174. Injonction thérapeutique. La mesure d'injonction thérapeutique consiste en une mesure de soins ou de surveillance médicale du délinquant ayant fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Initialement prévue comme mesure alternative aux poursuites pénales, décidée par le procureur de la République, la mesure d'injonction thérapeutique peut être prononcée à tous les stades de la procédure pénale depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance[1175]. Selon les

[1170] HOCQUET-BERG S., PY B., *La responsabilité du médecin*, Condé-sur-Noireau, Heures de France, coll. « Droit professionnel », 2006, n° 156-193, p. 98-107.
[1171] C. pén., art. 132-40 et 132-47.
[1172] C. pén., art. 131-36-1 et 131-36-4.
[1173] C. pén., art. 131-3 et 131-4-1.
[1174] C. pr. pén., art. 706-136-1.
[1175] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance JORF n° 0056 du 7 mars 2007 p. 4297 texte n° 1, art. 47 s. V. aussi Circulaire de la DACG 2008 – 11 G4/ du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, NOR : JUSD0811637C.

modalités définies aux articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique, cette mesure peut être prononcée par le juge d'instruction, le juge des enfants et le juge des libertés et de la détention à l'encontre des personnes mises en examen pour un usage de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques[1176]. La mesure d'injonction thérapeutique peut également être ordonnée par la juridiction de jugement ou le juge d'application des peines à titre de peine complémentaire[1177].

Il incombe au professionnel de santé, chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique[1178], d'informer sans délai l'autorité judiciaire d'une interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure[1179]. Aux termes de l'article L. 3425-2 du Code de la santé publique, « *le fait de se soustraire à l'exécution de la décision ayant ordonné une injonction thérapeutique est puni des peines prévues aux articles L. 3421-1* [mesure d'injonction thérapeutique] *et L. 3425-1* [un an d'emprisonnement et 3750 euros d'amende] ». Le présent article précise que « *ces sanctions ne sont pas applicables lorsque l'injonction thérapeutique constitue une obligation particulière imposée à une personne qui a été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve ou du sursis assorti de l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général* ». Par ailleurs, conformément aux articles 721 et 721-1 du Code de procédure pénale, la personne condamnée perd le bénéfice du crédit de réduction de peine et de la réduction supplémentaire de peine. Aucun aménagement de peine (libération conditionnelle, semi-liberté, ou encore placement à l'extérieur) ne pourra lui être accordé en raison du manquement à l'injonction thérapeutique et de fait, en l'absence d'efforts sérieux de réadaptation. Du fait de ces considérables conséquences, il apparaît difficile pour la personne condamnée de ne pas se résoudre à se soumettre à cette injonction thérapeutique. Cette mesure d'injonction thérapeutique compromet ainsi l'effectivité du droit au consentement reconnu à tout patient. Cependant, malgré cette forte pression, la personne condamnée a tout de même la possibilité de refuser.

175. Injonction de soins et suivi socio-judiciaire. La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des

[1176] C. sant. pub., art. L. 3424-1.
[1177] C. sant. pub., art. L. 3425-1 ; C. pén., art. 132-45.
[1178] C. sant. pub., art. L. 3413-1 à L. 3413-4 ; R. 3413-1 à R. 3413-9.
[1179] C. sant. pub., art. L. 3413-3 al. 3.

mineurs a créé la mesure de suivi socio-judiciaire[1180]. Cette mesure de sûreté fonctionne « *comme une peine complémentaire initialement prévue contre les auteurs d'agressions sexuelles visant les mineurs* »[1181]. Elle est actuellement attachée à de très nombreuses infractions, précisément énumérées, portant atteinte à la vie des personnes et à leur liberté[1182]. Conformément à l'article 131-36-1 du Code pénal, « *le suivi socio-judiciaire emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive* »[1183].

Mais l'intérêt principal de cette peine complémentaire de suivi socio-judiciaire résulte surtout dans le fait qu'elle comporte une injonction de soins prévue à l'article 131-36-4 du Code Pénal. Il ressort en effet de ces dispositions que, sauf décision contraire de la juridiction, toute personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est systématiquement soumise à une injonction de soins s'il est démontré, après expertise médicale, qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement[1184]. Or si les obligations du suivi socio-judiciaire se mettent en place à la libération du condamné, les soins, quant à eux, doivent en principe débuter dès l'entrée en détention. Ainsi, aux termes de l'article 763-7 du Code de procédure pénale, « *lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le troisième alinéa de l'article 717-1* [de ce code] *et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté* » [1185]. Dans ce cas, le juge d'application des peines est tenu d'informer immédiatement la personne condamnée de la possibilité d'entreprendre un traitement pendant l'exécution de cette peine.

Il n'est du reste même pas nécessaire d'avoir été condamné à un suivi socio-judiciaire pour être soumis à cette incitation aux soins en détention. Il se trouve que le simple fait d'encourir cette peine complémentaire peut déjà produire un tel effet. Ainsi, conformément au

---

[1180] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs, JORF n°0139 du 18 juin 1998 p. 9255. V. C. pén., art. 131-6-1 s. ; C. pr. pén., art. 763-1 s. et C. sant. pub., art. L. 3711-1 s.
V. aussi VAUTHIER J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013, n° 240 s., p. 248 s.
[1181] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Suivi socio-judiciaire.
[1182] *Ibidem*.
[1183] C. pén., art. 131-36-2 al. premier et 131-36-3.
[1184] C. sant. pub., art. L. 3711-1 s.
[1185] C. pén., art. 131-36-4.

troisième alinéa de l'article 717-1 du Code de procédure pénale, « *les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté* ». Et, en vertu du quatrième alinéa de cet article, il peut être proposé à toute personne condamnée à une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire était encouru de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement. Il ne s'agit donc pas dans ce cas d'une injonction aux soins au sens strict, le suivi socio-judiciaire n'ayant pas été prononcé, mais d'une incitation aux soins[1186].

Dans les deux hypothèses précédemment évoquées, si la personne condamnée refuse de se soumettre au traitement qui lui est proposé, le juge d'application des peines doit à nouveau informer la personne condamnée de la possibilité de suivre un tel traitement et ce, au moins une fois tous les ans. Surtout dans les deux cas, la personne condamnée devra assumer les conséquences d'un refus ou d'un suivi irrégulier du traitement. Dans ces hypothèses en effet, elle ne peut pas prétendre au bénéfice du crédit de réduction de peine et de la réduction supplémentaire de la peine[1187]. En outre, le fait de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin de l'unité sanitaire et proposé dans le cadre d'une injonction de soins ou d'une incitation aux soins constitue pour la personne condamnée, entre autres, une violation des obligations qui lui incombent, pouvant donner lieu, selon les cas, soit au refus d'octroi des mesures d'aménagement de peines telles que les mesures de libération conditionnelle de semi-liberté, de placement extérieur ou encore de placement sous surveillance électronique, soit à la suspension de ces mesures si elles avaient été accordées. Les conséquences du refus de soins sont donc telles que la personne détenue ne pourra que se plier à ce qui n'est qu'une proposition du juge d'application des peines de suivre des soins en détention. Le respect effectif du droit, reconnu à tout patient, de consentir aux soins est ainsi compromis.

[1186] Le dernier alinéa de l'article L. 3711-3 du Code de la santé publique précise que « *le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido* ».
[1187] C. pr. pén., art. 721 et 721-1.

2) Des soins sans consentement : le cas particulier des grèves de la faim

176. Le danger, critère des soins forcés. Outre les soins pénalement ordonnés, l'effectivité du droit au consentement est mise à mal par les soins dispensés aux personnes détenues sans leur consentement et en particulier, dans l'hypothèse d'une grève de la faim, pratique utilisée en milieu carcéral comme moyen de contestation, de résistance et d'opposition à l'autorité publique.

En cas de refus de soins, le médecin est tenu de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix[1188]. Cependant, si ce refus de soins met en danger la vie de la personne, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins nécessaires à son état de santé. Dès lors, l'obligation de respecter le consentement de la personne se heurte au devoir d'assistance à personne en péril. En application de l'article 223-6 du Code pénal, encourt une peine de cinq ans d'emprisonnement et de soixante-quinze-mille euros d'amende, toute personne qui s'abstient volontairement de porter, à une personne en péril, l'assistance qu'il pouvait lui prêter, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. Une distinction doit alors être opérée entre le terme « danger » employé à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique et le terme « péril » utilisé à l'article 223-6 du Code pénal. Selon le Professeur Bruno Py, le danger expose la personne à un risque certain dont la survenance et les conséquences ne sont pas connues. Le péril expose, quant à lui, la personne à un risque certain, gravissime et imminent[1189]. Ainsi, en cas de péril, l'existence même de la personne est menacée. Si chacun est libre de s'exposer à un danger, toute personne se doit, face à un péril encouru par autrui, de lui porter assistance.

En milieu carcéral, la question des soins forcés se pose essentiellement à l'occasion de grèves de la faim et/ou de la soif menées par les personnes détenues[1190]. Aux termes de l'alinéa premier de l'article D. 364 du Code de procédure pénale, « *si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état*

[1188] C. sant. pub., art. L. 1111-4, al. 3 la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.
[1189] PY B., « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril », *AJ Pénal* 2012, p. 384.
[1190] PETER O., « Alimentation et droits des personnes détenues : analyse dans la perspective du droit européen », *RTDH* 2013, p. 97-121.

de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales »[1191]. Dans ces conditions, les soins dispensés à la personne détenue, notamment l'alimentation forcée, peuvent être décidés en cas de danger pour la personne et après une décision d'un médecin. Le danger prime ainsi le consentement du patient. La grève de la faim permet, en milieu carcéral, une intervention médicale dès le stade du danger et donc avant le péril, critère des soins forcés de droit commun. Cela étant, malgré une atteinte au droit de consentir aux soins, les personnes détenues bénéficient d'une protection de leur santé renforcée. Ces dernières années, l'alimentation forcée des personnes détenues dans les prisons américaines a fait scandale. Un gavage des personnes détenues, en particulier dans le camp de détention de Guantanamo et dans les prisons Californiennes, a été vivement dénoncé[1192].

En dehors des grèves de la faim, des actes médicaux peuvent être ordonnés pénalement et exécutés sans le consentement des personnes détenues. Il est question des fouilles corporelles internes. Ces fouilles ne relèvent pas de la compétence du personnel pénitentiaire et, en vertu de l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, ne peuvent être réalisées, sur prescription de l'autorité judiciaire, que par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement pénitentiaire[1193]. La circulaire du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues énonce que « *ces investigations peuvent notamment procéder d'un examen des cavités buccales, anales ou vaginales, ou de radiographies* » et qu' « *elles sont sollicitées de manière exceptionnelle, lorsque la personne détenue est soupçonnée d'avoir ingéré ou introduit des objets ou substances prohibés ou dangereux* »[1194]. Par deux ordonnances du 6 juin 2013, le Conseil d'État a encadré la pratique

---

[1191] V. C. pr. pén., art. D. 280.

[1192] D'après Dianne Feinstein, présidente de la commission du renseignement du Sénat, qui a visité le camp de détention de Guantanamo, le 7 juin 2013, « *Les détenus sont attachés sur une chaise par leurs corps, leurs pieds, leurs mains, et deux fois par jour un tube, peut-être recouvert d'huile d'olive, est inséré dans leur nez jusqu'à l'estomac, et on force l'individu à s'alimenter. Et cela dure depuis des semaines et des mois* ». LE MONDE, « États-Unis : des élus dénoncent l'alimentation forcée "cruelle" à Guantanamo », 10 juillet 2013 [consulté le 11 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2013/07/10/etats-unis-des-elus-denoncent-l-alimentation-forcee-cruelle-a-guantanamo_3445186_3222.html

[1193] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
À propos de la fouille des cellules, la loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale (JORF n° 0129 du 4 juin 2016, texte n° 1, art. 111) a ajouté un alinéa à l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Aussi, aux termes de cet alinéa, « *lorsqu'il existe des raisons sérieuses de soupçonner l'introduction au sein de l'établissement pénitentiaire d'objets ou de substances interdits ou constituant une menace pour la sécurité des personnes ou des biens, le chef d'établissement peut également ordonner des fouilles dans des lieux et pour une période de temps déterminés, indépendamment de la personnalité des personnes détenues. Ces fouilles doivent être strictement nécessaires et proportionnées. Elles sont spécialement motivées et font l'objet d'un rapport circonstancié transmis au procureur de la République territorialement compétent et à la direction de l'administration pénitentiaire* ».

[1194] Circulaire du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues, NOR : JUSK1140022C.

de ces fouilles corporelles intégrales en précisant que « *les nécessités de l'ordre public été les contraintes du service public pénitentiaire peuvent légitimer l'application aux détenus d'un régime de fouilles corporelles intégrales* »[1195]. Cependant, « *l'exigence de proportionnalité des modalités selon lesquelles les fouilles intégrales sont organisées implique qu'elles soient strictement adaptées non seulement aux objectifs qu'elles poursuivent mais aussi à la personnalité des personnes détenues qu'elles concernent* »[1196]. Cela étant, « *il appartient au chef d'établissement de tenir compte, dans toute la mesure du possible, du comportement de chaque détenu, de ses agissements antérieurs ainsi que des circonstances de ses contacts avec des tiers* »[1197].

Les défaillances dans l'organisation des soins ainsi que les atteintes à la volonté du « patient détenu » précédemment évoquées témoignent d'une conciliation difficile entre le statut de personne détenue et le statut de patient. La prise en charge sanitaire des personnes détenues doit tenir compte de ce double statut aux fins de parvenir à une protection effective de leur santé et de garantir une jouissance effective de leurs droits en matière de santé. Mais les incidences négatives de la privation de liberté sur l'exercice des droits du patient ne s'arrêtent pas aux soins, elles entachent aussi la relation de soins.

Section 2 : Sur la relation de soins

177. Communication, confidentialité et secret professionnel. Les incidences négatives du statut de personne détenue sur la relation de soins se traduisent non seulement par des atteintes à la communication entre le patient et le professionnel de santé, mais également par des atteintes à la confidentialité et au secret professionnel.

[1195] CE, réf., 6 juin 2013, req. n° 368875, considérant n° 6. V. aussi CE, 6 juin 2013, req. n° 368816. LÉNA M., « Fouilles corporelles intégrales : le Conseil d'État, véritable garant de l'application de la loi pénitentiaire », note sous CE, 6 juin 2013, réf., req. n° 368816 et n° 368875, *Dalloz actualité*, 17 juin 2013

[1196] CE, 6 juin 2013, req. n° 368875, considérant n° 6. V. aussi CEDH, 20 janv. 2011, *El Shennawy c/ France*, req. n° 51246/08.

[1197] CE, 6 juin 2013, req. n° 368875, considérant n° 6.

§1. Des atteintes à la communication dans la relation de soins

178. Une communication insuffisante en détention. L'autonomie du patient dans la prise en charge de sa santé, figure de « patient contemporain », est menacée en détention par le manque de communication avec le professionnel de santé. « *Si la communication est inhérente à l'être humain, sa pratique fluctue en fonction des situations, des personnes en présence et des objectifs assignés. Communiquer, c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir mais aussi tenter de le comprendre* »[1198]. Dans une relation, la communication s'effectue en deux temps, la rencontre et l'échange. Une rencontre peut s'opérer par le biais de moyens de communication, comme un courrier, un appel téléphonique ou même un contact physique. Une fois la rencontre initiée, l'action de communiquer se traduit par l'obtention ou l'échange d'informations. Le terme communication est, en effet, emprunté du latin classique *communicatio* qui signifie « *mise en commun, échange de propos, action de faire part* »[1199].

Eu égard aux droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé, il convient de s'interroger, d'une part, sur les moyens mis à leur disposition pour solliciter une rencontre avec un professionnel de santé et d'autre part, sur les informations qu'elles ont obtenues au cours et à l'issue de cette rencontre.

A. Des requêtes médicales contrariées

179. Des obstacles aux requêtes médicales. L'insuffisance de communication dans la relation de soins en détention se manifeste par des défaillances dans le recueil et le traitement des requêtes d'ordre médical formées par les personnes détenues auxquelles il convient de remédier.

1) Des défaillances dans le recueil et le traitement des requêtes médicales

180. La demande de consultation médicale. Conformément à l'article D. 379 du Code de procédure pénale, le praticien responsable de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire

[1198] BIOY A., BOURGEOIS F., NÈGRE I., *Communication soignant-soigné*, 3e éd., Paris, Bréal, 2013, coll. « Repères et pratiques », p. 18.
[1199] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Communication [consulté le 15 août 2015]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

(U.S.M.P.) organise le suivi médical des personnes détenues et coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en œuvre à leur égard[1200]. Dans chaque unité sanitaire, les médecins assurent de fait des consultations médicales, à la suite de demandes formulées par la personne détenue ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue[1201]. À l'occasion de ces consultations médicales, il ressort des dispositions de l'article 48 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 que l'indépendance professionnelle du personnel de santé doit être garantie. À ce titre, « *ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* »[1202].

Les rendez-vous avec un professionnel de santé ne peuvent pas être pris en détention, comme en milieu libre. Les personnes détenues sont tenues de demander une consultation médicale puis d'attendre d'être convoquées[1203]. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice précise que « *l'acheminement des demandes de consultations vers l'unité sanitaire est assuré de façon préférentielle au moyen d'une boîte à lettre réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef* »[1204]. Les demandes de consultations médicales doivent alors être, de préférence,

[1200] C. sant. pub., art. R. 6112-19 et R. 6112-20.
[1201] C. pr. pén., art. R. 57-8-1 al. 1er.
[1202] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[1203] À l'inverse, dans certaines hypothèses, la rencontre avec un professionnel de santé s'opère sans aucune sollicitation des personnes détenues. Il s'agit des visites, énumérées à l'article R. 57-8-1 du Code de procédure pénale, aux personnes détenues confinées en cellule ordinaire (C. pr. pén., art. R. 57-7-31) ou placées à l'isolement (C. pr. pén., art. R. 57-7-63 et R. 57-7-64) ou au quartier disciplinaire (C. pr. pén., art. R. 57-7-31), effectuées par les médecins de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.) lorsque ces derniers l'estiment nécessaire et au minimum deux fois par semaine. Ces visites médicales, pourtant réalisées dans l'intérêt de la personne détenue, favorisent la perte d'autonomie déjà avancée d'un « patient détenu » dans un établissement pénitentiaire. Certaines personnes détenues peuvent ainsi rejeter toute communication avec le médecin pour exprimer une forme de liberté et refuser ainsi d'être en quelque sorte « infantilisées ». Toutefois, la compatibilité de ces mesures avec l'état de santé de la personne détenue doit être contrôlée. Toute incompatibilité relevée par le personnel de santé est susceptible de mettre fin à l'une ou l'autre de ces mesures (C. pr. pén., art. R. 57-7-31 et R. 57-7-63).
[1204] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 52 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

formulées par écrit[1205]. Pour autant, le guide ajoute que « *l'acheminement de demandes orales ou écrites (sous pli fermé) peut aussi être assuré par le personnel pénitentiaire, s'il est sollicité* »[1206]. Cette préférence de l'écrit pour initier une rencontre avec un professionnel de santé n'est pas sans causer des difficultés à l'égard d'une population dont une partie importante de ses membres présente les caractéristiques socio-démographiques des milieux défavorisés[1207]. La demande de consultation par écrit peut en effet être un frein à l'accès aux soins pour des personnes détenues illettrées, analphabètes ou ne maîtrisant pas la langue française[1208]. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a rappelé la possibilité, pour les personnes détenues qui ne savent pas écrire, de faire appel à un écrivain public, à condition que l'établissement pénitentiaire en dispose. Le cas échéant, le Contrôleur général a observé que les personnes détenues font appel à leur codétenu et que certains de ces codétenus monnaient leur service[1209]. Par ailleurs, à la suite d'une enquête menée dans trois établissements pénitentiaires, la doctorante en sociologie, Lara Mahi, a observé que « *les demandes de convocation doivent être justifiées par un motif clair, permettant aux infirmiers, lors du tri du courrier, d'orienter leur patient vers le bon personnel de soin* »[1210]. Chacun conviendra qu'il n'est pas aisé, non seulement de cerner les maux qui tourmentent le corps et/ou l'esprit mais aussi, d'en donner une description précise. Cette difficulté est accentuée pour les personnes détenues qui vivaient en marge du système de santé avant leur incarcération. Dans les cas où la demande de consultation médicale est formulée oralement par l'intermédiaire du personnel pénitentiaire de surveillance, le motif de cette demande n'est également jamais précisé clairement. L'objet de la requête médicale est alors difficilement indentifiable par le personnel de santé.

[1205] D'après le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, les causes de cette prévalence de l'écrit sont multiples : « *indisponibilité du personnel, taille et organisation de l'établissement, éparpillement des responsabilités, complexité des procédures. Le surveillant d'étage, qui est souvent le premier sollicité, n'a pas toujours la possibilité de répondre précisément. Pris par ses multiples tâches, il n'a pas nécessairement le temps de rechercher les éléments de réponse. En outre, il n'a pas toujours la compétence pour donner la réponse. La solution qui s'impose alors est : "écrivez"* ». V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., Rapport annuel d'activité 2014, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 194.

[1206] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 52 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[1207] V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 227-228.

[1208] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 5-8 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

[1209] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 228.

[1210] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *op. cit.*., p. 6.

Cet obstacle à la communication entre la personne détenue et le personnel de santé est d'autant plus avéré en raison de la difficulté d'accès à la boîte aux lettres pour les personnes détenues en maison d'arrêt ou en quartier « maison d'arrêt » dans lequel le régime de détention est dit « portes fermées ». Cet obstacle est par ailleurs renforcé par la crainte ressentie par les personnes détenues que leurs courriers, adressés au personnel de santé, soient consultés par le personnel pénitentiaire de surveillance, soit dans l'hypothèse où la boite aux lettres dispose d'un équipement de sécurité défaillant, soit dans l'hypothèse où le personnel pénitentiaire de surveillance est sollicité comme intermédiaire dans la transmission des demandes de consultations médicales. Cette crainte pousse alors certaines personnes détenues à renoncer aux soins.

181. La convocation médicale. Une fois leur demande de consultation médicale formulée, les personnes détenues sont dans l'attente d'une réponse du personnel de santé qui prend généralement la forme d'une convocation à une consultation médicale. Elles doivent alors se résoudre à une certaine passivité dans l'attente de leur convocation. Cette passivité est renforcée par le choix impossible de la date et de l'heure de la convocation mais également, du patricien qui les recevra en consultation. À cette perte d'autonomie dans la démarche de soin s'ajoutent des contraintes inhérentes au temps de réponse et aux modalités de réponse[1211]. Les délais de réponse à une demande de consultation médicale sont bien souvent inconnus des personnes détenues et excessifs. Si dans certains établissements pénitentiaires, les personnes détenues sont informées de la date et de l'heure de la consultation ainsi que du praticien qui les recevra, dans d'autres établissements, la personne détenue est informée de sa convocation médicale, imminente, au moment où le surveillant pénitentiaire ouvre la porte de la cellule pour l'y conduire. Il arrive même qu'aucune réponse ne soit donnée à une demande de consultation ou que la convocation de l'unité sanitaire ne soit pas remise à la personne détenue ou encore que cette dernière ne soit pas conduite à l'unité sanitaire, par un agent pénitentiaire, le jour de sa convocation[1212]. De même, les personnes détenues qui sollicitent une consultation spécialisée ou une hospitalisation dans un établissement de santé ne sont pas informées, à l'avance, de la date de leur extraction médicale et ce, afin d'éviter tout risque d'évasion. Par ailleurs, conformément au principe du consentement préalable à l'acte

[1211] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *op. cit.*, p. 7-8.
[1212] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 228.

médical[1213], ces convocations médicales n'ont pas de caractère obligatoire. Il n'en demeure pas moins qu'elles ont un caractère contraignant du fait des « *sanctions non-formalisées* » retenues, par le personnel de santé, à l'encontre des personnes détenues qui ne se seraient pas présentées à leur convocation pour divers motifs[1214]. Or, comme l'a constaté le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *il est très difficile dans ce cas de déterminer si la personne détenue ne s'est pas rendue au rendez-vous parce qu'elle a effectivement refusé ou parce que le personnel ne l'a pas prise en charge. C'est pourquoi, certaines UCSA ont mis en place un "bulletin de refus" qui doit être rempli par le surveillant et signé par l'intéressé. Il indique le motif d'annulation de la consultation : promenade, parloir, extraction ou refus. Cette solution est plus satisfaisante : elle n'est nullement une garantie absolue* »[1215].

Les contraintes qui pèsent sur la communication entre les personnes détenues et le personnel de santé sont des facteurs d'ineffectivité du droit d'accès aux soins en ce qu'elles compliquent cet accès aux soins et poussent même, certaines personnes détenues à renoncer aux soins. « *Certains détenus/patients excédés par ce système de correspondance, préfèrent se priver de soins plutôt que de demeurer dans l'incertitude de la bonne réception du courrier et dans l'attente de la convocation* ». Les propos recueillis par la doctorante en sociologie Lara Mahi d'une personne détenue, atteinte d'un cancer généralisé, témoignent de ce renoncement aux soins : « *Écrire, moi j'écris plus. C'est fini. Terminé. Parce que répéter toujours les mêmes choses, non merci. Non. Je ne demande plus rien. Je me laisse aller, je me laisse partir* »[1216].

2) Des progrès nécessaires dans le recueil et le traitement des requêtes médicales

182. Un accusé de réception et une réponse systématiques. Afin de rassurer la personne détenue sur la réception de sa requête médicale et d'éviter une réitération de cette requête, un accusé de réception doit systématiquement lui être remis dans les plus brefs délais et ce, que

[1213] C. sant. pub., art. L. 1111-4 la loi n° 2016-87du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016 texte n° 1, art. 5.

[1214] Lara Mahi a observé que « *dans certains établissements, la contrainte se diffuse jusque dans la mise en place de sanctions non-formalisées qui consistent, pour les médecins et les infirmiers, à priver de nouvelles "convocations" leurs patients qui ne se sont pas rendus à l'une de ces dernières* ». V. MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 8 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

[1215] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 228.

[1216] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 8 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

la requête ait été adressée par voie orale ou par voie écrite. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a recommandé que « *soit généralisée la procédure mise en œuvre dans un établissement pénitentiaire consistant à reformuler la demande sur le bulletin servant d'accusé de réception* »[1217].

Les modalités de traitement des requêtes (en particulier, les délais d'enregistrement et de réponse) doivent être précisées et communiquées aux personnes détenues. À titre d'exemple, « *dans une maison centrale du Sud de la France, une note destinée à la population pénale précise les délais d'enregistrement et de réponse des services administratifs : il est ainsi indiqué que le délai d'enregistrement dans le CEL est de 24 h à 48 h ; pour le délai de réponse, il est rappelé que le délai maximum légal est de 60 jours, même si les services administratifs doivent s'attacher à répondre plus rapidement* »[1218].

Toute requête doit par ailleurs recevoir une réponse. Cette réponse doit être courtoise, correcte, pertinente et équitable. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a en effet estimé que les réponses ne doivent pas revêtir un caractère désinvolte et irrespectueux ; qu'elles doivent être rapides, écrites, détaillées, justifiées et notifiées ; et enfin, qu'elles ne doivent pas dépendre du comportement de la personne détenue et des relations qu'elle entretient avec le personnel de santé[1219]. Il a également recommandé de limiter la prévalence de l'écrit dans la formulation des requêtes. « *L'oralité doit demeurer possible et être privilégiée pour traiter des requêtes simples ou immédiates ou revêtant un caractère d'urgence et nécessitant une réponse directe des personnels sans qu'y soit opposé un dilatoire "Écrivez !"* »[1220]. Encore faut-il, en dehors des cas d'urgence, que le personnel de santé ou le personnel pénitentiaire aient les moyens d'y répondre immédiatement.

183. Des bornes informatiques de saisie de requêtes. Des bornes, dites « bornes C.E.L. » destinées à recueillir, via le cahier électronique de liaison (C.E.L.) [1221], les différentes requêtes des personnes détenues, sont en cours d'expérimentation dans certains établissements pénitentiaires. Dans une délibération du 20 janvier 2011, la Commission nationale de

---

[1217] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 197.
[1218] *Ibidem*, p. 199.
[1219] *Ibid*.,, p. 238.
[1220] *Ibid*.
[1221] Le cahier électronique de liaison a été créé, par un décret du 6 juillet 2011, pour faciliter le partage d'informations opérationnelles entre les différents acteurs intervenant au sein des établissements pénitentiaires. V. Décret n° 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE), JORF n° 0157 du 8 juillet 2011 p. 11842 texte n° 9.

l'informatique et des libertés (C.N.I.L.), a estimé que « *ces bornes sont sécurisées physiquement pour empêcher toute utilisation de ces terminaux à d'autres fins* » et qu'elles « *devraient être placées dans des endroits permettant un accès préservant tout droit à la confidentialité des requêtes des détenus* ». En outre, elle a relevé d'une part, que « *le ministère* [de la Justice] *a précisé que les bornes CEL disposent d'onglet spécifique aux demandes de rendez-vous sans qu'il soit nécessaire de renseigner le motif du rendez-vous* [médical] » et d'autre part, que « *l'authentification des détenus se fait à partir d'une carte à code-barres et la saisie d'un mot de passe* »[1222].

L'usage de ces « bornes C.E.L. » permet d'adresser une requête d'ordre médical à l'unité sanitaire et d'avoir une traçabilité des demandes de consultations médicales ainsi qu'un suivi du traitement des demandes. Ces bornes délivrent systématiquement un accusé de réception afin de confirmer la saisie de la requête médicale et d'en avoir la preuve. Néanmoins, selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, si « *le recours à ce moyen peut faciliter les demandes de certains, habitués au maniement d'appareils comparables* », « *pour d'autres, malheureusement, les difficultés de l'accès à l'outil informatique* [sont semblables] *à celles de l'écrit. Sans doute conviendrait-il de prévoir une formation à l'utilisation des bornes au cours du parcours arrivants et la remise d'une notice explicative* »[1223]. Il est ainsi essentiel de garantir une accessibilité de ces bornes aux personnes détenues illettrées ou analphabètes ou encore ne maitrisant pas la langue française, par l'utilisation d'images ou de pictogrammes[1224], voire même la proposition de plusieurs langues. Lorsque les requêtes médicales sont transmises par le biais de ces bornes, le personnel pénitentiaire de surveillance n'intervient plus dans leur transmission. Pour autant, en raison de l'accessibilité du cahier électronique de liaison au personnel pénitentiaire et notamment, aux membres de la commission pluridisciplinaire unique et des personnes qui y sont entendues, l'installation de ces « bornes C.E.L. » ne menace-t-elle pas la nécessaire préservation du secret professionnel du personnel de santé ? Enfin, d'après le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *si ce nouvel outil peut donc constituer une modalité*

[1222] COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS, Délibération n° 2011-021 du 20 janvier 2011 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion des personnes écrouées dénommé « gestion informatisée des détenus en établissement » (GIDE) (avis n° 10024143), JORF n° 0157 du 8 juillet 2011 texte n° 97.
[1223] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 195.
[1224] *Ibidem*, p. 255.

supplémentaire de recueil et de transmission des requêtes, en aucun cas, il ne doit devenir la seule »[1225].

Par ailleurs, l'attention portée aux personnes détenues, dans le cadre de leur prise en charge sanitaire, ne doit pas être focalisée uniquement sur la présentation de requêtes médicales mais également sur les raisons tenant à l'absence de requêtes par certaines personnes détenues. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a attiré l'attention sur les « *personnes détenues particulièrement vulnérables en raison de leur état de santé, de leur âge, de leur absence de maîtrise de la langue, qui ont tendance à se renfermer sur elles-mêmes et ne plus guère se manifester auprès du personnel pénitentiaire* »[1226]. Ainsi, pour le Contrôleur général, « *il paraît indispensable de s'interroger sur les motifs réels de l'absence de sollicitation par certaines personnes : il conviendrait que les personnels de surveillance s'assurent que l'absence de demande résulte bien d'une absence de besoin et non de difficultés d'expression ou d'une méconnaissance des droits* »[1227].

B. Une information limitée du patient

184. Information et accès aux informations. Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, tout patient a non seulement le droit à être informé sur son état de santé mais aussi le droit d'accéder aux informations le concernant[1228].

1) Une communication essentiellement orale des informations médicales

185. Une rétention des informations médicales écrites. Dès l'examen médical d'entrée et durant toute la détention, le personnel de santé procède à une rétention d'informations médicales vis-à-vis des patients détenus[1229]. Cette rétention porte atteinte à la communication entre la personne détenue et le personnel de santé et menace ainsi la qualité de la relation de

[1225] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 255.
[1226] *Ibidem*.
[1227] *Ibid*.
[1228] C. sant. pub., art. L. 1111-2 et L. 1111-7.
[1229] V. MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 9-10 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607
La doctorante en anthropologie, Lara Mahi, a mené une enquête de terrain, entre novembre 2011 et juin 2013, dans trois établissements pénitentiaires, situés en Aquitaine, dans le Limousin et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

soins. Le « patient détenu » perd, là encore, une certaine autonomie dans la prise en charge de sa santé et la passivité à laquelle il est contraint en est ainsi renforcée. Il est d'usage qu'aucune information médicale ne soit communiquée par écrit aux personnes détenues. Les résultats des bilans sanguins, des imageries médicales (radiographies, écographies, etc.) ou d'autres examens ne sont pas remis aux patients détenus afin d'éviter d'éventuelles indiscrétions de la part de leurs codétenus ou du personnel pénitentiaire à l'occasion des fouilles des cellules[1230]. « *On ne peut comprendre l'importance qui s'attache, pour une personne détenue, à la possession de certains écrits personnels si l'on omet de prendre conscience que, dans une détention, chacun est à l'affût de ce qu'est autrui, dont on veut tout savoir* […] »[1231]. Dans l'intérêt des patients détenus, le personnel de santé communique par voie orale les informations médicales les concernant. Cette oralité « *induit un certain flou dans la compréhension de leur pathologie chez ceux qui ont découvert leur problème de santé en détention et qui n'ont aucune autre source d'information* » [1232]. Il apparaît alors un manque de concordance entre les informations qui sont communiquées aux personnes détenues et leur compréhension de celles-ci. La communication écrite de ces informations médicales s'avère ainsi essentielle pour permettre à la personne détenue de mieux cerner la maladie dont elle est atteinte et de mieux appréhender le traitement médical qui lui est proposé.

En somme, la rétention des informations médicales écrites porte atteinte au droit de la personne détenue d'accéder aux informations le concernant mais aussi à son droit à être informé sur son état de santé. Elle porte aussi atteinte au droit au respect de la vie privée, en raison des défaillances dans la mise en application de la confidentialité des documents personnels. Des mesures doivent ainsi être prises pour assurer la confidentialité des informations écrites qui seraient remises aux personnes détenues.

186. Une confidentialité des documents personnels. L'article 42 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 garantit, à toute personne détenue, le droit à la confidentialité de ses documents personnels[1233]. Si elle le souhaite, la personne détenue peut remettre ses documents personnels au greffe de l'établissement pénitentiaire. Elle peut également décider

---

[1230] C. pr. pén., art. D. 269.

[1231] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession de documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*, JORF 11 juillet 2013, texte n° 86.

[1232] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 9 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607
V. dans cet article le témoignage d'une personne incarcérée, p. 9.

[1233] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192. V. C. pr. pén., art. R. 57-6-1 à R. 57-6-4.

de les conserver en cellule, hormis les documents mentionnant le motif d'écrou qui doivent être, dès l'arrivée en détention, obligatoirement confiés au greffe de l'établissement pénitentiaire. Dès lors, puisque la confidentialité des informations de santé doit en principe être assurée, la sauvegarde de cette confidentialité ne devrait pas être invoquée, par le personnel de santé, pour justifier la communication essentiellement orale de ces informations médicales, et donc de la rétention des informations écrites. Or, il ressort des développements précédents que la réalité est tout autre. Dans un avis du 13 juin 2013, relatif à la possession de documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a énoncé que l'administration pénitentiaire doit, sous réserve des contrôles nécessaires, veiller au respect du caractère personnel des documents[1234]. Quelle qu'en soit l'origine, les documents personnels relatifs à la santé et à la situation sociale des personnes détenues constituent des documents qui doivent être protégés du regard d'autrui[1235].

Dans cette perspective, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a émis des recommandations conformément au principe de confidentialité énoncé à l'article 42 de la loi pénitentiaire[1236]. D'une part, chaque détenu doit pouvoir « *se munir d'accessoires lui permettant de protéger la confidentialité (enveloppes à cacheter, papier adhésif, étiquettes ad hoc...)* » et disposer d' « *une petite armoire métallique en état, fermant avec une clé ou un cadenas mis à disposition du détenu* ». D'autre part, il recommande que l'examen des documents personnels trouvés lors des fouilles de cellule soit assuré, en présence de la personne détenue, par des officiers ou des gradés spécialement habilités, dans l'unique but de vérifier qu'aucun objet, ni aucune substance interdits n'y soient dissimulés. Il précise en outre qu'à l'occasion de ces fouilles de cellule, aucun document personnel ne saurait en tout état de cause être lu, ni même détruit ou encore retenu durant la détention pour des raisons d'ordre. Et enfin, il recommande une réécriture de l'article 42 de la loi pénitentiaire afin que les personnes détenues puissent conserver en cellule tous leurs documents personnels, même ceux mentionnant le motif d'écrou.

[1234] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*
[1235] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession de documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*, JORF 11 juillet 2013, texte n° 86.
[1236] *Ibidem.*

Il convient d'ajouter que l'application du principe de l'encellulement individuel permettrait d'offrir aux personnes détenues l'intimité nécessaire à la confidentialité de leurs documents personnels, en les protégeant d'éventuelles indiscrétions de leurs codétenus.

2) Une autonomie restreinte dans l'accès aux informations médicales

187. De nouvelles sources d'informations médicales via Internet inaccessibles. En dehors de quelques expérimentations dans des établissements pénitentiaires, les personnes détenues n'ont pas accès à Internet. De fait, elles ne peuvent pas accéder librement aux informations médicales disponibles sur Internet. Cet accès pourrait pourtant renforcer leur autonomie dans la prise en charge de la santé et favoriser ainsi leur réinsertion. En 2011, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, a recommandé que la mise à disposition contrôlée d'Internet soit assurée dans les établissements pénitentiaires en faveur des personnes détenues[1237]. Cette recommandation a été reprise par son successeur, Adeline Hazan, dans le rapport d'activité 2014. Aux termes de ce rapport, « *aujourd'hui, internet est entré dans la vie de l'individu au point de devenir un outil indispensable pour favoriser l'accès aux organismes de droit commun, pour l'accès aux études supérieures, pour rester au contact des évolutions technologiques que connaît la société, etc. Il représente, par conséquent, un outil précieux de réinsertion et d'autonomisation qui n'est pas inconciliable avec des impératifs de sécurité* […] »[1238]. Pourtant, cette possibilité d'accès à Internet devrait être mise en œuvre au regard des dispositions de la circulaire du 13 octobre 2009 relative à l'accès des détenus à l'informatique qui prévoit que les personnes détenues peuvent accéder à du matériel informatique connecté, non pas en cellule mais dans des salles sécurisées. Dans sa quête d'autonomie, le « patient détenu » est ainsi pénalisé, par rapport au patient libre, du fait de ses difficultés d'accès à Internet. Néanmoins, un accès à Internet pourrait se traduire, chez certaines personnes détenues, comme chez certaines personnes libres, par la tentation de trouver une maladie à leurs moindres maux et solliciter des consultations médicales de manière excessive. Les informations médicales recueillies sur Internet seraient également susceptibles de

[1237] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*, JORF 12 juillet 2011, texte n° 82. V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, 359 p.

[1238] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, p. 107.

renforcer les inquiétudes, angoisses et frustrations ressenties par certaines personnes détenues et ainsi, leur volonté d'obtenir une réponse médicale rapide, sans qu'elle soit peut-être nécessaire. Ainsi, la personne détenue n'est-elle pas finalement protégée des informations médicales qui sont disponibles sur Internet ?

3) Une assistance conditionnée dans l'accès aux informations contenues dans le dossier médical

188. L'exigence d'un permis de visite pour le tiers et le médecin intermédiaire. En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tout patient doit pouvoir accéder directement aux informations contenues dans son dossier médical[1239]. Comme tout patient, la personne détenue peut néanmoins décider d'accéder à ces informations par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle a désigné. En outre, « *la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée* »[1240]. Le refus de la personne détenue n'empêche pas que ces informations lui soient communiquées directement.

Les personnes présentes lors de la consultation des informations du dossier médical des personnes malades doivent être, en vertu de l'article 49 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, titulaires d'un permis de visite les autorisant à s'entretenir avec les personnes détenues, hors de la présence du personnel pénitentiaire[1241]. Il ressort de dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice que « *la communication de ces informations à la personne détenue par ce médecin nécessite la délivrance par l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des personnes condamnées) d'un permis de visite* », et que « *le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à amener une copie des documents, la remise de ceux-ci à la personne*

[1239] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1. V. C. sant. pub., art. L. 1111-7.
[1240] C. sant. pub., art. L. 1111-7 al. 3.
[1241] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

concernée n'étant toutefois pas autorisée »[1242]. Il est en outre ajouté que « *dans l'hypothèse où le médecin désigné souhaiterait communiquer ces informations par courrier à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception dans ce cas aux dispositions relatives aux contrôles des courriers (article 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009)* »[1243]. Et enfin, « *dans la mesure où la personne détenue souhaiterait disposer d'une copie de son dossier médical en cellule, celle-ci s'expose à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires lors de fouilles* »[1244].

En tout état de cause, l'intervention d'une tierce personne, pour recevoir les informations contenues dans le dossier médical, exige qu'un permis de visite lui ait été accordé. Cette exigence permet alors d'éviter une intervention du médecin traitant complice de la personne détenue.

§2. Des atteintes à la confidentialité et au secret professionnel dans la relation de soins

189. Confidentialité et secret. Le droit à la confidentialité et le droit au respect du secret professionnel, reconnus aux patients, sont des corollaires du droit de toute personne au respect de sa vie privée, garanti par l'article 9 du Code civil et par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Une distinction entre « confidentialité » et « secret » doit être opérée. La confidentialité se rapporte au terme confidentiel signifiant « *qui se fait en confidence* »[1245]. Dans son rapport d'activité 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté reprend la notion de confidentialité retenue par la Cour européenne des droits de l'homme, dans l'arrêt *Öcalan contre Turquie* du 12 mai 2005[1246]. La confidentialité, c'est alors la possibilité de s'entretenir « *hors de portée de l'ouïe d'un tier*s ». Par extension, la confidentialité, c'est aussi la possibilité de s'entretenir hors de portée du regard d'un tiers.

[1242] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, p. 83 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
[1243] *Ibidem.*
[1244] *Ibid*.
[1245] ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Confidentiel.
[1246] CEDH, Grande chambre, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, n° 46221/99.

Le secret consiste en « *ce qui doit être tenu caché, ce qu'il ne faut dire à personne* »[1247]. Ainsi, « *tout secret est, par nature un obstacle à la libre circulation de l'information et donc à la curiosité* »[1248]. En ce sens, tout professionnel, qui recueille des informations dans l'exercice de sa profession ou à l'occasion de l'exercice de sa profession, est « *dépositaire d'informations qu'il doit protéger d'éventuelles indiscrétions* »[1249].

Il ressort des dispositions de l'article 45 de la loi pénitentiaire que l'administration pénitentiaire est tenue de préserver « *le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation* »[1250]. En vertu de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, le respect de ce secret est non seulement un droit reconnu à tout patient mais également un devoir qui incombe au professionnel de santé[1251]. Le devoir de silence est un préalable nécessaire à l'existence de la relation de soins. En ce sens, « *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret* »[1252]. Le secret professionnel est, par conséquent, le gage de confiance du patient envers son médecin.

190. Écoute et regard du personnel pénitentiaire. Si le personnel pénitentiaire est tenu de respecter le secret des informations, relatives aux personnes détenues, qui sont portées à sa connaissance[1253], il n'en demeure pas moins que le simple fait qu'il ait connaissance d'informations médicales sur les personnes détenues est attentatoire à la confidentialité des soins et au secret professionnel et ce, qu'il ait vu, entendu ou compris ces informations ou encore qu'elles lui aient été confiées[1254]. La relation patient/professionnel de santé est de fait

---

[1247] ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932, V° Secret.
[1248] PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 8.
[1249] *Ibidem*, p. 51 et p. 56-58.
[1250] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192. L'article L. 6141-5 du Code de la santé publique impose une obligation pour le personnel de santé de signaler un risque sérieux pour la sécurité des personnes. Cette obligation pèse sur les professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé accueillant des personnes détenues et sur ceux intervenant dans les établissements pénitentiaires. Cependant, conformément aux dispositions de l'article 45 de la loi pénitentiaire, ce signalement doit être fait « *dans le respect des dispositions relatives au secret médical* ».
[1251] Sur l'étendue du champ d'application du secret professionnel, V. PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 12-26 ; PY B., *Rép. pén. Dalloz*, V° Secret professionnel, février 2003 (actu. janvier 2016).
[1252] PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1954 cité par PY B., *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 12.
[1253] Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire, JORF n° 0303 du 31 décembre 2010 texte n° 44, art. 10 : « *Le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnels, dans les conditions prévues par les lois et règlements* ».
[1254] C. sant. pub., art. R. 4127-4.

mise à mal par l'intervention du personnel pénitentiaire. Cette « tierce personne » menace la préservation de la confidentialité des soins ainsi que le secret professionnel du personnel de santé en raison, non seulement de son intervention dans la relation de soins, mais aussi du partenariat nécessaire entre le personnel de santé et le personnel pénitentiaire.

A. Une intervention du personnel pénitentiaire dans la relation de soins

191. L'intervention du personnel pénitentiaire dans la relation de soins se manifeste par sa position intermédiaire dans l'accès aux consultations médicales ainsi que par sa présence dans les lieux de soins[1255].

1) Une position intermédiaire dans l'accès aux consultations médicales

192. Une position sujette à indiscrétions. Si, dans certains établissements pénitentiaires, les demandes de consultation médicale sont effectuées par le dépôt d'une requête écrite dans une boite aux lettres de l'unité sanitaire et que le relevé du courrier est réalisé par le personnel de santé uniquement, ou encore par le biais d'une borne informatique, dans d'autres établissements pénitentiaires, le personnel pénitentiaire s'immisce encore dans l'accès aux consultations médicales. Toutefois, il a été observé que, dans certains établissements pénitentiaires où des boites aux lettres ont été installées, le personnel pénitentiaire conservait une position intermédiaire dans le recueil des requêtes médicales. En effet, en 2010, lors de sa visite effectuée en France, le Comité européen pour la prévention de la torture du Conseil de l'Europe a observé que, dans un établissement pénitentiaire, « *les boîtes aux lettres étaient vidées par les surveillants et les courriers transitaient par l'administration* » et que « *les demandes de consultations médicales des détenus n'étant pas systématiquement transmises sous pli fermé, les surveillants pouvaient en prendre connaissance* »[1256]. Ainsi, à l'issue de cette visite, le Comité a rappelé que « *le secret médical implique notamment que tous les détenus doivent pouvoir demander une consultation médicale de manière*

[1255] Il a été vu que les garanties permettant d'assurer aux personnes détenues la confidentialité de leurs documents personnels, qu'elles auraient choisis de conserver en cellules, sont insuffisantes, voire absentes.
[1256] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, p. 46 [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm

confidentielle »[1257]. Il a par ailleurs été remarqué que le dispositif de sécurité des boîtes aux lettres des unités sanitaires est parfois défectueux et ne permet donc pas de protéger le courrier adressé par les personnes détenues d'éventuelles indiscrétions du personnel pénitentiaire ou encore des autres personnes détenues[1258]. Ainsi, de peur que leur requête médicale ne soit lue par le personnel pénitentiaire, les personnes détenues ne précisent bien souvent pas le motif de leur demande. Certaines personnes détenues préfèrent même renoncer aux soins.

Ainsi, en raison des atteintes à la confidentialité et au secret professionnel qu'elle occasionne, l'intervention du personnel pénitentiaire de surveillance porte gravement atteinte à l'accès aux soins.

2) Une présence dans les lieux de soins

193. Par une surveillance physique. Si la présence du personnel pénitentiaire est dénoncée lors de l'ouverture et la fermeture des chambres-cellules des unités hospitalières sécurisées interrégionales et parfois même dans les unités de soins des établissements pénitentiaires, elle l'est tout particulièrement lors des extractions médicales vers l'établissement de santé de proximité. Les modalités des extractions médicales doivent garantir la confidentialité et le secret des informations médicales relatives aux personnes détenues extraites[1259]. Or, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a dénoncé, à plusieurs reprises, que « *la présence quasi-systématique des surveillants dans les lieux d'examens lors des extractions ne permet pas d'assurer la préservation du secret médical* »[1260]. En dépit des trois niveaux de surveillance prévus par la circulaire du 18 novembre 2004, lors des extractions médicales, l'escorte pénitentiaire a très fréquemment recours au niveau de surveillance maximal, imposant l'usage des moyens de contrainte et la

---

[1257] *Ibidem*.

[1258] MAHI L., « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015, p. 4 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

[1259] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 52.

[1260] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 113. Ce rapport a même fait état que « *des patients ont* […] *indiqué aux contrôleurs* […] *que les surveillants pouvaient être présents dans le bloc opératoire lors de l'intervention, y compris lorsque le « patient détenu » était porteur d'entraves et sous anesthésie générale* » (p. 113).

V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 58 s. ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

présence du personnel pénitentiaire lors des consultations médicales[1261]. Face à la présence du personnel pénitentiaire dans les lieux de soins, certains professionnels de santé font preuve d'opposition, de résistance en exigeant alors le retrait de la mesure de surveillance contestée[1262]. Il n'est pas dit que l'escorte pénitentiaire cède à cette exigence. Des tensions peuvent ainsi apparaître et entraver l'accès aux soins. Le choix quasi-systématique du niveau maximal de surveillance s'explique par l'obligation de résultat à laquelle est tenu le personnel pénitentiaire en matière d'évasion. Il est ainsi essentiel de faire de cette obligation, une obligation de moyens, afin que la responsabilité du personnel pénitentiaire ne soit engagée que dans l'hypothèse où les mesures de sécurité employées n'étaient pas adaptées.

194. Par une vidéosurveillance. La question de la vidéosurveillance dans les lieux de soins a été particulièrement soulevée à la suite des recommandations formulées en urgence, par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le 13 avril 2015, à l'issue d'une visite de la maison d'arrêt de Strasbourg[1263]. Le Contrôleur général a constaté l'installation de caméras de vidéosurveillance dans les locaux où se déroulent les activités médicales du service de psychiatrie et a ainsi dénoncé une atteinte grave au « secret médical » et à l'indépendance des soignants en milieu pénitentiaire. Il a alors recommandé le retrait de ce dispositif de vidéosurveillance au motif que, « *si le juste équilibre entre l'accès aux soins et les impératifs de sécurité, notamment de protection de la sécurité des personnels soignants, justifie que certains dispositifs puissent être mis en œuvre (comme l'apposition de dispositifs d'alerte), la confidentialité des activités thérapeutiques doit conduire à proscrire toute installation de vidéosurveillance dans un lieu de soin* »[1264].

Conformément aux dispositions de la circulaire du 15 juillet 2013 relative aux équipements de vidéoprotection installés dans les établissements pénitentiaires, les caméras

[1261] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

[1262] D'après l'avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, « *les visites des établissements ont été l'occasion de mesurer les attitudes variables des médecins dans leur pratique avec les patients détenus au regard du respect du secret médical. Alors que certains ne s'émeuvent pas de la présence des agents de l'escorte ou de moyens de contrainte, ou encore acceptent ces mesures de sécurité au motif que l'agent est soumis au secret professionnel ou du fait de la dangerosité potentielle de leur patient détenu, d'autres exigent de rester seuls avec leurs patients détenus, prenant alors le risque d'une annulation de la consultation médicale ou de son report sine die en cas de refus du chef d'escorte* ». V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

[1263] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, Recommandations en urgence du 13 avril 2015 relatives à la maison d'arrêt de Strasbourg, JORF n° 0110 du 13 mai 2015 texte n° 58.

[1264] *Ibidem.*

placées à l'intérieur des locaux de l'administration pénitentiaire peuvent être installées dans les zones d'activités collectives affectées aux personnes détenues[1265]. Toutefois, si les caméras sont susceptibles d'enregistrer les images asservies aux détections du réseau interne d'alarme, elles ne peuvent capter le son et aucun dispositif biométrique ou de reconnaissance automatisée des personnes ne peut être mis en œuvre. Eu égard à ces dispositions, la garde des Sceaux, ministre de la Justice, a répondu au Contrôleur général des lieux de privation de liberté d'une part, que le dispositif de vidéosurveillance a été installé au sein de la maison d'arrêt de Strasbourg, dans deux ateliers thérapeutiques destinés à l'accueil de groupes de personnes détenues ; d'autre part que, « *les images provenant des caméras ne sont renvoyées sur aucun poste de surveillance mais seulement sur l'ordinateur de la salle de crise, dont l'accès est réservé aux membres de la direction* ». Néanmoins, en application des principes du respect du secret professionnel et d'indépendance des professionnels de santé, aucun dispositif de vidéosurveillance ne peut être installé dans les lieux de soins, que ces lieux soient destinés à l'accueil individuel ou collectif des personnes détenues et ce, même si seule la direction de l'établissement pénitentiaire a accès aux images capturées par le système de vidéosurveillance. Toute information de nature médicale doit être protégée de l'écoute mais aussi du regard d'autrui. Ainsi, les dispositions de la circulaire du 15 juillet 2013 pourraient être modifiées par l'ajout suivant : « *pour les caméras placées à l'intérieur des établissements pénitentiaires, celles-ci pourront être installées* […] *dans les zones d'activités collectives affectées aux personnes détenues*, [hormis celles destinées aux activités médicales] ».

Il convient d'ajouter que la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées prévoit l'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans ces unités hospitalières[1266]. Ainsi, en vertu des dispositions de cette circulaire, une vidéosurveillance des abords et des locaux de l'unité hospitalière est exercée par le personnel pénitentiaire. Une vidéosurveillance des couloirs des unités de soins est également exercée par le personnel pénitentiaire, mais pas de manière permanente, puisque « *l'enregistrement des vidéos sur ces zones de circulation ne se déclenche qu'après alarme déclenchée par le personnel de santé en vue de l'intervention du*

[1265] Circulaire du 15 juillet 2013 relative aux modalités de mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel de vidéoprotection installés au sein et aux abords des locaux et des établissements de l'administration pénitentiaire, NOR : JUSK1340026C.
[1266] Circulaire interministérielle n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

personnel pénitentiaire »[1267]. Des caméras de vidéosurveillance peuvent également être installées « *dans les chambres ou les locaux de soins (y compris les cours extérieures)* » sous réserve que la surveillance ne soit effectuée que par du personnel infirmier. Dans ce sens, seul le personnel de santé peut exercer une vidéosurveillance dans les lieux destinés aux activités médicales. Les consultations et examens médicaux doivent s'effectuer hors de la vue et de l'écoute du personnel pénitentiaire[1268].

La lecture des réponses divergentes communiquées, à la suite des recommandations du Contrôleur général, par la ministre de la Justice et par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, ne permet pas de déterminer si ce dispositif a été installé par l'administration pénitentiaire en concertation et avec l'accord du personnel de santé ou s'il lui a été imposé. Cependant, en vertu de l'article 48 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, « *ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* »[1269]. Ainsi, le fait pour l'administration pénitentiaire de concerter et solliciter l'accord du personnel de santé pour installer un système de vidéosurveillance dans des lieux de soins, placés sous le contrôle du personnel pénitentiaire, porte atteinte au principe d'indépendance professionnelle du personnel de santé. À l'heure actuelle, la question de la vidéosurveillance permanente des personnes détenues se pose particulièrement à l'égard du présumé terroriste impliqué dans les attentats de Paris et de Bruxelles, Salah Abdeslam[1270].

[1267] Cette vidéosurveillance présente un réel intérêt sécuritaire eu égard au risque de prise en otage des personnels soignants, comme en témoigne l'affaire de la prise d'otage à la maison centrale de Clairvaux. Deux personnes détenues, Claude Buffet et Roger Bontems, ont lors de cette prise d'otage assassiné un surveillant pénitentiaire ainsi qu'une infirmière.

[1268] V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre *2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, n° 48, p. 24 [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf ; COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons,* Paris, La Documentation française, 2007, p. 149-150 ; COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, n° 100, p. 48 [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/ documents/fra/2012-13-inf-fra.htm

[1269] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[1270] V. PÉCHILLON É., « La vidéosurveillance en prison : une mesure exceptionnelle contrôlée par le juge », *Dalloz*, 2016, p. 1808 ; POUPEAU D., « Salah Abdeslam peut rester sous vidéosurveillance permanente », note sous CE, réf., 28 juillet 2016, req. n° 401800 , *AJDA* 2016, p. 1602.

B. Une interaction entre personnel de santé et personnel pénitentiaire

195. Un partage d'informations. Conformément à une circulaire interministérielle en date du 30 octobre 2012, « *la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues repose sur une dynamique partenariale entre les acteurs concernés du monde de la santé et de la justice. Ce partenariat, indispensable pour un bon fonctionnement, doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun* »[1271]. Ce partage d'informations entre le personnel de santé et le personnel pénitentiaire permet de proposer aux personnes détenues une prise en charge adaptée à leur situation personnelle. Dans cette perspective, des outils ont été développés pour favoriser ce partage d'informations : la commission pluridisciplinaire unique (C.P.U.) et le cahier électronique de liaison (C.E.L.). Pour autant, selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté « *le fonctionnement de certaines commissions pluridisciplinaires uniques ou les indications portées sur le cahier électronique de liaison peuvent mettre en péril le secret professionnel, notamment le secret médical* »[1272]. Les dangers qui pèsent, en milieu carcéral, sur le respect du « *secret médical* » sont particulièrement soulignés par Anne Lécu, sœur dominicaine, philosophe et médecin généraliste à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, dans son ouvrage *La prison, un lieu de soin ?* [1273]. Selon elle, « *la question du partage d'informations entre le service public pénitentiaire ou judiciaire et les personnels de santé est un problème épineux. L'objectif n'est-il pas de tout savoir sur la personne détenue dans le but sans doute louable mais illusoire de l'aider à "aller mieux" ?* »[1274].

[1271] Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, NOR : AFSH1238354C.

[1272] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, p. 73.

[1273] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013.

[1274] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 172. V. aussi OLECH V., « Ficher, "surveiller et punir" », note sous CE 9 novembre 2015, req. n° 383313, *Revue Droit et Santé* 2015, n° 60, p. 251-254 ; OLECH V., « Soins médicaux en milieu carcéral ? : confusion des rôles et partage des secrets », note sous CE 22 octobre 2014, req. n° 362681, *Revue Droit et Santé* 2014, n°63, p. 96-99 ; OLECH V., « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », note sous CE 11 avril 2014, req. n° 352473 et n° 355624, *Revue Droit et Santé* 2014, n° 60, p. 1455-1458.

1) Des outils de partage d'informations

196. La commission pluridisciplinaire unique (C.P.U.). Le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010, portant application de la loi pénitentiaire, a institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire, pour une durée de cinq ans (soit jusqu'au 29 décembre 2015), une commission pluridisciplinaire unique[1275]. La commission est notamment compétente pour évaluer la dangerosité et la vulnérabilité des personnes détenues, à leur arrivée en détention et tout au long de leur incarcération, et pour prévenir tout risque de suicide[1276]. Présidée par le chef d'établissement ou son représentant, elle comprend, en outre, le directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation, un responsable du secteur de détention de la personne détenue dont la situation est examinée, un représentant du service du travail, un représentant du service de la formation professionnelle, un représentant du service d'enseignement. Le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement assistent également, avec voix consultative, aux réunions de la commission, sur convocation du chef d'établissement établie en fonction de l'ordre du jour. La commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine.

Afin d'encadrer les informations susceptibles d'être échangées, la circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique a précisé d'une part, que « *le chef d'établissement ne peut jamais solliciter la présence des membres de l'équipe soignante dans le but d'obtenir des renseignements couverts par le secret médical* » et d'autre part, qu' « *en aucun cas les propos échangés en CPU ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical* »[1277]. Par ailleurs, tous les membres de la commission, ainsi que toutes les personnes entendues par elle, sont tenues à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel

[1275] Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13, art. 7 ; Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique, NOR : JUSK1140048C. V. aussi C. pr. pén., art. D. 90 et D. 91.
[1276] Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique, NOR : JUSK1140048C.
[1277] *Ibidem.*

dont ils ont connaissance dans le cadre de l'exercice de leurs missions[1278]. En tout état de cause, les modalités du partage d'informations précisées par la circulaire du 18 juin 2012 ont pour conséquence, d'après le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *de dissuader les médecins de participer aux commissions pluridisciplinaires uniques* »[1279]. Dans son rapport d'activité 2013, le Contrôleur général a ainsi observé que, dans vingt-quatre établissements pénitentiaires visités, cinq équipes médicales ne participaient pas aux commissions pluridisciplinaires uniques[1280]. Par crainte d'éventuelles pressions exercées par le personnel pénitentiaire pour obtenir des informations à caractère médical, les médecins justifient leur refus par des raisons tenant à la préservation du secret professionnel du médecin[1281].

Anne Lécu[1282] révèle une seconde justification du refus des médecins de participer aux commissions pluridisciplinaires uniques. « *Le secret, ce n'est pas seulement ne pas dire ce que l'on sait, mais renoncer aussi à voir et à savoir ce que l'on n'a pas à voir* »[1283]. Dans ce sens, « *les soignants n'ont pas à tout savoir de la vie des détenus en détention. Ils n'ont pas à savoir le motif de leur incarcération, ni leur manière d'être en détention, sauf si ce sont eux, les patients, qui le disent. Renoncer à ce savoir-là fait partie intégrante du secret médical* »[1284]. N'est-ce pas en réalité une garantie pour les professionnels de santé de respecter leur devoir de non-discrimination prévue à l'article R. 4127-7 du Code de la santé publique ? Aux termes de cet article, le médecin doit non seulement « *écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » mais aussi « *leur apporter*

[1278] *Ibid.* V. C. pr. pén., art. D. 90 dernier alinéa.

[1279] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 132.

[1280] *Ibidem.* V. aussi COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, n° 96, p. 47 [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm ; COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014* (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 266.

[1281] Le motif de ce refus a été confirmé par le Docteur Catherine Merle, médecin coordonnateur de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Vesoul, lors d'un entretien en date du 25 juillet 2015 au Centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (Vesoul). À cette occasion, elle nous a révélé ne pas participer à la commission pluridisciplinaire unique en raison de l'insuffisance des garanties nécessaires à la préservation du « secret médical » et de l'indiscrétion dont font part certains membres de la commission.

[1282] Sœur dominicaine, philosophe et médecin généraliste à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

[1283] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 169-170.

[1284] *Ibidem.*

son concours en toutes circonstances » et ne « *jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ».

197. Le cahier électronique de liaison (C.E.L.). Issu du décret n° 2011-817 du 8 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (G.I.D.E.), le cahier électronique de liaison permet de « *faciliter la mise en œuvre du parcours de détention, la prévention des comportements à risques, la tenue de la commission pluridisciplinaire unique de l'établissement pénitentiaire ainsi que la gestion des requêtes, des audiences, des rendez-vous, des visites et du courrier des détenus* »[1285]. Peuvent notamment être enregistrées dans ce cahier électronique de liaison, des données personnelles relatives :

- aux observations des personnels de santé ;
- à la gestion des requêtes des personnes détenues, en particulier les demandes de consultations médicales, « *sans précision du motif* » ;
- à la prise en charge pluridisciplinaire de la personne détenue, en particulier celle résultant d'un entretien avec les services médicaux, « *sous la forme d'indication oui/non/ne se prononce pas* » : « *antécédents placement SMPR (services médicaux psychologiques régionaux), antécédents placement UMD (unités pour malades difficiles), antécédents hospitalisation d'office, nécessite un suivi somatique, suivi psychologique ou psychiatrique antérieur ou en cours, régime alimentaire particulier, grève de la faim ou de la soif, prescription d'une douche médicale, automutilations graves, fumeur, addictions, aptitude au sport, aptitude au travail* » ;
- à des risques de suicide, incluant entre autres des facteurs sanitaires (« *antécédents de tentatives de suicide, antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide, addictions, signale des antécédents psychiatriques, antécédents d'automutilations, signale un problème de santé nécessitant des soins, handicap* ») et des indications sur le comportement (« *semble manifestement délirant, en état de choc, dépressif, anxieux, triste, agressif ; se déclare spontanément suicidaire* »)[1286].

[1285] Décret n° 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE), JORF n° 0157 du 8 juillet 2011 p. 11842 texte n° 9.
[1286] *Ibidem*.

Des données d'ordre médical relatives aux personnes détenues peuvent alors être contenues dans le cahier électronique de liaison[1287]. La Commission nationale de l'informatique et des libertés a toutefois estimé que seules des prescriptions médicales pouvaient être recueillies dans le cahier électronique de liaison.

Le cahier électronique de liaison est utilisé comme support de travail lors de la commission pluridisciplinaire unique. Il est alors inscrit au cœur d'un partenariat interdisciplinaire en facilitant le partage d'informations. Les membres de la commission pluridisciplinaire unique et les personnes qui y sont entendues ont accès aux différentes informations recueillies dans le cahier. Il a alors été observé que, dans un souci de respecter le devoir de silence auquel ils sont tenus, les professionnels de santé refusent de porter la moindre mention dans le cahier électronique de liaison[1288]. Les données contenues dans ce logiciel de recueil sont accessibles, lors des commissions pluridisciplinaires uniques, à l'ensemble des membres de ces commissions ainsi qu'aux personnes qui y sont entendues. Pour des raisons tenant à la préservation du secret professionnel du personnel de santé, ne serait-il pas indispensable, soit de limiter l'accès des données médicales susceptibles d'être insérées dans le cahier électronique de liaison au seul personnel de santé, et ce, en segmentant ce logiciel de recueil de données ; soit de n'inscrire aucune donnée à caractère médical dans ce cahier, conformément aux recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté[1289] ?

2) Un nécessaire équilibre dans le partage d'informations

198. Un partage d'informations : une résistance des professionnels de santé. Les professionnels de santé intervenant auprès des personnes détenues, guidés par leur devoir de silence, font preuve d'une résistance manifeste au partage d'informations avec le personnel

[1287] Conformément aux précédents développements, des « bornes C.E.L. » sont expérimentées dans certains établissements pénitentiaires afin de faciliter la gestion des requêtes des personnes détenues,. Ces bornes permettent aux personnes détenues d'adresser leur demande de consultation médicale à l'unité sanitaire, par le biais du cahier électronique de liaison.

[1288] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, p. 210 ; COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, n° 96, p. 47 [consulté le 18 avril 2015].

[1289] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, *op. cit*.

pénitentiaire ce qui occasionne certaines tensions dans leur nécessaire partenariat[1290]. Aucune information médicale couverte par le secret professionnel ne doit être partagée par le personnel de santé. Cette résistance des médecins peut s'expliquer, outre leur devoir déontologique et l'intérêt même du patient, par les peines d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende qu'ils encourent en cas de violation du secret professionnel, conformément à l'article 226-13 du Code pénal[1291]. En outre, d'après Anne Lécu, « *pour chacune de ces procédures, que ce soit la commission pluridisciplinaire unique, le cahier électronique de liaison, ou les dossiers d'orientation, c'est un avis d'expert que l'on attend du médecin. Or* […], *le Code de déontologie peut lui venir en aide, lui qui dispose en son article 105 que "nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade"* [[1292]]. *La relation soignante ne peut en effet en aucun cas être seulement "objective", sauf à se dénaturer entièrement* »[1293]. Le principe d'indépendance professionnelle, repris par l'article 48 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, implique en effet qu'aucun acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni aucune expertise médicale ne puissent être demandés aux personnels de santé intervenant en milieu carcéral[1294]. Eu égard à ce principe, l'intervention des professionnels de santé exerçant en détention doit se limiter à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ce, indépendamment de l'autorité pénitentiaire.

Comme le souligne Éric Péchillon, « *l'administration pénitentiaire doit certes accepter que le secret médical puisse lui être opposé, mais dans le même temps il faut que le personnel soignant accepte de partager des informations, dans l'intérêt du patient et du*

[1290] En août 2007, suite au viol d'un jeune enfant par un délinquant sexuel multirécidiviste auquel il avait été prescrit du viagra avant sa libération, la Garde des sceaux, Ministre de la Justice, Rachida Dati, avait déclaré que l'Administration pénitentiaire doit avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins doit avoir accès au dossier pénitentiaire. En réponse, le législateur a explicitement rappelé, dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, que « *l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique* ». V. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 45.

[1291] Sur la pénalisation de la violation du secret imposé aux professionnels de santé : PONSEILLE A., *Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal*, LEH Édition, 2015, p. 188 s. V. aussi GHICA-LEMARCHAND C., « La responsabilité pénale de la violation du secret professionnel », *RDSS* 2015, p. 419.

[1292] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 48.

[1293] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 172.

[1294] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

soin »[1295]. C'est dans ce sens que le Conseil d'État s'est prononcé dans deux arrêts du 11 avril 2014 et du 22 octobre 2014[1296].

199. Un partage d'informations : des lacunes évidentes. Dans l'arrêt du 11 avril 2014, le Conseil d'État s'est interrogé sur la compatibilité du cahier électronique de liaison (C.E.L.) avec le secret imposé aux professionnels de santé[1297]. Il avait été saisi d'une requête présentée par la Ligue des droits de l'Homme (L.D.H.), la Section française de l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) et le Conseil de l'Ordre des médecins aux fins d'une part, d'annuler pour excès de pouvoir le décret du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (G.I.D.E.)[1298] et d'autre part, d'enjoindre au directeur de l'administration pénitentiaire de faire procéder à la désinstallation du cahier électronique de liaison (C.E.L.) et de détruire les données collectées pour son alimentation. Le Conseil d'État a jugé en premier que, si plusieurs professionnels de professions différentes peuvent être habilités à accéder aux informations contenues dans le cahier électronique de liaison, il n'en demeure pas moins que leur accès est limité « *au besoin d'en connaître par les différents professionnels dans l'accomplissement de leurs missions* ». En second lieu, le Conseil d'État a constaté non seulement que les données collectées ne comportent aucune motivation médicale dès lors que les inscriptions se limitent aux mentions « *oui/non/ne se prononce pas* », mais aussi que les restrictions qu'elles apportent au secret professionnel et à la confidentialité des informations médicales sont « *nécessaires au respect de la double obligation de protection effective de l'intégrité des personnes détenues, comme des personnels pénitentiaires, et d'individualisation de leur régime de détention* ». Par ailleurs, la Haute juridiction a précisé que la mention des « *faits/objets de la condamnation* » n'est pas contraire à l'obligation qui incombe aux personnes détenues de déposer au greffe leurs documents personnels mentionnant leur motif

[1295] PÉCHILLON É., « Recherche du juste équilibre en échange d'informations entre professionnels et protection du secret médical », note sous CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681, *AJDA* 2014, p. 595.
[1296] CE, 11 avril 2014, req. n° 352473 et n° 355624 ; CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681. V. OLECH V., « Soins médicaux en milieu carcéral ? : confusion des rôles et partage des secrets », note sous CE 22 octobre 2014, req. n° 362681, *Revue Droit et Santé* 2014, n°63, p. 96-99 ; OLECH V., « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », note sous CE 11 avril 2014, req. n° 352473 et n° 355624, *Revue Droit et Santé* 2014, n° 60, p. 1455-1458.
[1297] CE, 11 avril 2014, req. n° 352473 et n° 355624. OLECH V., « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », *op. cit.*, p. 1455-1458.
[1298] Décret n° 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE), JORF n° 0157 du 8 juillet 2011 page 11842 texte n° 9.

d'incarcération[1299], « *dès lors que cette mention n'est pas accessible aux codétenus mais uniquement aux personnes habilitées à accéder au CEL* ».

Dans l'arrêt du 22 octobre 2014, le Conseil d'État a été saisi pour statuer sur la compatibilité de la participation des médecins à la commission pluridisciplinaire unique (C.P.U.)[1300]. Du fait de la rédaction de la circulaire interministérielle relative à la participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique[1301], l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) a saisi le juge administratif pour demander l'annulation de cette circulaire au motif qu'elle porte atteinte au secret imposé aux professionnels de santé en prévoyant un partage d'informations entre ce personnel et le personnel de l'administration pénitentiaire[1302]. Dans un arrêt du 22 octobre 2014, le Conseil d'État a rejeté la requête de l'Observatoire international des prisons pour les motifs suivants[1303]. D'une part, en se bornant à mentionner les informations qui doivent être communiquées au personnel pénitentiaire pour permettre la prise en compte de l'état de santé du détenu majeur lors de sa détention et pour la préparation de sa libération ainsi que le maintien de conditions de détention propices à la prévention des affections physiologiques, la circulaire n'apporte pas, en application de l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, de restrictions illégales au droit au respect du secret professionnel. D'autre part, en prévoyant, conformément à l'article 44 de la loi pénitentiaire et à l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique, que les professionnels de santé peuvent non seulement signaler aux professionnels de l'administration pénitentiaire l'existence d'un risque pour la personne détenue (ex. crise suicidaire) ou pour autrui mais aussi, communiquer des mesures de protection, la circulaire n'apporte pas de restrictions illégales au droit au respect du secret professionnel, d'autant que ce partage d'informations ne revêt aucun caractère obligatoire. Il n'est donc pas question d'acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé de la personne détenue, ou des autres personnes

---

[1299] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 42.
[1300] CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681.
[1301] Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (C.P.U.) prévue par l'article D. 90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.
[1302] *Ibidem.*
[1303] CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681. V. PÉCHILLON É., « Recherche du juste équilibre en échange d'informations entre professionnels et protection du secret médical », note sous CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681, *AJDA* 2014, p. 595.

détenues voire des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Ainsi, selon la Haute juridiction, la circulaire ne porte donc pas atteinte au principe d'indépendance professionnelle.

Dans ces arrêts, le Conseil d'État affaiblit considérablement le principe du secret professionnel et paraît oublier que seule la loi peut poser des restrictions aux droits des personnes détenues, conformément à l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[1304]. Mais surtout, les solutions rendues par la Haute juridiction ne règlent en rien les difficultés liées à la mise en œuvre du partage des informations et à la résistance des professionnels de santé à partager leurs informations. Il confirme l'existence nécessaire des outils de partage d'informations, que sont le cahier électronique de liaison et la commission pluridisciplinaire, afin de protéger de manière effective l'intégrité des personnes détenues, comme des personnels pénitentiaires, d'individualiser leur régime de détention. Or, si l'utilité de ces outils n'est pas contestable, il convient de se pencher, non pas sur la nécessité de leur existence, mais sur les garanties assorties à ces outils pour que soit respecté le secret imposé aux professionnels de santé. Pour l'heure, ces professionnels ne disposent pas de moyens suffisants pour participer à la recherche d'un équilibre entre leur obligation au secret et le nécessaire partage d'informations.

En tout état de cause, « *la protection du secret médical au sein des établissements pénitentiaires est le sujet le plus délicat* »[1305]. Le secret professionnel est susceptible de subir des atteintes en dehors du partage d'informations entre le personnel de santé et le personnel pénitentiaire. En premier lieu, Anne Lécu[1306] a souligné la nécessaire vigilance dont les médecins doivent faire preuve en détention. « *Plusieurs textes du Code de procédure pénale attirent l'attention sur l'échange d'informations entre le monde pénitentiaire et les personnels de santé* »[1307]. Il ressort du deuxième alinéa de l'article 717-1 du Code de procédure pénale que, d'une part, « *la répartition des condamnés dans les prisons établies pour peines s'effectue compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité* » et d'autre part, que « *leur régime de détention est déterminé en prenant en compte leur personnalité, leur santé, leur dangerosité et leurs efforts en matière de réinsertion sociale* ». Le dernier alinéa de cet article précise « *les agents et collaborateurs du*

[1304] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *op. cit.*
[1305] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, P. 111.
[1306] Sœur dominicaine, philosophe et médecin généraliste à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.
[1307] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 170-172. V. aussi dans cet ouvrage, p. 148-162.

service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes ». En application de l'article R. 4127-76 du Code de la santé publique, tout médecin est tenu d'établir, « *conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ». Ainsi, en vertu de l'article D. 382 du Code de procédure pénale, les médecins intervenant en milieu pénitentiaire peuvent délivrer « *aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé* ». En outre, il est précisé que « *si ces médecins estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire* ».

En second lieu, les atteintes que ce secret subit ne sont pas seulement dues à l'intervention du personnel pénitentiaire de surveillance dans la relation de soins et au partage d'informations entre le personnel de santé et le personnel pénitentiaire. En effet, les conditions de prise en charge dans les lieux de soins parfois inadaptés affectent aussi la préservation du secret professionnel (« *portes des postes de soins demeurant ouvertes* », « *parois permettant d'entendre les échanges entre soignants et patients* », etc.[1308]). De même, les conditions de détention des dossiers médicaux des personnes détenues au sein des unités sanitaires des établissements pénitentiaires, ne permettent pas de garantir suffisamment leur confidentialité ainsi que le secret professionnel (dossiers contenus dans des armoires non fermées à clef ou même sans portes[1309]). Par ailleurs, des patients détenus se sont plaints que, lors des extractions médicales, « *leur dossier médical, non scellé, soit remis au personnel de surveillance durant le transport à l'hôpital* »[1310]. Enfin, les conditions de vie dans les établissements pénitentiaires font elles-mêmes obstacles à la nécessaire préservation du secret professionnel et, plus largement, au respect de la vie privée de la personne détenue

[1308] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 112 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, p. 35.
[1309] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 116.
[1310] *Ibidem.*

(« *sur-occupation, promiscuité et absence de lieux privés qui en résultent* »[1311]). Le principe du secret professionnel en détention connaît, par conséquent, une application difficile. Là encore, les incidences négatives de la privation de liberté sur la relation de soins révèlent une conciliation difficile entre le statut de personne détenue et le statut de patient mettant en péril l'effectivité des droits reconnus en matière de santé à l'égard des personnes détenues.

[1311] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, p. 132.

Conclusion du Chapitre 2

200. Des impératifs sanitaires et sécuritaires difficilement conciliables. La prise en charge des personnes détenues s'inscrit nécessairement dans une démarche sécuritaire mais doit également s'inscrire dans une démarche sanitaire. Aussi, une conciliation doit être recherchée en milieu carcéral entre les impératifs de sécurité et les impératifs de santé. Ces impératifs sont pourtant difficilement conciliables comme en témoignent les différentes causes d'ineffectivité des droits du patient en milieu carcéral qui ont été relevées dans les développements précédents. Le statut de personne détenue menace l'effectivité des droits du patient reconnus en faveur des personnes détenues et ce, eu égard non seulement aux défaillances constatées dans l'organisation des soins mais aussi aux atteintes à la volonté des personnes détenues et aux atteintes à la relation de soins. En dépit de la difficulté de la tâche à accomplir afin de garantir le respect de l'État de droit, des efforts doivent être faits pour parvenir à un juste équilibre entre le respect des droits en matière de santé et les exigences sécuritaires auxquelles l'administration pénitentiaire doit satisfaire. Les développements qui précédent se sont focalisés sur la prétention de droits égaux entre le patient libre et le patient détenu et ont ainsi tenté de lever le voile sur la réalité de cette prétention. Comme tout patient, la personne détenue doit pouvoir jouir de manière effective de ses droits en matière de santé. Elle doit pouvoir être un véritable acteur de la prise en charge de sa santé. Or, les différentes causes d'ineffectivité constatées du fait de la privation de liberté menacent ce concept de patient contemporain en entravant la pleine et effective reconnaissance à l'égard de la personne détenue de droits en matière de santé. C'est la conduite de la politique de normalisation engagée notamment dans le domaine de la santé qui est alors en danger.

Conclusion du Titre 2

201. Une prééminence du statut de personne détenue. Dire que la prison est « *une honte pour la République* » est péremptoire et ce, notamment eu égard aux incidences positives du statut de personne détenue sur la reconnaissance des droits en matière de santé. Si la prison n'est pas et ne doit pas être un lieu de soin, elle est néanmoins un lieu où l'on soigne[1312]. En matière de santé, la population détenue revêt un certain particularisme. D'une part, les personnes détenues sont touchées par l'effet délétère de la privation de liberté. D'autre part, elles sont frappées d'une précarité sanitaire pré-carcérale. Face aux besoins de santé qui découlent de ce particularisme, les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale particulière. La possibilité de se soumettre à des bilans de santé et à des dépistages dès l'entrée en détention permet aux personnes détenues, bien souvent en dehors du système de santé, de renouer avec leur santé. Cette réinsertion ou insertion dans le système de santé est fondamentale pour une réinsertion de la personne détenue dans la société. Se soucier de sa santé, c'est avoir non seulement une estime de soi mais aussi une estime des autres. Bien que minimes, les incidences positives du statut de personne détenue sur la conquête du statut de patient contribuent à garantir l'effectivité des droits en matière de santé. Cependant, la réalité force à constater que les incidences négatives du statut de personne détenue sont manifestement plus importantes. Elles constituent un frein indéniable à la pleine jouissance des droits reconnus en matière de santé. Un « patient détenu » est avant tout une personne détenue placée sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire. Du fait des impératifs sécuritaires inhérents à la privation de liberté, l'application de certains droits en matière de santé est difficile voire impossible. Un aménagement de ces droits est nécessaire. Pour cela, il essentiel de tenir compte non seulement de ces impératifs de sécurité mais aussi de la particulière vulnérabilité des personnes détenues. Néanmoins, la conciliation entre les droits du patient et la détention n'est-elle pas improbable ? Le droit commun peut-il réellement assurer une protection effective des droits du patient reconnus aux personnes détenues ?

[1312] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 173.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

202. L'illusion d'un idéal normatif. Les incidences du statut de personne détenue sur la conquête du statut de patient, essentiellement négatives, témoignent de la difficulté à appliquer le principe de normalisation à l'égard des personnes détenues qui, eu égard à leurs besoins de santé particuliers, ne sont pas des patients comme les autres. Tendre à une normalisation de la prise en charge médicale des personnes détenues consiste à rapprocher autant que possible cette prise en charge de celle de la population générale dans la limite néanmoins des contraintes de sûreté et de sécurité imposées par la privation de liberté. Aussi, le principe de normalisation apparaît comme un pilier de la promotion des droits des personnes détenues. Mais l'application de ce principe de normalisation en faveur des personnes détenues n'est-il pas utopique ?

« *Tendre à la "normalisation" de la vie en prison semble défier la raison, puisque la prison en tant qu'institution présente dans ses caractéristiques essentielles de très grandes différences avec le monde extérieur* »[1313]. Et, dans le monde extérieur, la normalisation a-t-elle un réel sens ? Dans le cadre d'une prise en charge médicale, des éléments « normaux » sont-ils identifiables ? Les personnes placées en centre de rétention administrative, les personnes hospitalisées d'office, les personnes âgées en maison de retraite ou encore les habitants des territoires désertés par le système de santé bénéficient-ils de conditions normales de prise en charge de leur santé ? Si, en théorie, il semble aisé d'identifier des normes de références, c'est loin d'être le cas en pratique. La normalisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues se heurte ainsi aux difficultés d'identification des éléments « normaux » dans la vie extérieure à la prison et à l'application effective de ce traitement « normal » à tous les patients libres et ce, même si seuls les aspects positifs de la vie extérieure doivent être pris en compte.

Cette normalisation n'est toutefois pas impossible. Si l'on souhaite que les personnes détenues puissent bénéficier de manière effective des droits en matière de santé dont elles

[1313] SNACKEN S., « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », in DE SCHUTTER O., KAMINSKI D. [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 152. V. dans ce présent article, les défis et limites de la « normalisation » en prison, p. 136.

pourraient jouir à l'extérieur dans la meilleure situation possible, il ne faut pas leur appliquer le droit commun qui est incapable de garantir une protection effective de leurs droits. Dans des situations inégales, on ne peut appliquer des règles identiques et prétendre à un traitement égal. Il est essentiel de reconnaître que les personnes détenues sont sujettes à une discrimination dans la jouissance des droits en matière de santé. Cette discrimination résulte principalement de leur statut de personne détenue, autrement dit de la privation de liberté. Un recours à la discrimination positive est alors envisageable. Cette politique viserait alors à avantager les personnes détenues en raison de leur privation de liberté. Une telle discrimination positive permettrait non plus seulement que les droits des personnes détenues en matière de santé soient reconnus mais que leur jouissance soit pleinement effective. Pour cela, il faut tenir compte de la particulière vulnérabilité de la population détenue et de ses effets en matière de santé. Dès lors, la discrimination positive apparaît comme un moyen de promouvoir de manière effective les droits des personnes en matière de santé. Par cette politique de discrimination positive, la normalisation de la prise en charge médicale des personnes détenues serait alors accessible.

L'engagement de cette politique paraît néanmoins ambitieux puisqu' « *au moins une partie de l'opinion publique et politique continue d'adhérer implicitement ou émotionnellement au principe normatif contraire de la "moindre éligibilité", soit la conviction qu'une peine de prison ne peut être dissuasive que si les conditions de vie y sont pires que les conditions de vie de la partie la plus démunie de la population* »[1314]. À cet égard, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a relevé « *cette conviction de l'opinion, très anciennement ancrée, selon laquelle les mauvaises conditions d'existence des détenus sont la "juste" contrepartie de l'infraction commise : la victime, dit l'opinion publique, a souffert, le coupable doit lui aussi souffrir. Il ne doit payer pas uniquement par sa détention, mais surtout par une détention difficile à supporter. Et ce n'est qu'à ce prix, dit-on, que le coupable s'amendera. Cette conviction est là, solidement ancrée. Elle ne repose sur rien, puisqu'aucune donnée ne vient la justifier* »[1315]. Il est alors primordial de remédier à cette conviction et ce, notamment par une sensibilisation de l'opinion publique. D'ailleurs, selon les Règles pénitentiaires européennes, les autorités pénitentiaires doivent non seulement « *informer continuellement le*

[1314] SNACKEN S., « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », *op. cit*., p. 136.
[1315] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2008*, Paris, Dalloz, 2009, p. 21.

public du rôle joué par le système pénitentiaire et du travail accompli par son personnel, de manière à mieux faire comprendre l'importance de sa contribution à la société » mais aussi « *encourager les membres de la société civile à intervenir volontairement dans les prisons, lorsque cela est approprié* »[1316].

Pour l'heure, les juges nationaux, guidés par le juge européen, tendent à assurer la garantie des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé.

[1316] Règles pénitentiaires européennes n° 90.1 et 90.2.

SECONDE PARTIE

LA GARANTIE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ

« *Les libertés ne valent en pratique que ce que valent leurs garanties* »[1317].

203. Le droit au recours pour une garantie des droits. Du latin *recursus*, le terme « recours » désigne « *en un sens vague et général, tout droit de critique ouvert contre un acte, quelles que soient la nature de cet acte (décision administrative ou juridictionnelle, etc.) et la qualité de l'autorité de recours (juridiction ou autorité administrative, etc.)* »[1318]. Aussi, le droit au recours consiste pour toute personne à « *pouvoir contester une mesure prise à son encontre devant une instance investie du pouvoir de réformation de cette mesure et/ou de réparations de ses conséquences dommageables* »[1319]. Il peut donc être exercé aussi bien auprès d'instances juridictionnelles que d'instances non juridictionnelles. Le droit de recours apparait alors comme une garantie fondamentale des droits de la personne détenue en matière de santé.

204. Des recours non juridictionnels : le recours gracieux et le recours hiérarchique. Si la personne détenue s'estime lésée par une décision de l'administration pénitentiaire, elle peut, préalablement à tout recours contentieux, exercer deux types de recours auprès de cette administration et ce, en vertu de l'article 34 du Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, annexé à l'article R. 57-6-18 du Code de procédure pénale[1320]. La personne détenue peut en effet former, dans les deux mois de la décision de l'administration pénitentiaire, soit un recours gracieux, adressé à l'autorité administrative qui a pris la décision contestée[1321], soit un recours hiérarchique, porté devant l'autorité supérieure de celle qui a pris la décision contestée[1322]. Ces recours visent à demander la modification ou la suppression de l'acte administratif contesté.

Le recours gracieux consiste pour la personne détenue à présenter une requête écrite ou orale au chef d'établissement pénitentiaire « *qui lui accorde audience si elle invoque un*

[1317] DRAN M., *Le contrôle juridictionnel et la garantie des libertés publiques*, Paris, LGDJ, 1968, p. 8 cité par FALXA J., « Regards comparés sur le droit au recours effectif en matière pénitentiaire », *AJ Pénal* 2015, p. 358.
1318 CORNU G. [dir.], Vocabulaire juridique, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Recours.
[1319] GUINCHARD S., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès,* 8e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015, n° 234, p. 539.
[1320] Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires, JORF n° 0103 du 3 mai 2013 p. 7609 texte n° 2.
[1321] CE, 23 mars 1945, Vinciguerra, req. n° 65618, Lebon 56.
[1322] CE, 30 juin 1950, *Sieur Quéralt*, req. n° 99882, Lebon 413. V. GOHIN O., *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 25.

motif suffisant »[1323]. Ce recours n'a pas d'effet suspensif. La décision contestée continue ainsi à s'appliquer tant que le chef d'établissement n'a pas donné de réponse. L'exercice de ce recours gracieux peut également, en l'absence de décision de l'administration pénitentiaire, permettre à la personne détenue d'obtenir une décision de cette administration[1324]. Quant au recours hiérarchique, il consiste pour la personne détenue à former une requête écrite soit auprès du directeur interrégional de l'administration pénitentiaire lorsque la décision contestée émane du chef d'établissement, soit auprès du Garde des sceaux, ministre de la Justice lorsque l'acte émane du directeur interrégional. Dans l'attente d'une réponse de l'autorité supérieure, l'acte contesté continue à s'appliquer car ce recours n'a pas, tout comme le recours gracieux, d'effet suspensif. Mais contrairement au recours gracieux, « *ce recours ne saurait* […] *s'exercer que contre une décision explicite et pour autant qu'il existe bien un supérieur hiérarchique, de sorte qu'il est exclu, au sein de l'État, contre la décision d'un ministre ou d'une autorité administrative indépendante* »[1325]. Un recours hiérarchique peut se substituer à un recours gracieux, et inversement. Ces recours ne sont toutefois pas cumulables. Dans un arrêt du 16 mai 1980, le Conseil d'État a précisé qu' « *un recours gracieux faisant suite à un recours hiérarchique ne peut pas conserver le délai de recours contentieux lorsque ces recours ont été présentés par la même personne et alors même que le recours hiérarchique est un préalable obligatoire au recours contentieux* »[1326].

Des recours administratifs préalables peuvent s'avérer obligatoires à l'égard des personnes détenues qui souhaitent présenter une requête devant le juge administratif aux fins de contester une décision administrative. L'exercice du droit à un recours effectif devant le juge administratif est en effet subordonné, dans certains cas, à un recours administratif préalable obligatoire (R.A.P.O). En matière pénitentiaire, ces recours administratifs préalables obligatoires ne s'imposent que dans le domaine des sanctions disciplinaires. D'après l'article R. 57-7-32 du Code de procédure pénale, « *la personne détenue qui entend contester la sanction prononcée à son encontre par la commission de discipline doit, dans le délai de*

[1323] TA Grenoble, 29 mars 2007, *Mme Ghazi*, req. n° 0304986. Si le recours gracieux peut être exercé oralement, il n'en demeure pas moins que le requérant doit être en mesure d'en rapporter la preuve.
[1324] GOHIN O. *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 24.
[1325] *Ibidem*, n° 25.
[1326] CE, 16 mai 1980, req. n° 14022.

quinze jours à compter du jour de la notification de la décision, la déférer au directeur interrégional des services pénitentiaires préalablement à tout recours contentieux »[1327] […].

Mais ces recours exercés devant l'administration pénitentiaire elle-même, à laquelle la garde des personnes détenues a été confiée, soulève une interrogation : *Sed quis custodiet ipsos custodes ?*[1328] Si par la voie de ces recours pré-contentieux, obligatoires ou non, le requérant n'obtient pas la modification ou la suppression de la décision administrative lui portant selon lui préjudice, il peut alors engager un recours juridictionnel. Et, par la saisine d'une autorité indépendante, la personne détenue peut aussi exercer d'autres recours non juridictionnels.

205. Des recours non juridictionnels : la saisine d'une autorité indépendante. Une autre voie de recours non juridictionnels est ouverte à la personne détenue, la saisine d'une autorité indépendante. En cas de violation de ses droits, toute personne détenue a la faculté de saisir le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou le Défenseur des droits[1329]. La création d'un organe de contrôle indépendant avait été préconisée par le Conseil de l'Europe, dans sa Recommandation n° R (87) 3 du 12 février 1987 sur les Règles pénitentiaires européennes mais aussi par le Parlement européen, dans sa Résolution du 17 décembre 1998 relative aux conditions carcérales[1330]. Et, en 2000, le rapport de la commission « Canivet » sur le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires avait particulièrement insisté sur la nécessité d'instaurer un organe de contrôle indépendant[1331]. Aux vues de ces recommandations, le législateur français est intervenu par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 pour instituer

---

[1327] Cet article a été créé par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale, JORF n° 0300 du 28 décembre 2010 p. 22796 texte n° 13. V. C. pr. pén., anc. art. D. 250-5 abrogé par le présent décret.

[1328] Traduit par « Mais qui gardera les gardiens ? ». V. JUVÉNAL [trad. SERS O.], *Satires*, Paris, Les Belles Lettres, coll. « Classiques en poche » 2002, p. 108, vers 347 et 348.

[1329] Pour aller plus loin : LEHALLE S., *La prison sous l'œil de la société ? Contrôle du respect de l'État de droit en détention en France et au Canada*, Paris, L'Harmattan, 2013.

[1330] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation n° R (87) 3 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée par le Comité des ministres, le 12 février 1987 ; PARLEMENT EUROPÉEN, Résolution du 17 décembre 1998 relative aux conditions carcérales dans l'Union européenne : aménagements et peines de substitution.

[1331] CANIVET G. [dir.], *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires,* Rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La Documentation française, 2000, p. 11 : « *le contrôle extérieur peut aider à cette bonne application des règles que garantit un État de droit, participer à l'instauration d'un ordre interne plus harmonieux* » et qu' « *il peut permettre de vérifier la mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires des conditions générales de détention et du statut des détenus, de participer à la solution des litiges qui peuvent y naître entre les détenus et l'Administration par un rapprochement des points de vue utile à l'apaisement des tensions, et d'apporter, par la présence d'un regard extérieur, la transparence utile à une société close pour briser l'exclusion préjudiciable à tous* ».

le Contrôleur général des lieux de privation de liberté[1332]. Cette autorité administrative indépendante est notamment chargée de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Ainsi, les personnes détenues, leurs proches ou leur avocat, peuvent saisir directement cette autorité administrative indépendante aux fins de constater une atteinte à leurs droits fondamentaux[1333], notamment en matière de santé, mais aussi leurs conditions de détention dans les établissements pénitentiaires et leurs conditions d'hospitalisation dans les établissements de santé[1334]. Pour ce faire, le Contrôleur général peut, à tout moment et sur l'ensemble du territoire français, visiter les établissements pénitentiaires ainsi que les établissements de santé chargés d'accueillir des personnes détenues. À l'issue de chaque visite, il remet un rapport ainsi que des recommandations aux ministres de la Justice et de la Santé[1335]. Il remet également chaque année un rapport d'activité public au Président de la République et au Parlement[1336]. Notre étude sur les droits de la personne détenue en matière de santé n'a d'ailleurs pas manqué de s'appuyer sur ces différents rapports. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut en outre émettre des avis, à l'instar de l'avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé[1337]. Et, conformément à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007, lorsque le Contrôleur général constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, il peut saisir sans délai les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y

---

[1332] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007 p. 17891 texte n° 1. V. Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 0062 du 13 mars 2008 texte n° 21.

[1333] Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut également être saisi directement par toute autre personne physique, les associations ou toute autre personne morale ayant pour objet le respect des droits fondamentaux, mais aussi le Gouvernement, les parlementaires et d'autres autorités administratives indépendantes. Il peut en outre se saisir d'office.

[1334] En 2015, sur les 3 891 saisines adressées au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2 420 ont émané directement de personnes détenues. Concernant les établissements pénitentiaires, 10 % des saisines ont eu pour motif l'accès aux soins. Et l'accès aux soins figure parmi les trois principaux motifs de saisine, derrière les conditions matérielles et devant les relations avec l'extérieur. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, p. 85 s.

[1335] V. par ex. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., Rapport de visite du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville (Meurthe-et-Moselle)**,** *visite du 2 au 4 puis du 8 au 10 juin 2010*, juin 2010, 97 p. [consulté le 13 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/11/Rapport-de-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Nancy-Max%C3%A9ville-Meurthe-et-Moselle.pdf ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Ducos (Martinique)*, visite du 3 au 7 novembre et 12 novembre 2009, novembre 2009, 72 p. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/CP-Ducos-visite-final.pdf

[1336]V. par ex. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, 214 p.

[1337] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., Avis *du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

répondre[1338]. L'intervention du Contrôleur s'avère essentielle à la protection des droits des personnes détenues en matière de santé. Le Contrôleur veille notamment à ce que les personnes détenues soient traitées dans le respect de ces droits. Il s'attache particulièrement aux conditions de vie en détention ainsi qu'aux conditions de prise en charge de la santé des personnes détenues.

Autre autorité indépendante, le Défenseur des droits a été créé par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 qui a inséré l'article 71-1 dans la Constitution du 4 octobre 1958[1339]. Le Défenseur des droits a été institué par la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011[1340]. Nommée par le président de la République, cette autorité constitutionnelle indépendante figure parmi les institutions de la Ve République. Elle est notamment chargée de défendre les droits et libertés des individus dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public. Ainsi, comme toute personne physique ou morale, les personnes détenues peuvent saisir le Défenseur des droits si elles s'estiment lésées dans leurs droits et libertés par le fonctionnement d'une administration de l'État, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public ou d'un organisme investi d'une mission de service public[1341]. En outre, il peut être saisi soit par les ayants droits de la personne dont les droits et libertés sont en cause, soit se saisir d'office[1342]. La loi organique du 29 mars 2011 a doté le Défenseur des droits de moyens d'investigations aussi bien informatifs (demandes d'explications, demandes de communication d'informations et de pièces et demandes d'études) que contraignants (mise en demeure, vérification sur place)[1343]. Selon l'article 24 de

---

[1338] V. par ex. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations en urgence du 13 avril 2015 relative à la maison d'arrêt de Strasbourg*, JORF 13 mai 2015, texte n° 58 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations en urgence du 12 novembre 2012 relatives au centre pénitentiaire des Baumettes (Marseille),* JORF 6 décembre 2012, texte n° 123.

[1339] Loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République, JORF n° 0171 du 24 juillet 2008 p. 11890 texte n° 2.

[1340] Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011 p. 5497 texte n° 1.

[1341] *Ibidem*, art. 5.

[1342] Aux termes du troisième alinéa de l'article 6 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, « *la saisine du Défenseur des droits n'interrompt ni ne suspend par elle-même les délais de prescription des actions en matière civile, administrative ou pénale, non plus que ceux relatifs à l'exercice de recours administratifs ou contentieux* ».

[1343] CHOPIN F., Rép. pén. Dalloz, V° Défenseur des droits, janvier 2015. Aux termes de l'article 557-1 du Code de justice administrative, « l*orsque ses demandes ne sont pas suivies d'effet, le Défenseur des droits peut mettre en demeure les personnes intéressées de lui répondre dans un délai qu'il fixe. Lorsque la mise en demeure n'est pas suivie d'effet, il peut saisir le juge des référés d'une demande motivée aux fins d'ordonner toute mesure que ce dernier juge utile* ». V. CJA, art. R. 557-1.

la loi organique, « *le Défenseur des droits apprécie si les faits qui font l'objet d'une réclamation ou qui lui sont signalés appellent une intervention de sa part. Il indique les motifs pour lesquels il décide de ne pas donner suite à une saisine* ». Si le Défenseur des droits dispose de plusieurs pouvoirs, il intervient le plus souvent par le biais de recommandations[1344].

Les recommandations ou autres décisions de ces autorités administratives n'ont toutefois pas de caractère obligatoire. Il n'en demeure pas moins que leur intervention permet notamment de promouvoir le respect des droits des personnes détenues en matière de santé et d'alerter les pouvoirs publics sur les défaillances de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ces autorités indépendantes disposent d'une certaine marge de manœuvre pour vérifier la qualité de la prise en charge des patients détenus et le respect de leurs droits, le secret professionnel du personnel de santé ne leur étant pas opposable. Le caractère secret ou confidentiel d'une information qui leur paraît nécessaire de recueillir ne leur est pas opposable. Mais les informations couvertes par le secret professionnel du personnel de santé ne peuvent être communiquées au Défenseur des droits qu'à la demande expresse de la personne détenue concernée. De même, ces informations ne peuvent être transmises, qu'avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs, ayant la qualité de médecin, qui assistent le Contrôleur général[1345].

206. Des recours juridictionnels : le juge européen et le juge national. L'accès au juge est un élément fondamental de l'État de droit « *dont l'ensemble des autorités politiques et administratives, centrales et locales, agit en se conformant aux règles de droit en vigueur et dans lequel tous les individus bénéficient également de garanties procédurales et de libertés fondamentales* »[1346]. L'État de droit permet aux personnes détenues de contester, devant les

[1344] Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011 p. 5497 texte n° 1, art. 25 à 36. V. CHOPIN F., *Rép. pén. Dalloz,* V° Défenseur des droits, janvier 2015. V. par ex. DÉFENSEUR DES DROITS, Décision MDS-107 du 9 janvier 2015 relative à la prise en compte de l'état de santé d'une personne détenue par des personnels pénitentiaires.

[1345] « *Toutefois, les informations couvertes par le secret médical peuvent leur être communiquées sans le consentement de la personne concernée lorsqu'elles sont relatives à des privations, sévices et violences physiques, sexuelles ou psychiques commis sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ». V. Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011 p. 5497 texte n° 1, art. 20 al. 2 et 3 ; Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n°0122 du 27 mai 2014 p. 8600 texte n° 1, art. 3.

[1346] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° État de droit.

juridictions qui disposent du « *pouvoir de dire le droit* »[1347], les décisions prises par l'administration pénitentiaire en invoquant les règles de droit applicables mais également les décisions prises par l'autorité judiciaire. Si la population détenue peut faire respecter ses droits par l'intervention des juges nationaux, juge administratif et juge judiciaire, elle peut après épuisement des voies de recours internes saisir la Cour européenne des droits de l'homme aux fins de contrôler le respect par l'État français des droits fondamentaux garantis par la Convention européenne des droits de l'homme du 4 novembre 1950. Or, pour faire respecter leurs droits, encore faut-il que les personnes détenues les connaissent. Selon Claude d'Harcourt, alors directeur de l'administration pénitentiaire, « *comment imaginer qu'un service public qui a la charge de l'accueil, de la garde et de la réinsertion des personnes détenues ne les informe pas de ce à quoi elles ont droit autant que de ce qui est attendu d'elles ?* »[1348] Dès lors, conformément aux Règles pénitentiaires européennes, révisées en 2006, « *lors de son admission et ensuite aussi souvent que nécessaire, chaque détenu doit être informé par écrit et oralement - dans une langue qu'il comprend - de la réglementation relative à la discipline, ainsi que de ses droits et obligations en prison* »[1349]. Le législateur français a par conséquent prévu, aux termes de l'article 24 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, que « *toute personne détenue doit pouvoir connaître ses droits et bénéficier, pour ce faire, d'un dispositif de consultations juridiques gratuites mis en place dans chaque établissement* »[1350]. Conformément aux articles R. 57-6-21 et R. 57-6-22 du Code de procédure pénale, des permanences et consultations juridiques, appelées « points d'accès au droit », sont mises en place dans chaque établissement pénitentiaire et visent à répondre à toute demande d'information juridique des personnes détenues. Cependant, les demandes d'information « *relatives à l'affaire pénale pour laquelle la personne est incarcérée, à l'exécution de sa peine ou pour laquelle un avocat est déjà saisi* » ne peuvent être accueillies. Pour ces demandes, le rôle de l'avocat est alors essentiel. Lorsque les personnes détenues veulent faire valoir leurs droits, l'avocat est un précieux conseil. Pour Éric Dupont-Moretti, « *l'avocat est celui qui prête sa voix à ceux qui n'en ont pas* »[1351].

[1347] *Ibidem*, V° Juridiction.

[1348] DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Droits et devoirs de la personne détenue*, Ministère de la justice, janvier 2009 [consulté le 5 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/ art_pix/DroitsDevoirsPersonneDetenue.pdf

[1349] Règle 30.1. V. aussi Règles 30.2 et 30.3.

[1350] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[1351] L'EST RÉPUBLICAIN, « Éric Dupont-Moretti face aux lecteurs », 5 mars 2013 [consulté le 6 mars 2015]. Disponible sur : http://www.estrepublicain.fr/actualite/2015/03/03/eric-dupond-mor

Informée de ses droits en matière de santé, la personne détenue peut alors saisir les juges nationaux en cas d'ingérence dans la jouissance de ses droits, notamment des professionnels de l'administration pénitentiaire et des professionnels de santé. Et si sa requête est rejetée par les juges nationaux, la personne détenue peut, après épuisement des voies de recours internes, saisir la Cour européenne des droits de l'homme qui est chargée de veiller au respect des droits fondamentaux garantis par la Convention européenne des droits de l'homme. La portée du contrôle de la Cour est en effet limitée par une exigence de subsidiarité qui se traduit par l'obligation d'épuiser les voies de recours internes en vertu de l'article 35 § 1 de la Convention[1352]. Eu égard à cette chronologie des recours offerts aux personnes détenues, il pouvait sembler, de prime abord, plus approprié d'étudier en premier lieu le contrôle exercé par les juges nationaux. Mais, en raison de la supériorité du droit international sur le droit national, la protection mise en œuvre par le juge européen sera d'abord étudiée. Conformément à la théorie de la hiérarchie des normes fondée par Hans Kelsen, les règles juridiques de valeur inférieure doivent être conformes aux règles juridiques de valeur supérieure[1353]. Or, la Convention européenne des droits de l'homme apparaît, en tant que traité international, comme un ordre juridique qui s'impose aux États parties[1354]. La France est alors tenue de garantir le respect des droits fondamentaux énoncés par la Convention. L'action des juges nationaux est ainsi encadrée par des normes européennes de valeur supérieure. Avant même d'étudier la protection conférée par les juges nationaux visant à garantir l'effectivité des droits de la personne détenue en matière de santé, il apparaît donc essentiel d'analyser les normes européennes auxquelles doivent se soumettre les autorités nationales. S'agissant des droits conférés à la personne détenue en matière de santé, le juge européen a mis en œuvre une influente protection (Titre 1) inspirée par les textes et recommandations internationaux relatifs aux droits de l'homme et, en particulier, aux droits des personnes détenues. Et, sous l'influence croissante de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, les juges nationaux ont alors cherché à étendre leur protection effective des droits de la personne détenue en matière de santé (Titre 2).

[1352] CEDH, 23 juillet 1968, *Affaire relative à certains aspects du régime linguistique de l'enseignement en Belgique c/ Belgique*, req. n° 1474/62, 1677/62, 1691/62 ; 1769/63, 1994/63 et 2126/64, § 10 ; CEDH, 7 décembre 1976, *Handyside c/ Royaume-Uni*, req. n° 5493/72, § 48.

[1353] GUINCHARD S, DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, op.cit., V° Hiérarchie des normes.

[1354] GÖZLER K., *Le pouvoir de révision constitutionnelle*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1997.

TITRE 1

LA PROTECTION INFLUENTE DU JUGE EUROPÉEN

« *La justice ne saurait s'arrêter à la porte des prisons* »[1355].

207. Une norme prétorienne de protection des droits fondamentaux. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, appelée communément Convention européenne des droits de l'homme, est un traité international, signé le 4 novembre 1950 à Rome et entré en vigueur en 1953, en vertu duquel les États membres du Conseil de l'Europe garantissent les droits fondamentaux, civils et politiques à toutes les personnes qui relèvent de leur juridiction. Instituée en 1959, par le Conseil de l'Europe, la Cour européenne des droits de l'homme veille au respect des droits fondamentaux garantis par la Convention européenne des droits de l'homme[1356]. En quête d'effectivité des droits garantis par la Convention, la Cour européenne des droits de l'homme s'est engagée « *dans la voie d'une interprétation "dynamique" de la Convention, afin de donner tout son effet utile aux dispositions normatives de la Convention* »[1357]. Par un arrêt du 25 avril 1978, *Tyrer contre Royaume-Uni*, la Cour européenne a affirmé que « *la Convention est un instrument vivant à interpréter* […] *à la lumière des conditions de vie actuelles* »[1358]. Puis, dans arrêt du 23 mars 1995, *Loizidou contre Turquie*, la Cour européenne a non

[1355] CEDH, 28 juin 1984, *Campbell et Fell c/ Royaume-Uni*, req. n° 7819/77, 7878/77, § 69.

[1356] La Commission européenne des droits de l'homme était initialement chargée de recueillir les requêtes relatives à la violation alléguée des droits fondamentaux énoncés dans la Convention européenne des droits de l'homme. En cas de recevabilité et à défaut de règlement amiable du litige, la requête était alors transmise à la Cour européenne des droits de l'homme. Suite à l'adoption, le 1er novembre 1998, du protocole n° 11 à la Convention européenne des droits de l'homme, la Commission européenne des droits de l'homme a été supprimée. Depuis la Cour européenne des droits de l'homme, devenue permanente, peut être saisie directement par les particuliers.

[1357] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd., Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 160, p. 248.

[1358] CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, req. n° 5856/72, § 31.

seulement confirmé son « *dynamisme interprétatif* »[1359] mais elle a également précisé qu'une « *pareille démarche* […] *ne se limite pas aux dispositions normatives de la Convention, mais vaut encore pour celles* […] *qui régissent le fonctionnement du mécanisme de sa mise en œuvre* » et que « *ces dispositions ne sauraient s'interpréter uniquement en conformité avec les intentions de leurs auteurs telles qu'elles furent exprimées voici plus de quarante ans* »[1360]. Dans ces conditions, la protection offerte aux individus par la Cour européenne des droits de l'homme, sur le fondement des dispositions de la Convention, tient compte de « *l'évolution des mœurs et des mentalités, afin de la préserver* [la Convention] *de tout anachronisme, et de dénoncer les législations désuètes à ses yeux* »[1361]. Cette construction essentiellement prétorienne vise non seulement à garantir l'effectivité des droits proclamés dans la Convention mais également à étendre les exigences de ce texte européen et ce, notamment en faveur des personnes détenues. En somme, cette construction prétorienne de protection des droits énoncés notamment à l'égard des personnes détenues apparait comme « *une "arme décisive" au service de l'effectivité des droits de la Convention* »[1362].

208. Un mécanisme de création purement prétorienne de protection par ricochet des droits des personnes détenues. La Convention européenne des droits de l'homme énonce, en son article 5, que « *toute personne a droit à la liberté et à la sûreté* ». Aux termes de cet article, « *nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas* [énumérés par cet article] *et selon les voies légales* ». En garantissant ce droit fondamental à la liberté et à la sûreté, la Convention protège expressément les personnes détenues contre toute privation de liberté arbitraire. Mais, à l'instar d'autres textes internationaux, ce texte européen ne contient aucune autre disposition spécifique aux personnes privées de liberté. Pour autant, Béatrice Belda a observé que « *nonobstant cette importante lacune textuelle,* […] *les détenus bénéficient d'une protection effective de leurs droits grâce à une démarche audacieuse et particulièrement dynamique de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)* »[1363]. Dans un arrêt du 8 mars 1962, la Commission européenne des droits de l'homme a affirmé que l'exécution d'une peine privative de liberté dans un établissement pénitentiaire ne prive

[1359] SUDRE F., « À propos du dynamisme interprétatif de la Cour européenne des droits de l'homme », *JCP G* 2001, p. 335.
[1360] CEDH, 23 mars 1995, *Loizidou c/ Turquie*, req. n° 15318/89, n° 15318/89, § 71.
[1361] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd., Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 160, p. 250.
[1362] MARGUÉNAUD J.-P., *La Cour européenne des droits de l'Homme*, 6e éd., Paris, Dalloz, coll. « Connaissance du droit », 2012, p. 36.
[1363] BELDA B., « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », *AJDA* 2009, p. 406-413.

pas la personne détenue de la garantie des droits et libertés définis dans la Convention[1364]. Aussi, conformément à l'esprit de l'article premier, la Convention européenne des droits de l'homme protège la personne détenue, comme toute autre personne, dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés. Et si le juge européen a rejeté toute discrimination à l'égard des personnes détenues dans la jouissance des droits et libertés garantis par la Convention, il a aussi ajusté le contenu de ces droits à leur situation spécifique inhérente à leur détention. En effet, « *la CEDH a par là même octroyé aux détenus une véritable "protection catégorielle* » *(F. Sudre) adaptée à leurs conditions juridiques et factuelles, caractérisées par la dépendance et la vulnérabilité* »[1365]. En effet, aux yeux du juge européen, la personne détenue présente un état de vulnérabilité en raison de son incarcération. Privation de liberté, promiscuité, oisiveté, conditions de détention, violences sont, parmi d'autres, des facteurs de vulnérabilité manifeste. Aussi, si la Cour européenne des droits de l'homme veille au respect des droits fondamentaux de tout être humain, elle confère à certaines catégories, les plus vulnérables, une protection particulière[1366]. À vulnérabilité particulière, protection particulière. Les prochains développements s'efforceront de mettre en exergue la particulière vulnérabilité des personnes détenues reconnue par la Cour européenne des droits de l'homme. En interprétant les droits et libertés fondamentaux, énoncés par la Convention européenne des droits de l'homme à la lumière de la situation spécifique des personnes détenues, le juge européen a par conséquent donné naissance à « *un véritable droit commun européen de la détention* »[1367]. Par conséquent, « *le mécanisme de création purement prétorienne, de "protection par ricochet"* [a permis] *aux organes de la CEDH d'étendre la protection de certains droits garantis par la Convention à des droits non expressément protégés par elle* »[1368].

[1364] Com. EDH, 8 mars 1962, *Koch c/ République Fédérale d'Allemagne*, req. n° 1270/61 : « *Considérant que la requérante se trouve détenue en exécution d'une condamnation qui lui a été infligée à raison de crimes perpétrés au mépris des droits les plus élémentaires de la personne humaine ; que cette circonstance ne la prive cependant point de la garantie des droits et libertés définis dans la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales* ».

[1365] BELDA B., « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », *AJDA* 2009, p. 406-413.

[1366] V. COSTA J.-P., *La Cour européenne des droits de l'homme. Des juges pour la liberté*, Paris, Dalloz, 2013, p. 108 s.

[1367] BELDA B., « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », *op. cit*.

[1368] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, *op. cit*., p. 690.

209. Des obligations négatives et positives : pour une jouissance effective des droits des personnes détenues. Selon le Professeur François Ost, l'effectivité des droits apparaît comme « *la méta-règle essentielle qui gouverne la jurisprudence* » de la Cour européenne des droits de l'homme[1369]. En quête de l'effectivité des droits énoncés par la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a créé, par son interprétation dynamique du texte européen, des obligations négatives et positives à la charge des États membres. Selon le Professeur Jean-François Akandji-Kombé, « *ce qui distingue les obligations positives des obligations négatives, c'est que les premières exigent une intervention positive de l'État tandis que les secondes requièrent de lui qu'il s'abstienne de commettre des ingérences. La violation de la Convention résultera dans le premier cas de ce que les autorités nationales n'ont pas agi, sont restées passives et, dans le deuxième, du fait qu'elles ont empêché ou limité l'exercice du droit par le moyen d'un acte positif* »[1370]. Les autorités étatiques doivent donc s'abstenir de commettre toute ingérence dans l'exercice des droits fondamentaux énoncés par la Convention. Elles doivent se soumettre à ce devoir de non-ingérence. Mais le fait que l'État s'abstienne de porter atteinte aux droits garantis ne suffit pas pour conclure qu'il s'est conformé aux engagements découlant de la Convention européenne des droits de l'homme. Se distinguent des obligations négatives, les obligations positives qui ont pour objet une action positive des autorités étatiques[1371]. Les États membres sont alors tenus d'intervenir de manière positive dans la garantie des droits fondamentaux reconnus par la Convention[1372]. Selon le Professeur Frédéric Sudre, « *la Convention ne s'arrête pas à une approche " défensive " des droits de l'homme et n'hésite pas à lier l'exercice de certains droits à des prestations positives de l'État, prenant ainsi acte du fait qu'il convient de donner aux droits*

[1369] OST F., « Originalité des méthodes d'interprétation de la C.E.D.H. » in DELMAS MARTY M., Raisonner la raison d'État, Paris, PUF, 1989, p. 445 cité par SUDRE F., « Les obligations positives dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *RTDH* 1995, p. 364.

[1370] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 11.

[1371] Sur la notion d'obligation positive : SUDRE F., « Les obligations positives dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *RTDH* 1995, p. 365-375 ; AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme, op. cit.*, p. 7-10. Sur le contrôle du respect des obligations positives : SUDRE F., « Les obligations positives dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *op. cit., p.* 375-384 ; AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme, op. cit.*, p. 18-21.

[1372] CEDH, 23 juillet 1968, *Affaire relative à certains aspects du régime linguistique de l'enseignement en Belgique c/ Belgique*, req. n° 1474/62, n° 1677/62, n° 1691/62, n1769/63, n° 1994/63 et n° 2126/64 ; CEDH, 9 octobre 1979, *Airey c/ Irlande*, req. n°6289/73, § 32 ; CEDH, 26 mars 1995, *X. et Y. c/ Pays-Bas*, req. n° 8978/80, § 23, 24 et 27 ; CEDH, 26 juillet 2005, *Siliadin c/ France*, req. n° 73316/01, § 78, 79, 82 et 83.

individuels les moyens de s'exercer réellement »[1373]. Pour cela, des « *mesures raisonnables et adéquates* » doivent être mises en place pour protéger les droits et ce, en application de l'article premier de la Convention européenne des droits de l'homme[1374]. S'appuyant sur la notion d'obligation positive, la Cour européenne des droits de l'homme précise par conséquent l'étendue et la portée des engagements des États membres. L'enjeu des obligations positives est d'assurer une protection concrète et effective des droits que toute personne tient de la Convention, et en particulier les personnes détenues. Le recours à la notion d'obligation positive permet ainsi à la Cour européenne des droits de l'homme de définir concrètement l'étendue et la portée des engagements des États membres. Et, pour préciser le contenu de l'intervention positive attendue des autorités étatiques, le juge européen a opéré une distinction entre les obligations positives substantielles et les obligations positives procédurales. Aussi, étudier la garantie assurée par le juge européen des droits des personnes détenues en matière de santé implique nécessairement d'examiner la protection non seulement substantielle (chapitre 1) mais aussi procédurale de ces droits (chapitre 2).

[1373] SUDRE F., « Les obligations positives dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *op. cit.*, p. 364.
[1374] CEDH, 21 février 1990, *Powell et Rayner c/ Royaume-Uni*, req. n° 9310/81, § 41 ; CEDH, 26 juillet 2005, *Siliadin c/ France*, req. n° 73316/01, § 68.

CHAPITRE 1 :
UNE PROTECTION SUBSTANTIELLE

210. Une interprétation dynamique des articles 2 et 3 de la Convention. Le droit à la protection de la santé ne figure pas parmi les droits fondamentaux énoncés par la Convention européenne des droits de l'homme. Mais les articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme visent à protéger la vie et l'intégrité de la personne humaine en proclamant le droit à la vie et le droit de ne pas subir d'actes de torture et de traitement inhumains ou dégradants. Droits intangibles, ces droits sont applicables à tous les individus et ce, quelle que soit leur situation. Selon le Professeur Frédéric Sudre, le droit à la vie et le droit de ne pas subir d'actes de torture et de traitement inhumains ou dégradants sont « *considérés comme les attributs inaliénables de la personne humaine fondés comme tels sur des valeurs que l'on retrouve en principe dans tous les patrimoines culturels et systèmes sociaux* »[1375]. Par une habile interprétation de ces articles 2 et 3 de la Convention, la Cour européenne des droits de l'homme, « *qui consacre un tiers de ses décisions à des litiges relatifs aux détenus* »[1376], a établi un véritable édifice normatif applicable aux personnes détenues[1377]. D'origine prétorienne, cet édifice normatif a conféré aux personnes détenues un certain nombre de droits en matière de santé. Ainsi, la garantie des droits en matière de santé, assurée par le juge européen, à l'égard des personnes détenues résulte à la fois de la protection de leur vie (Section 1) et de la protection de leur intégrité (Section 2).

[1375] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd., Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 145, p. 214.
[1376] SAUVÉ J.-M., Vice-président du Conseil d'État, « Le contrôle de l'administration pénitentiaire par le juge administratif », Institut d'études judiciaires de l'Université de Lille II, 2008 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-controle-de-ladministration-penitentiaire-par-le-juge-administratif.html
[1377] V. EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, *Thematic Report, Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, juin 2015, p. 13-20 (IV. Health of detainees).

Section 1 : La protection de la vie des personnes détenues

« *La vie des autres, c'est encore la vie après tout* »[1378].

211. Le droit à la vie, le droit humain le plus fondamental de tous. Aux termes du paragraphe premier de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, « *le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* ». Premier droit énoncé par la Convention, le droit à la vie est désigné comme « *le droit humain le plus fondamental de tous* » car, selon le Professeur Douwe Korff, « *si l'on pouvait être arbitrairement privé de son droit à la vie, tous les autres droits deviendraient illusoires* »[1379]. En dehors de l'exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal et des circonstances dans lesquelles il peut être justifié d'infliger la mort[1380], la protection du droit à la vie ne souffre d'aucune dérogation. Par son arrêt *McCann et autres contre Royaume-Uni* du 27 septembre 1995, la Cour européenne des droits de l'homme a énoncé que l'article 2, « *combiné à l'article 3 de la Convention, consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe* »[1381]. De fait, l'article 2, en consacrant le droit à la vie, figure parmi les dispositions primordiales de la Convention[1382]. Et la jurisprudence de la Cour européenne n'a cessé de réaffirmer la valeur suprême du droit à la vie. Dans l'arrêt *Kiliç contre Turquie* du 28 mars 2000, le juge européen a précisé que les États « *ont le devoir primordial d'assurer le droit à la vie* »[1383]. L'affaire *Streletz, Kessler, Krenz contre Allemagne* a été l'occasion pour le juge européen de reconnaître le droit à la vie comme « *la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'homme au plan international* »[1384]. Par son arrêt *Pretty contre Royaume-Uni* du 29 avril 2002, la Cour européenne a affirmé non seulement la prééminence du droit à la vie

[1378] JACOB S., *La survie*, Montréal, Bibliothèque québécoise, 1995.
[1379] KORFF D., *Le droit à la vie. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007, p. 6.
[1380] En vertu de l'article 2 de la Convention, la mort peut être infligée non seulement « *en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi* » mais aussi en cas de recours à la force meurtrière « rendu absolument nécessaire » et ce, « *pour assurer la défense de toute personne contre la violence* illégale » ou « *pour effectuer une arrestation régulière* » ou encore « *pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection* ».
[1381] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 147.
[1382] *Ibidem*.
[1383] CEDH, 28 mars 2000, *Kiliç c/ Turquie*, req. n° 22492/93, § 62
[1384] CEDH, 22 mars 2001, *Streletz, Kessler, Krenz c/ Allemagne*, req. n° 35532/97, 34044/96 et 44801/98, § 72, 87 et 94.

parmi les dispositions de la Convention mais aussi « *le principe du caractère sacré de la vie protégé par la Convention* »[1385]. Le droit à la vie est par conséquent le droit suprême reconnu à tout être humain, notamment les personnes détenues.

212. Le droit à la vie, une délimitation temporelle lacunaire. La Convention américaine des droits de l'homme, adoptée le 22 novembre 1969, énonce que le droit à la vie « *doit être protégé par la loi, et en général à partir de la conception* ». L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme est quant à lui « *silencieux sur les limites temporelles du droit à la vie* »[1386]. L'étendue de la protection du droit à la vie est donc incertaine. Si la notion de vie renvoie à la vie humaine, comme en témoigne la formulation « *toute personne* » utilisée par l'article 2, aucune précision n'est faite dans le texte européen sur le commencement et la fin de la vie. Des questions restent alors en suspens : qu'est ce qu'une personne ? quand commence la vie ? et quand prend-elle fin ? La protection du droit à la vie est-elle applicable à l'enfant à naître ? Une réponse à ces questions pourrait sensiblement éclairer les femmes détenues enceintes sur la protection assurée, par la Convention européenne des droits de l'homme, à la vie de leur enfant à naître et ce, en raison du risque important d'agressions physiques en milieu pénitentiaire. Statuant sur l'applicabilité à l'enfant à naître de l'incrimination d'homicide involontaire prévue à l'article 221-6 du Code pénal, la Chambre criminelle de la Cour de cassation, dans un arrêt du 30 juin 1999, et l'Assemblée plénière, dans un arrêt du 29 juin 2001, ont rappelé que la loi pénale est, conformément au principe de la légalité des délits et des peines, d'interprétation stricte et ont, par conséquent, estimé que l'incrimination d'homicide involontaire ne peut pas être étendue au cas de l'enfant à naître, dont le régime juridique relève de textes particuliers sur l'embryon ou le fœtus[1387]. Par son arrêt *Vo contre France* du 8 juillet 2004, la Cour européenne des droits de l'homme a, quant à elle, refusé de trancher le débat sur la détermination du début de la vie humaine. Elle précise néanmoins qu'il ressort de la jurisprudence antérieure en matière d'avortement volontaire que « *l'enfant à naître n'est pas considéré comme une "personne" directement bénéficiaire de l'article 2 de la Convention et que son "droit" à la "vie", s'il existe, se trouve implicitement limité par les droits et les intérêts de sa mère* »[1388]. Toutefois, le juge européen n'exclut pas que, dans certaines circonstances, l'enfant à naître puisse bénéficier de

[1385] CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, req. n° 2346/02, § 37 et 65.
[1386] CEDH, 8 juillet 2004, *Vo c/ France*, req. n° 53924/00, § 75.
[1387] Cass. Crim., 30 juin 1999, n° 97-82351, Bull. crim. n° 174 ; Cass., Ass. Plén., 29 juin 2001, n° 99-85973, Bull. n° 165. V. aussi Cass. Crim., 25 juin 2002, n° 00-81359, Bull. crim. n° 144.
[1388] CEDH, 8 juillet 2004, *Vo c/ France*, req. n° 53924/00, § 80.

garanties[1389]. Dans l'affaire *Vo contre France*, il n'était pas question d'un avortement volontaire. En effet, la grossesse de la requérante avait dû être interrompue en raison d'une erreur commise par un médecin. À la suite d'une confusion résultant de l'homonymie entre deux patientes présentes dans le même service de gynécologie, le médecin avait procédé sur la requérante venue pour un examen de grossesse, à une intervention visant à extraire un stérilet. Cette intervention ayant provoqué la rupture de la poche des eaux, une interruption thérapeutique de la grossesse avait dû être pratiquée. Pour la Cour européenne des droits de l'homme, « *la question* [était] *dès lors de savoir si, hors de la volonté de la mère agissant dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse, l'atteinte au fœtus doit être pénalement sanctionnée au regard de l'article 2 de la Convention, en vue de protéger le fœtus au titre de cet article* »[1390]. Mais le juge européen n'a pas clairement tranché cette question. Il a estimé que le point de départ du droit à la vie relève de la marge d'appréciation des États parties en raison d'une part, des divergences sur ce point entre les États, et même du débat lié à la détermination de ce qu'est une personne et quand commence la vie au sein de la majorité des États ; et d'autre part, de l'absence de consensus européen sur la définition scientifique et juridique des débuts de la vie. Ainsi, aux yeux du juge européen, les États bénéficient en la matière d'un large pouvoir discrétionnaire.

213. Le droit à la vie, une protection particulière des personnes détenues. Dans sa thèse intitulée *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté*, Béatrice Belda a démontré que, par une interprétation extensive de l'article 2 de la Convention, la Cour européenne des droits de l'homme a étendu le champ d'application du droit à la vie en faveur des personnes privées de liberté et en particulier, des personnes détenues[1391]. En supprimant l'exigence selon laquelle la mort devait être infligée intentionnellement, le juge européen a permis que la responsabilité étatique puisse être engagée en matière d'homicide involontaire. Et l'exigence d'une mort a même été supprimée. Dès lors, l'article 2 est applicable « *au phénomène contemporain des disparitions forcées des personnes privées de liberté, dans lequel le décès est par nature incertain, et d'autre part, aux allégations de sévices "potentiellement mortels" subis par les personnes privées de liberté* »[1392]. En consacrant cette obligation pour les États

[1389] V. Com.EDH, 19 mai 1976, *Brüggemann et Scheuten c/ Allemagne*, req. n° 5969/75 § 161 ; CEDH, 5 septembre 2002, *Boso c/ Italie*, req. n° 50490/99.
[1390] CEDH, 8 juillet 2004, *Vo c/ France*, req. n° 53924/00, § 81.
[1391] Pour aller plus loin : BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 58-77, p. 47-60.
[1392] *Ibidem*, n° 64, p. 51.

de s'abstenir de donner la mort, le juge européen a garanti aux personnes détenues le droit de ne pas subir une atteinte à leur vie du fait des autorités publiques et notamment pénitentiaires[1393]. Bien que le droit à la vie soit reconnu à toute personne, il n'en demeure pas moins que les personnes détenues eu égard à la spécificité de leur situation nécessitent une protection particulière. L'applicabilité étendue de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme tient alors compte de la vulnérabilité des personnes détenues et vise à leur garantir une protection effective du droit à la vie. Il incombe ainsi à l'administration pénitentiaire de protéger et respecter la vie des personnes détenues qu'elle a sous sa garde (§1). Et tout manquement à ce devoir primordial d'assurer le droit à la vie est contraire aux dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme (§ 2.).

§1. La reconnaissance du devoir primordial d'assurer le droit à la vie

214. Le droit à la vie, entre respect et protection de la vie. Le devoir primordial pour les autorités étatiques d'assurer le droit à la vie comporte une obligation double. Selon le juge européen, il n'incombe pas seulement aux autorités nationales de respecter la vie, il leur faut également la préserver. C'est pourquoi, à la lumière de la jurisprudence européenne, le Professeur Frédéric Sudre décompose le droit à la vie en deux branches, le droit au respect de la vie et le droit à la protection de la vie[1394]. En vertu de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'État doit s'abstenir de porter atteinte à la vie. Il doit alors satisfaire à une obligation négative et, de fait, ne pas agir contre la vie des personnes. Néanmoins, « *l'interdiction de principe de donner la mort n'empêche pas un éventuel recours à la force meurtrière* [par les autorités étatiques] *pour assurer ses missions essentielles* »[1395]

[1393] V. par ex. CEDH, 20 mai 2010, Perişan et autres c/ Turquie, req. n° 12336/03.
[1394] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 194, p. 309.
[1395] RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, p. 80.

telles que la sauvegarde de l'ordre public[1396]. Et, à l'occasion de l'affaire *L.C.B. contre Royaume-Uni*, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que « *la première phrase de l'article 2 § 1 astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction* »[1397]. En vertu de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, toute personne bénéficie donc d'une part, du droit de ne pas subir une atteinte à sa vie du fait des autorités étatiques et d'autre part, du droit de bénéficier des mesures nécessaires à la protection de sa vie mises en place par ces autorités. Le devoir primordial d'assurer le droit à la vie se manifeste par conséquent au travers de cette double obligation à la charge des États. Eu égard à la particulière vulnérabilité des personnes détenues, cette double protection de la vie revêt une importance fondamentale. La mise en œuvre de la protection de l'article 2 implique pour les autorités étatiques, outre de s'abstenir de porter atteinte au droit à la vie, de protéger les personnes détenues non seulement contre les agissements criminels d'autrui mais aussi contre leurs agissements mettant en danger leur propre vie. Les États doivent ainsi prévenir toute mise en danger de la vie d'une personne détenue aussi bien du fait d'autrui que de son propre fait.

Si une atteinte à la vie des personnes détenues peut résulter du recours à la force meurtrière par les autorités étatiques ou des agissements criminels d'autrui, la conduite d'une étude sur les droits de la personne détenue en matière de santé rend toute analyse de ces hypothèses non justifiée. Cela étant, les atteintes à la vie des personnes détenues procèdent essentiellement du passage à l'acte suicidaire. D'autres cas particuliers, comme la grève de la faim et la demande d'euthanasie, posent également la question du respect du devoir primordial d'assurer le droit à la vie des personnes détenues. Et ces hypothèses ont un impact

---

[1396] Ce recours à la force meurtrière est strictement encadré. Il ressort de l'arrêt *McCann et autres contre Royaume-Uni* que le juge européen « doit se former une opinion en examinant de façon extrêmement attentive les cas où l'on inflige la mort, notamment lorsque l'on fait un usage délibéré de la force meurtrière, et prendre en considération non seulement les actes des agents de l'État ayant eu recours à la force mais également l'ensemble des circonstances de l'affaire, notamment la préparation et le contrôle des actes en question » (CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 150). Le recours à la force meurtrière doit alors être absolument nécessaire (CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 213. V. aussi, CEDH, 20 mai 2010, *Perisan c/Turquie*, req. n° 12336/03 ; Com.EDH, 10 juillet 1984, *Kathleen Stewart c/ Royaume-Uni*, req. n° 10044/82). Par son arrêt *Oğur contre Turquie*, la Cour européenne a précisé ce critère de nécessité. La force employée doit être strictement proportionnée à la réalisation du but légitime poursuivi (CEDH, 20 mai 1999, *Oğur c/ Turquie*, req. n° 21594/93, § 78). Pour aller plus loin : SUDRE F., MARGUENAUD J.-P., ANDRIANTSIMBAZOVINA J., GOUTTENOIRE A., LEVINET M., *Les grands arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme*, 7e éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2015, n° 11, p. 122 s.

[1397] CEDH, 9 juin 1998, *L.C.B. c/ Royaume-Uni*, req. n° 23413/94, § 36. V. aussi CEDH, 28 mars 2000, *Kiliç c/ Turquie*, req. n° 22492/93, § 62 ; CEDH, 8 juillet 2004, *Vo c/ France*, req. n° 53924/00, § 88.

majeur sur la prise en charge de la santé des personnes détenues. Leur analyse s'avère alors pertinente.

L'obligation positive de protéger la vie, consacrée par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, fait peser sur les États une obligation de prendre les mesures nécessaires afin d'empêcher que la vie des personnes détenues ne soit inutilement mise en danger (A). Mais cette obligation d'agir se heurte néanmoins à certaines limites, soit en faveur de la personne détenue, soit en faveur des États (B).

A. Une obligation positive de protection de la vie

215. Des mesures nécessaires à la protection de la vie. L'obligation de protéger la vie ne se traduit pas par une seule abstention d'agir. Par son arrêt *Kétreb contre France* du 19 juillet 2012, la Cour européenne des droits de l'homme a confirmé que l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme impose aux États non seulement de s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de leur juridiction[1398]. Il incombe alors au juge européen de déterminer si, dans les circonstances de l'espèce, les autorités nationales ont pris toutes les mesures requises pour empêcher que la vie de la personne détenue ne soit inutilement mise en danger[1399]. Selon la Cour européenne, « *l'article 2 peut, dans certaines circonstances bien définies, mettre à la charge des autorités l'obligation positive de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu contre autrui ou, dans certaines circonstances particulières, contre lui-même* »[1400]. En effet, dans son arrêt *Keenan contre Royaume-Uni* du 3 avril 2001, la juridiction européenne avait énoncé, dans le cadre de la protection de la vie des personnes détenues, que le devoir primordial, pour les États, d'assurer la vie ne se limite pas à la mise en place d' « *une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations* »[1401]. Ce devoir consiste aussi en l'obligation positive de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui ou par

[1398] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 70.
[1399] *Ibidem*,§ 70.
[1400] *Ibid.*, § 71. V. aussi CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 37 ; CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 46 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 58
[1401] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 89.

ses agissements contre lui-même. Ainsi, tout manquement à cette obligation positive de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie est constitutif d'une violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Il est à préciser que les personnes détenues sont en situation de vulnérabilité du fait de leur détention, et que ces autorités ont le devoir de les protéger[1402]. Par son arrêt *Yuriy Illarionovich Shchokin contre Ukraine* du 3 octobre 2013, le juge européen a précisé que l'obligation de protéger la vie prend une dimension particulière à l'égard des personnes détenues et ce, eu égard à leur vulnérabilité[1403]. De fait, « *il incombe à l'État de fournir une explication convaincante quant à l'origine de blessures survenues à l'occasion de toute privation de liberté, cette obligation étant particulièrement stricte lorsque la personne meurt* »[1404]. Tout décès d'une personne privée de liberté dans des conditions suspectes suffit alors à soulever la question du respect par les autorités étatiques du droit à la vie de cette personne[1405]. Cette question se pose particulièrement en cas de suicide d'une personne détenue. Il est à noter que « *toute privation de liberté physique peut entraîner, de par sa nature, des bouleversements psychiques et, par conséquent, des risques de suicide* »[1406]. En vertu de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'obligation de protéger la vie impose alors aux États parties de prévenir le suicide des personnes détenues, notamment celles atteintes de troubles mentaux.

216. Des mesures renforcées à l'égard des malades mentaux. Les malades mentaux sont, en détention, « *à double titre vulnérables : en tant que personne privée de liberté et, plus encore, en tant que personne souffrant de troubles mentaux* »[1407]. Dans le cadre spécifique de la prévention du suicide des personnes détenues, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que « *la vulnérabilité des malades mentaux appelle une protection particulière* » et qu' « *il en va d'autant plus ainsi lorsqu'un détenu souffrant de troubles graves est placé* […] *en isolement ou cellule disciplinaire pour une longue durée, ce qui ne peut manquer d'avoir*

[1402] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 71 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 83 ; CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99 § 68 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 91.
[1403] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36.
[1404] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 91.
[1405] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 37.
[1406] CEDH, 16 novembre 2000, *Tanribilir c/ Turquie*, req. n° 21422/93, § 74 ; CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 75.
[1407] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 75 ; CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 50.

des répercussions sur son état psychique, et qu'il a déjà effectivement tenté de mettre fin à ses jours peu de temps auparavant »[1408]. À l'occasion de l'affaire *Ketreb contre France*, la Cour n'a pas manqué de rappeler « *qu'il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur particulière vulnérabilité* »[1409]. Par son arrêt *Sellal contre France* du 8 octobre 2015, la Cour européenne des droits de l'homme a notamment confirmé que chez les schizophrènes, le risque de suicide est bien connu et élevé ce qui justifie que les autorités étatiques doivent prendre les mesures nécessaires à la protection de leur vie en tenant compte de la particulière vulnérabilité de ces personnes détenues atteintes de troubles mentaux[1410]. Dès lors, il incombe au juge européen de déterminer si, dans les circonstances de l'espèce et eu égard à la particulière vulnérabilité de la personne détenue souffrant de troubles mentaux, les autorités nationales ont pris toutes les mesures requises pour empêcher que sa vie ne soit inutilement mise en danger. Parmi les mesures nécessaires, que les autorités peuvent mettre en place pour éviter que la personne détenue n'attente à sa vie, figurent notamment le dépistage systématique des troubles mentaux des entrants en détention, des traitements psychiatriques nécessaires et adaptés, des surveillances spéciales et renforcées, des expertises visant à s'assurer de la comptabilité de l'état de santé psychique des personnes détenues avec la détention mais aussi la confiscation des objets coupants, de la ceinture ou des lacets[1411].

217. Des soins médicaux appropriés. Protéger la vie d'une personne, c'est notamment préserver sa santé. Au titre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'obligation positive de protection de la vie se traduit, dans le domaine de la santé, par l'obligation de protéger la vie de la personne « contre le risque de maladie »[1412]. Après avoir énoncé que les États ont l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour protéger la personne contre le risque de maladie, la Cour européenne des droits de l'homme a étendu le champ d'application de l'article 2 en matière de protection de la santé à l'hypothèse d'une atteinte à la vie des personnes détenues. Par son arrêt *Huylu contre Turquie* du 16 novembre 2006, la Cour a précisé que « *l'obligation de protéger la vie des personnes détenues implique*

[1408] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 109. V. MATEI M., note sous CEDH, 16 octobre 2008, 5e sect., *Renolde c/ France, req. n°* 5608/05, *Gaz. Pal.*, 12 mars 2009, n° 71, p. 42.
[1409] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 73. V. aussi CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 48 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 62 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 84 ; CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03, § 63 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 111 ; CEDH, 30 juillet 1998, *Aerts c/ Belgique*, req. n° 25357/94, § 66
[1410] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 48.
[1411] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 91-110 ; CEDH, 21 octobre 2008, *Kilavuz c/ Turquie*, req. n° 8327/03, § 89.
[1412] CEDH, 1er mars 2001, *Berktay c/ Turquie*, req. n° 22493/93, § 154.

également de leur dispenser avec diligence les soins médicaux à même de prévenir une issue fatale ». Ainsi, en cas de décès, le manque de soins médicaux appropriés peut constituer un traitement contraire à la Convention. Mais le décès d'une personne détenue n'emporte pas systématiquement violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme de la part des autorités. À cet égard, la Cour européenne a estimé dans l'arrêt *Horoz contre Turquie* du 31 mars 2009, que « *les autorités nationales ont largement satisfait à leur obligation de protéger l'intégrité physique de l'intéressé, notamment par l'administration de soins médicaux appropriés* »[1413]. Le juge européen doit alors rechercher si la personne détenue a bénéficié des soins médicaux requis par son état de santé. Et, dans l'affaire *Horoz*, la requérante n'a pas démontré que les autorités ont failli à leur obligation de mettre en œuvre les mesures nécessaires à la protection de la vie de son fils, d'autant plus que le décès de ce dernier a résulté d'une grève de la faim et que celui-ci avait refusé toute intervention médicale.

B. Une obligation limitée

218. Une obligation de moyens imposée aux États. Si les autorités étatiques ont l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie, cette obligation d'agir se heurte cependant à des limites tant en faveur des États que des personnes détenues. À cet égard, les États sont véritablement tenus à une obligation de moyens, non à une obligation de résultat. De fait, selon la Cour européenne des droits de l'homme, « *toute menace présumée contre la vie n'oblige donc pas les autorités à prendre des mesures concrètes pour en prévenir la réalisation* »[1414].

1) Des limites en faveur des États

219. Un risque d'atteinte à la vie connu et prévisible. Il ne saurait résulter de cette obligation de protéger la vie des personnes détenues « *un fardeau insupportable ou excessif* »

[1413] CEDH, 31 mars 2009, *Horoz c/ Turquie*, req. n° 1639/03, § 28.
[1414] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47. V. aussi CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 72 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 59 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 82 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 90.

pour les autorités étatiques[1415]. Pour cela, le risque d'atteinte à la vie que les États ont la charge de prévenir doit être connu et prévisible. Dans l'affaire *Yuriy Illarionovich Shchokin contre Ukraine*, la Cour européenne des droits de l'homme a souligné que les autorités étatiques auraient dû avoir connaissance du risque d'atteinte à la vie de la personne détenue suite à sa tentative d'évasion. De fait, la cour a jugé qu' « *à l'évidence les autorités de l'État ont manqué à leur obligation de protéger la vie de* [la personne détenue laquelle était placée] *sous leur contrôle et se trouvait dans une situation de particulière vulnérabilité du fait de sa détention et compte tenu du risque de représailles pesant sur* [elle] *à la suite de sa précédente évasion* »[1416].

Dans le cas spécifique du risque de suicide en prison, si la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que chez les schizophrènes, le risque est bien connu, elle n'a pas manqué d'ajouter qu'une présomption de risque n'en découle cependant pas. Ainsi, les autorités étatiques sont tenues « *d'empêcher la matérialisation d'un risque certain et immédiat pour la vie dont elles avaient ou auraient dû avoir connaissance* »[1417]. Par conséquent, pour caractériser un manquement à l'obligation de protéger la vie, il doit notamment être établi que les autorités ont su ou auraient dû savoir qu'il existait un risque réel et immédiat que la personne détenue concernée attente à sa vie[1418].

220. Une action possible et proportionnée. Loin de devoir constituer « *un fardeau insupportable ou excessif* », l'action attendue des autorités étatiques doit tenir compte des « *difficultés qu'ont les forces de l'ordre à exercer leurs fonctions dans les sociétés contemporaines* », de « *l'imprévisibilité du comportement humain* » et des « *choix opérationnels à faire en matière de priorités et de ressources* »[1419]. Cette action ne doit donc être ni impossible, ni disproportionnée. Dès lors, si la caractérisation d'un manquement à

[1415] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 38 ; CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 72 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 59 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 82 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 90.
[1416] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 38.
[1417] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 38. V. aussi CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 75 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 85 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 93.
[1418] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 76 (risque prévisible) ; CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 58 (risque non prévisible).
[1419] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 90. V. aussi CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 38 ; CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 72 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 82.

l'obligation de protéger la vie implique que le risque d'atteinte à la vie ait été connu et prévisible, il faut également démontrer que « *les autorités ont omis de prendre, dans le cadre de leurs pouvoirs, les mesures qui, d'un point de vue raisonnable, auraient sans doute paré ce risque* »[1420]. Pour cela, la Cour européenne des droits de l'homme a clairement rappelé, dans son arrêt *Sellal contre France* du 8 octobre 2015, qu' « *il faut et il suffit que le requérant démontre que les autorités n'ont pas fait tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'elles dans les circonstances de la cause pour empêcher la matérialisation d'un risque certain et immédiat pour la vie dont elles avaient ou auraient dû avoir connaissance* »[1421]. Le juge européen doit par conséquent rechercher si les autorités étatiques ont fait tout ce que l'on pouvait attendre raisonnablement d'elles pour prévenir tout risque réel et immédiat d'atteinte à la vie d'une personne détenue, risque qu'elles connaissaient ou dont elles auraient dû avoir connaissance. À cet égard, la Cour européenne des droits de l'homme avait jugé dans l'arrêt *Keenan contre Royaume-Uni* du 3 avril 2001, que « *dans l'ensemble, les autorités ont réagi de manière raisonnable face au comportement de* [la personne détenue] *en* [la] *plaçant à l'hôpital et sous surveillance lorsqu'*[elle] *faisait preuve de tendances suicidaires* »[1422]. Dès lors, dans cette affaire, les mesures nécessaires pour parer au risque, connu et prévisible, de tentative de suicide de la personne détenue ont été raisonnablement mises en place par les autorités. *A contrario*, dans d'autres affaires, la Cour a pu constater la violation de l'obligation de protéger la vie des personnes détenues.

En dépit d'une non-violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme sous son volet substantiel, il convient toutefois de préciser que la responsabilité de l'État reste engagée sur le fondement de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme si les autorités étatiques refusent de mener une enquête effective sur les circonstances de la mort de la personne détenue[1423].

2) Des limites en faveur des personnes détenues

221. Des mesures compatibles avec les droits et libertés : article 8 de la Convention. Si les autorités nationales doivent s'assurer de la protection de la vie des personnes détenues

[1420] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 38. V. aussi CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 75 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 85 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 93.
[1421] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13, § 47. V. aussi CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 38.
[1422] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 99.
[1423] CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99. Cf. *infra* n° 273 s.

en adoptant des mesures nécessaires, elles doivent cependant veiller à ce que ces mesures soient compatibles avec les droits et libertés de ces personnes. La Cour européenne des droits de l'homme a rappelé, dans son arrêt *Ketreb contre France* du 19 juillet 2012, que « *les autorités pénitentiaires doivent s'acquitter de leurs tâches de manière compatible avec les droits et libertés de l'individu concerné* »[1424]. Le juge européen doit par conséquent rechercher si les autorités étatiques ont rempli leur obligation positive de protéger la vie des personnes détenues sans entraver le respect de leurs autres droits et libertés. À cet égard, la Cour européenne des droits de l'homme avait alors précisé, dans l'arrêt *Keenan contre Royaume-Uni* du 3 avril 2001, que « *des mesures et précautions générales peuvent être prises afin de diminuer les risques d'automutilation sans empiéter sur l'autonomie individuelle* »[1425]. Or, en cherchant à s'acquitter de cette obligation positive de protéger la vie des personnes détenues, les autorités nationales peuvent rapidement se heurter au principe d'autonomie personnelle. Dans l'affaire *Keenan*, le gouvernement britannique avait d'ailleurs « *fait valoir que, bien que l'article 2 puisse dans certaines conditions entraîner l'obligation positive de protéger la vie d'une personne contre les atteintes de tiers, il en va tout autrement lorsque le risque émane de la personne elle-même. Demander à l'État de protéger une personne d'elle-même serait en contradiction avec les principes de dignité individuelle et d'autonomie sous-tendant la Convention* »[1426]. Par son arrêt *Pretty contre Royaume-Uni* du 29 avril 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a consacré cette notion d'autonomie personnelle en énonçant que « *les mesures qui peuvent raisonnablement être prises pour protéger un détenu contre lui-même sont soumises aux restrictions imposées par les autres clauses de la Convention, tels les articles 5 et 8, de même que par les principes plus généraux de l'autonomie personnelle* »[1427]. Selon le Professeur Muriel Fabre Magnan, « *la Cour européenne des droits de l'homme protège, sur le fondement du droit au respect de la vie privée, un principe d'autonomie personnelle selon lequel chacun peut mener sa vie comme il l'entend, y compris en se mettant physiquement ou moralement en danger* » et « *s'il est vrai que le droit doit s'abstenir dans le rapport de soi à soi, il ne faut pas alors lui demander de*

[1424] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 73. V. aussi CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 61 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 83 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 93.

[1425] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 73. V. aussi CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 61 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 83 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 93.

[1426] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 87.

[1427] CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, req. n° 2346/02, § 41. Sur le concept d'autonomie personnelle : HURPY H., *Fonction de l'autonomie personnelle et protection des droits de la personne humaine dans les jurisprudences constitutionnelles et européennes*, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit de la convention européenne des droits de l'homme », 2015.

cautionner les atteintes à soi-même »[1428]. Eu égard à ce principe d'autonomie personnelle consacré par la Cour européenne, les personnes détenues doivent pouvoir librement disposer de leur corps et mettre librement leur propre vie en danger (mutilations, grève de la faim ou même suicide)[1429]. Toutefois, le respect de l'autonomie personnelle n'empêche pas que des mesures raisonnables soient prises par les autorités étatiques pour prévenir toute atteinte que les personnes détenues pourraient commettre contre leur propre vie. Mais dans quelle proportion les autorités peuvent-elles alors agir ? Dans quelle mesure doivent-elles se soumettre au principe de l'autonomie personnelle ? Si le juge européen cherche à concilier les exigences des articles 2 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, il n'apporte cependant aucune réponse à ces questions. Le juge se contente de préciser aux États qu'ils ne peuvent parvenir à cette conciliation « *qu'au terme d'un examen des circonstances particulières de l'espèce* »[1430]. Comme l'a rappelé l'arrêt *Ketreb contre France* du 19 juillet 2012, « *la Cour a déjà indiqué, dans l'affaire Keenan précitée, qu'elle avait notamment tenu compte, pour conclure à l'absence de violation de l'article 2 de la Convention, de ce que les autorités avaient réagi de façon raisonnable face au comportement de Mark Keenan en le plaçant à l'hôpital et sous surveillance lorsqu'il faisait preuve de tendances suicidaires* »[1431]. En somme, dans cette affaire, les autorités nationales se sont acquittées de manière raisonnable de leur obligation positive de protéger la vie de la personne détenue concernée.

Derrière le respect de l'autonomie personnelle, consacré en vertu de l'article 8 de la Convention, se cache le respect du consentement libre et éclairé du patient à l'acte médical, déterminant fondamental de l'autonomie même de tout patient. En matière de santé, la personne détenue doit alors pouvoir prendre, par un consentement libre et éclairé, les décisions touchant à sa personne et ce, même si sa vie est en danger[1432]. Aussi, si la personne détenue a le droit de consentir aux soins de santé, elle peut tout autant refuser d'en recevoir. À l'occasion de l'affaire *Lambert et autres contre France* du 5 juin 2015, la Cour européenne a rappelé que « *le principe du consentement aux soins médicaux* [est] *l'un des aspects du droit au respect de la vie privée* »[1433].

[1428] FABRE MAGNAN M., « Le domaine de l'autonomie personnelle », *Dalloz actualité*, 11 janvier 2008.
[1429] Le respect de l'autonomie personnelle est d'autant plus important que les atteintes au corps, voire à la vie, que la personne détenue s'inflige à elle-même, peuvent être perçues par cette personne soit comme un moyen de mettre fin à une souffrance, soit comme un moyen d'opposition, de contestation.
[1430] CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, req. n° 2346/02, § 41.
[1431] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 97 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 99.
[1432] Cf. *supra* n° 86.
[1433] CEDH, 5 juin 2015, *Lambert et autres c/ France*, req. n° 46043/14, § 74.

Si l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme garantit à toute personne le droit au respect de la vie privée, il proclame aussi le droit au respect de la correspondance. Par son arrêt *Szuluk contre Royaume-Uni* du 2 juin 2009, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé l'importance du respect du droit à la correspondance et en particulier de la correspondance médicale des personnes détenues[1434]. Dans cette affaire, la Cour a observé qu'il y a eu une ingérence de l'autorité pénitentiaire dans l'exercice par la personne détenue du droit au respect de la correspondance. Si le gouvernement britannique a admis que le contrôle de la correspondance du requérant avec un médecin spécialiste, extérieur à l'établissement pénitentiaire, a constitué une ingérence dans le droit de la personne détenue au respect de la correspondance[1435], il a toutefois considéré que cette mesure était, conformément au paragraphe 2 de l'article 8 de la Convention, nécessaire et proportionnée[1436]. Le juge européen a alors affirmé qu'en vertu des normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), « *le secret médical doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre* »[1437]. Dès lors, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que « *la surveillance de la correspondance médicale du requérant, bien qu'elle ait été limitée au médecin de la prison, n'a pas respecté un juste équilibre avec le droit de l'intéressé au respect de sa correspondance* », en raison notamment du risque d'atteinte au secret des informations portées à la connaissance du professionnel de santé[1438].

222. Des mesures compatibles avec les droits et libertés : article 3 de la Convention. Si, dans le cadre de la protection de la vie des personnes détenues contre leurs propres agissements, les États doivent parvenir à trouver un équilibre entre la garantie des exigences de l'article 2 et celles de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, il faut également, dans le cas spécifique de la grève de la faim, que le recours à l'alimentation forcée opéré par les autorités nationales ne constitue pas un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention. Pour cela, la Cour européenne des droits de l'homme a notamment précisé que la décision d'alimenter par la force une personne détenue en grève de la faim doit être médicalement requise et ne pas dépasser un certain seuil de gravité[1439].

[1434] CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/ Royaume-Uni*, req. n° 36936/05.
[1435] *Ibidem*, § 39.
[1436] *Ibid.*, § 40.
[1437] *Ibid.*, § 35.
[1438] *Ibid.*,§ 54.
[1439] Cf. *infra* n° 237.

En dépit de cette obligation positive de protéger la vie des personnes détenues mise à la charge des États, le juge européen n'a pas manqué de relever des hypothèses de manquement à ces obligations. Ces hypothèses seront analysées dans les prochains développements.

§2. La violation du devoir primordial d'assurer le droit à la vie

223. Une inertie des autorités nationales. Tout manquement au devoir primordial d'assurer le droit à la vie est constitutif d'une violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. L'inertie des autorités nationales en matière de protection de la vie peut alors se traduire par une atteinte directe ou indirecte à la vie des personnes détenues. Et, comme il a été précédemment précisé, le risque d'atteinte à la vie des personnes détenues, particulièrement important chez les personnes atteintes de troubles mentaux, résulte principalement du passage à l'acte suicidaire[1440]. La prévention des suicides a alors une résonnance fondamentale dans la prise en charge de la santé des personnes détenues. Les autorités nationales doivent ainsi écarter tout risque d'atteinte à la santé des personnes détenues en mettant en place des mesures effectives pour éviter que ces personnes puissent mettre leur propre vie en danger. Or, l'analyse qui va suivre de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme démontre les défaillances relevées dans la prévention de suicides[1441]. En outre, afin de tenter d'apporter davantage d'éclaircissements sur la protection des personnes détenues qui mettent leur propre vie en danger, il conviendra également d'analyser dans les prochains développements la gestion des grèves de la faim ainsi que la réponse apportée par les États membres aux demandes d'euthanasie formulées par les personnes détenues. L'analyse jurisprudentielle qui va suivre est cependant loin d'être exhaustive mais elle permet d'identifier les principales hypothèses de violation de l'obligation de protection de la vie[1442].

[1440] Cf. *supra* n° 126.

[1441] Cette analyse jurisprudentielle est loin d'être exhaustive.

[1442] La Cour européenne des droits de l'homme a pu constater une violation de l'obligation de protéger la vie dans d'autres hypothèses, et ce par exemple dans une affaire où une personne détenue contaminée par le VIH n'avait pas reçu les soins requis par son état de santé (CEDH, 11 février 2016, *Karpylenko c/ Ukraine*, req. n° 15509/12) ou dans une affaire où une personne détenue souffrant d'un ulcère à l'estomac n'avait pas bénéficié d'un dépistage d'une bactérie (Helicobacter pylori) et d'autres soins appropriés à son état de santé (CEDH, 22 mars 2016, *Kolesnikovich c/ Russie*, req. n° 44694/13).

A. Des défaillances dans la prévention du suicide

224. Des facteurs contribuant à aggraver le risque suicidaire. L'arrêt *Keenan contre Royaume-Uni* rendu, le 3 avril 2001, par la Cour européenne des droits de l'homme a amorcé une jurisprudence en matière de responsabilité étatique suite au passage à l'acte suicidaire de personnes détenues[1443]. Dans cette affaire, la requérante alléguait que son fils s'était suicidé en prison, faute pour les autorités pénitentiaires d'avoir protégé sa vie. Mais la Cour a jugé à l'unanimité qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme dans la mesure où les autorités nationales avaient réagi de manière raisonnable au comportement de l'intéressé, en le plaçant à l'hôpital carcéral et sous surveillance lorsqu'il manifestait des tendances suicidaires. Depuis cette affaire, la Cour européenne des droits de l'homme a en revanche pu constater un certain nombre de manquements, de défaillances dans la prévention de suicides lui permettant de conclure à une violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

1) Une prise en charge médicale inadaptée

225. Une absence de soins médicaux adéquats. Les personnes détenues doivent bénéficier de soins médicaux appropriés à leur état de santé, en particulier les personnes atteintes de troubles mentaux en raison du risque important de passage à l'acte suicidaire. Par son arrêt *Coselav contre Turquie* du 9 octobre 2012, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné les autorités turques, au titre de l'article 2 de la Convention, pour manquement au devoir primordial d'assurer la vie. Dans cette affaire, la personne détenue souffrait de graves troubles mentaux. La Cour a relevé l'indifférence des autorités vis-à-vis de ces troubles ainsi que leur responsabilité dans la dégradation de la santé mentale de la personne détenue[1444]. Cette personne détenue mineure a non seulement été placée en détention avec des adultes mais elle a également été privée, en dépit de ses demandes répétées, de consultation médicale avec un spécialiste. Selon la Cour, les précédentes tentatives de suicide de la personne détenue auraient dû inciter les autorités à lui fournir l'aide psychologique dont elle avait manifestement besoin pour soulager ses troubles[1445]. Et le fait que, après chaque tentative de suicide, la personne détenue ait été examinée à l'hôpital n'a pas été jugé suffisant pour déduire

[1443] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95.
[1444] CEDH, 9 octobre 2012, *Coselav c/ Turquie*, req. n° 1413/07, § 58-70.
[1445] *Ibid.*,§ 64.

que des soins médicaux adéquats lui avaient été administrés[1446]. La juridiction européenne a par conséquent jugé que l'inertie des autorités avait favorisé le passage à l'acte suicidaire de la personne détenue[1447].

Il convient de préciser que la grande fragilité mentale d'une personne détenue, même en l'absence de tentatives de suicides, doit alerter les États parties. Dans l'affaire *De Donder et De Clippel*, la Cour européenne des droits de l'homme a, après avoir confirmé que la vulnérabilité des personnes détenues s'exprime au regard du suicide, condamné l'État pour avoir traité une personne détenue « *sans grande considération de sa pathologie mentale* »[1448]. En dépit de la gravité de la maladie mentale (schizophrénie paranoïde) dont elle souffrait, la personne détenue n'a pas été présentée à un psychiatre dès le début de son incarcération et a été placée « *dans une cellule collective avec trois autres personnes, nonobstant la schizophrénie paranoïde dont* [elle] *souffrait et qui* [la] *rendait inapte à partager un espace confiné et exigu* »[1449]. C'est uniquement à l'occasion de son placement à l'isolement que la personne détenue a pu rencontrer un psychiatre. Mais, là encore, aucune considération n'a été faite à sa grande fragilité mentale, il n'a pas été porté à la connaissance du psychiatre que cette personne était « *un interné dont l'état de santé mentale requérait une attention spécifique* »[1450].

Outre les défaillances relevées dans la prise en charge médicale des personnes détenues présentant une santé mentale très dégradée, l'opportunité du placement de ces personnes dans des établissements psychiatriques a été à plusieurs reprises relevée par la Cour européenne des droits de l'homme. Cette opportunité, non discutée par les États parties dans certaines affaires, a ainsi conduit le juge européen a confirmer le constat d'une violation de l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie[1451]. Faute pour les autorités d'ordonner le placement de la personne détenue dans un établissement psychiatrique, elles doivent à tout le moins lui assurer des soins médicaux correspondant à la gravité de son état[1452].

[1446] *Ibid.*,§ 65.
[1447] *Ibid.*, § 58.
[1448] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 83.
[1449] *Ibid.*
[1450] *Ibid.*
[1451] *Ibid.*; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 72 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 97.
[1452] CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 72 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 99.

226. Un défaut de surveillance de la prise du traitement médical. L'administration de soins médicaux adaptés à l'état de santé de la personne détenue ne saurait exclure toute violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. L'exécution de l'obligation positive de protection de la vie ne peut s'exprimer uniquement au travers de la mise en œuvre d'un traitement médical adéquat. À cet égard, le juge européen a précisé que les États parties doivent s'assurer que le traitement médical soit correctement administré et suivi par les personnes détenues souffrant de troubles mentaux[1453]. Dans l'affaire *Renolde contre France,* les autorités nationales ont manqué à cette obligation. La Cour européenne des droits de l'homme a en effet relevé, eu égard aux expertises toxicologiques, que la personne détenue souffrant de troubles mentaux n'avait pas pris son traitement médical depuis deux à trois jours avant son suicide[1454]. Selon la Cour, il aurait été utile et nécessaire que le traitement soit délivré chaque jour, et non deux fois par semaine, mais aussi qu'une surveillance de la prise quotidienne du traitement par la personne détenue soit mise en place[1455]. Dans cette affaire, la non-absorption du traitement a ainsi pu contribuer à l'acte suicidaire, ce qui justifie que le juge européen accorde une particulière attention aux modalités d'administration du traitement médical[1456].

Et si le juge européen a pu relever qu'une mauvaise prise du traitement médical peut pousser la personne détenue au suicide, il a aussi constaté que l'absorption médicamenteuse peut être un moyen de suicide. Il ressort de l'arrêt *Jasinska contre Pologne* que le suicide de la personne détenue a résulté d'une absorption de médicaments en quantité importante et de l'interaction de deux substances médicamenteuses[1457]. Il n'y a nul doute pour la Cour européenne des droits de l'homme, « *c'est une défaillance claire du système qui a permis à un détenu purgeant sa première peine de prison, fragile mentalement et dont l'état de santé se dégradait, de collecter à l'insu du personnel médical chargé de surveiller la prise de son traitement, une dose mortelle de médicaments psychotropes pour passer à l'acte* »[1458]. Aussi, afin de satisfaire à l'obligation positive de protection de la vie, les autorités nationales ne doivent pas se contenter d'administrer des soins médicaux adaptés à l'état de santé de la personne détenue, elles doivent indéniablement veiller à ce que cette personne absorbe

[1453] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 100 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 78.
[1454] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 100. V. MATEI M., note sous CEDH, 16 octobre 2008, 5e sect., *Renolde c/ France, req. n*° 5608/05, *Gaz. Pal.*, 12 mars 2009, n° 71, p. 42.
[1455] *Ibidem*, § 101.
[1456] *Ibid.*, § 100 ; CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 72.
[1457] CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, req. n° 28326/05, § 76.
[1458] *Ibidem*, § 77.

correctement le traitement médical prescrit. Si, dans l'affaire *Renolde contre France*, le juge européen a pu douter de « *l'opportunité de laisser à un détenu souffrant de troubles psychotiques avérés le soin de gérer lui-même quotidiennement son traitement sans aucune surveillance* », il a depuis une position claire. Toute personne détenue atteinte de troubles mentaux, à laquelle un traitement médical est prescrit, doit faire l'objet d'une surveillance spéciale et ce, afin de vérifier que ce traitement soit correctement absorbé par la personne[1459].

227. Une défaillance du dispositif de collaboration entre les services pénitentiaires et médicaux. Une parfaite collaboration entre les services pénitentiaires et les services médicaux est un gage d'effectivité de la prévention des suicides des personnes détenues. Par son arrêt *Ketreb contre France* du 19 juillet 2012, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que « *les difficultés, voire l'absence, de communication et de coordination entre le personnel pénitentiaire et les différents services médicaux appelés à intervenir auprès des détenus au sein de la maison d'arrêt – tels que l'UCSA et le SMPR – relèvent de la responsabilité des autorités internes* »[1460]. À l'occasion de l'affaire *Isenc contre France*, le juge européen n'a pas manqué de rappeler cette précision[1461]. La personne détenue, « détenu primaire », s'est suicidée après douze jours d'incarcération. La Cour a relevé que le risque de passage à l'acte suicidaire était particulièrement avéré, eu égard notamment aux antécédents suicidaires de la personne détenue ainsi qu'à sa déclaration spontanée de personne suicidaire. À cet égard, le juge européen a estimé qu'un contrôle médical de la personne détenue lors de son admission constituait une « *mesure de précaution minimale* »[1462], d'autant plus que la personne détenue souffrait d'une addiction à l'alcool. Mais qu'en est-il, en l'espèce, de la réalité de cet examen ? Contrairement aux prétentions des autorités françaises, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté qu'il n'est pas démontré que la personne détenue ait bénéficié d'un examen médical[1463]. Les autorités internes ont évoqué que la personne détenue avait été reçue par le service médico-psychologique régional (SMPR) et l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Néanmoins, « *la nature du suivi médical étant couverte par le secret médical* »[1464], ces autorités ont précisé que l'administration pénitentiaire n'en a pas connaissance. Deux questions étaient alors soulevées dans cette affaire, l'une portant sur la réalité d'une consultation médicale et l'autre sur la nature du suivi médical. En l'absence de

[1459] *Ibid.*, § 104.
[1460] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 82.
[1461] *Ibidem*, § 46.
[1462] *Ibid.*, § 45.
[1463] *Ibid.*, § 45.
[1464] *Ibid.*, § 35.

toute preuve d'un rendez-vous avec le service médical de la prison dans le dossier de la personne détenue dont la production, dans les circonstances de l'espèce, semble difficilement assimilable à une transgression du secret médical telle qu'elle est invoquée par les autorités nationales, la Cour a jugé que les autorités ont manqué à leur obligation positive de protéger le droit à la vie de la personne détenue[1465].

2) Des conditions matérielles de détention favorisant le passage à l'acte

228. Une négligence en matière de précautions minimales inhérentes à la vie carcérale. Par son arrêt *Kilavuz contre Turquie* du 21 octobre 2008, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que « *toute privation de liberté peut entraîner, de par sa nature, des bouleversements psychiques chez les personnes détenues et, par conséquent, des risques de suicide ; ces personnes sont fragiles et vulnérables ; aussi, les législations nationales imposent aux autorités pénitentiaires un devoir de vigilance à leur égard et prévoient des mesures concrètes afin d'éviter que la vie des détenus ne soit inutilement mise en danger* »[1466]. Or, la Cour a pu constater la « *négligence* [de certains États parties] *en matière de précautions minimales inhérentes à la vie carcérale* ». Cette négligence a pu résulter du placement de la personne détenue seule en cellule, sans aucune surveillance adéquate et ce, malgré un risque suicidaire avéré[1467]. L'absence de confiscation de certains objets a également pu traduire une négligence manifeste de la part des autorités facilitant le passage à l'acte suicidaire. Le juge européen a ainsi pu relever que les personnes détenues avaient pu passer à l'acte suicidaire en se pendant à l'aide de leur ceinture[1468] ou celle d'un codétenu[1469] ou encore avec un drap[1470] ou une corde fabriquée avec un drap[1471].

Si la mise en place d'une mesure de surveillance est nécessaire pour prévenir le passage à l'acte suicidaire d'une personne détenue, les moyens mis en œuvre pour assurer

[1465] *Ibid.*, § 46.
[1466] CEDH, 21 octobre 2008, *Kilavuz c/ Turquie*, req. n° 8327/03, § 89.
[1467] CEDH, 9 octobre 2012, *Coselav c/ Turquie*, req. n° 1413/07, § 67-68
[1468] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09 ; CEDH, 21 octobre 2008, *Kilavuz c/ Turquie*, req. n° 8327/03.
[1469] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06.
[1470] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13 ; CEDH, 9 octobre 2012, *Coselav c/ Turquie*, req. n° 1413/07 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05.
[1471] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, req. n° 32432/13 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95. Dans le cadre de suicides en garde à vue : CEDH, 18 octobre 2005, *Akdoğdu c/ Turquie*, req. n° 4674/99 (avec une corde fabriquée à partir de la lisière décousue d'une couverture) ; CEDH, 7 janvier 2003, *Younger c/ Royaume-Uni* req. n° 57420/00 (à l'aide de lacets de chaussures) ; CEDH, 16 novembre 2000, *Tanribilir c/ Turquie* req. n° 21422/93 (avec une corde fabriquée avec les manches d'une chemise).

cette surveillance doivent être effectifs. Dans l'affaire *Isenc contre France*, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté que les autorités internes avaient programmé des rondes renforcées et placé la personne détenue dans une cellule avec deux codétenus[1472]. Or, au moment du passage à l'acte suicidaire, ces codétenus étaient tous deux absents de la cellule. Ainsi, la Cour a reconnu l'opportunité de la mesure de surveillance prise par les autorités mais a jugé que cette mesure était insuffisante pour conclure que l'État a respecté son obligation positive de protéger la vie de la personne détenue[1473].

229. Des sanctions disciplinaires incompatibles avec l'état de santé mentale. La mise en place d'une surveillance adéquate est d'autant plus nécessaire lorsqu'une personne détenue atteinte de troubles mentaux fait l'objet d'une sanction disciplinaire. Par son arrêt *Keenan contre Royaume-Uni*, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que les États parties doivent tenir compte des circonstances de l'affaire pour savoir s'il faut prendre des mesures plus strictes à l'égard d'une personne détenue et s'il est raisonnable de les appliquer[1474]. Mais toute sanction disciplinaire prononcée à l'encontre d'une personne détenue doit être compatible avec son état de santé mentale. À défaut, elle constitue un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1475]. Et dans les cas où le prononcé d'une sanction disciplinaire ne peut pas être évité, la durée de cette sanction doit être réduite au minimum et l'exécution de cette sanction doit être assortie d'une surveillance renforcée afin que la vie de la personne détenue souffrant de troubles mentaux ne soit pas mise en danger. Si la Cour a confirmé que la vulnérabilité des malades mentaux appelle une protection particulière, elle a notamment précisé qu' « *il en va d'autant plus ainsi lorsqu'un détenu souffrant de troubles graves est placé* […] *en isolement ou cellule disciplinaire pour une longue durée, ce qui ne peut manquer d'avoir des répercussions sur son état psychique, et qu'il a déjà effectivement tenté de mettre fin à ses jours peu de temps auparavant* »[1476]. Un placement à l'isolement ou en cellule disciplinaire

[1472] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, req. n° 58828/13, § 44.
[1473] *Ibidem*.
[1474] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 92.
[1475] Cf. *infra* n° 232 s.
[1476] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 109. V. MATEI M., note sous CEDH, 16 octobre 2008, 5e sect., *Renolde c/ France, req. n°* 5608/05, *Gaz. Pal.*, 12 mars 2009, n° 71, p. 42.

peut en effet contribuer au passage à l'acte suicidaire[1477]. Les autorités nationales se doivent ainsi de parer ce risque. Dans l'affaire *Renolde contre France*, la personne détenue avait été placée en cellule disciplinaire pendant quarante-cinq jours. À cette occasion, la Cour européenne des droits de l'homme a observé que « *le placement en cellule disciplinaire isole le détenu, en le privant de visites et de toute activité, ce qui est de nature à aggraver le risque de suicide lorsqu'il existe* »[1478]. Dans l'affaire *Ketreb contre France*, la personne détenue a également subi une sanction disciplinaire inadaptée à son état de santé mentale[1479]. Et les autorités ont là encore manqué à leur obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie, non seulement en ne mettant pas en place une surveillance appropriée à son état de santé mais aussi en omettant d'organiser une fouille de sa cellule[1480]. Or, cette fouille aurait pu éviter que la personne détenue ne reste en possession de la ceinture avec laquelle elle s'est pendue[1481].

B. Des cas particuliers : grève de la faim et demande d'euthanasie

230. Le refus de libérer en cas de grève de la faim prolongée. La grève de la faim se manifeste par un refus prolongé de s'alimenter pouvant aller jusqu'à la mort. Elle consiste, pour l'individu qui s'y contraint, en un moyen non-violent de protestation ou de revendication. Afin de faire valoir leurs droits ou contester une situation particulière, certaines personnes détenues décident d'entamer une grève de la faim. Dans l'affaire *Horoz contre Turquie*, la requérante a tenu, au titre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, les autorités judiciaires pour responsables du décès de son fils alléguant que le refus de le libérer avait été à l'origine de son décès. À cette occasion, le juge européen a rappelé que « *la Convention n'implique aucune obligation de libérer un détenu pour raison de santé* »[1482]. La compatibilité de l'état de santé avec la détention est cependant examinée au

[1477] Au 1er janvier 2009, « *sur les 109 suicides survenus en détention, 71% se sont produits dans la cellule ; 11% au quartier disciplinaire (17% en 2007) ; 6% au quartier arrivant (12% en 2007) ; 5% au quartier d'isolement ; 4% au SMPR (4% en 2007). Pour les tentatives de suicide, les proportions restent semblables en 2007 comme en 2008 : 73% en cellule ; 19% en quartier disciplinaire ; 1% en quartier d'isolement ; 2% au SMPR* ». V. ALBRAND L. [dir.], *La prévention du suicide en milieu carcéral*, Rapport au garde des Sceaux, janvier 2009, p. 33 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rap_albrand_2009.pdf
[1478] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 107. V. aussi CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 83.
[1479] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09.
[1480] *Ibidem*, § 95.
[1481] Cf. *supra* n° 231.
[1482] CEDH, 31 mars 2009, *Horoz c/ Turquie*, req. n° 1639/03, § 22. V. aussi CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 40.

titre de l'article 3 de la Convention[1483]. Or, la requérante ne se plaignait ni des conditions de détention de son fils ni d'une insuffisance des soins médicaux. Elle se bornait à invoquer uniquement l'absence de libération pour raison de santé. Mais la Cour européenne des droits de l'homme « *ne peut substituer son point de vue à celui des juridictions internes, encore moins quand, comme en l'occurrence, les autorités nationales ont largement satisfait à leur obligation de protéger l'intégrité physique de l'intéressé, notamment par l'administration de soins médicaux appropriés* »[1484]. Et, dans cette affaire, aucun élément n'est venu étayer le fait que la personne détenue a été privée de certains soins médicaux qu'elle aurait pu recevoir en liberté[1485], d'autant plus que la personne détenue s'était opposée, peu avant son décès, à toute intervention médicale. La Cour n'a donc pas pu établir un lien de causalité entre le refus de libération et le décès. Dans le cas où les personnes détenues mettent leur propre vie en danger en entamant une grève de la faim, le juge européen a précisément rappelé que « *des faits suscités par des actes de pression de cette sorte envers les autorités ne pouvaient entraîner une violation de la Convention, dans la mesure où ces autorités auraient dûment examiné et géré la situation* »[1486]. Aussi, le juge européen a considéré, dans l'affaire *Horoz contre Turquie,* que la grève de la faim de la personne détenue consistait en un acte de pression puisqu'elle visait à protester contre l'instauration des prisons dites de type F, prévoyant des unités de vies d'une à trois personnes au lieu de dortoir. À cet égard, dans la mesure où les autorités nationales n'ont pas manqué à leur obligation positive de protection de la vie, notamment en administrant à la personne détenue des soins médicaux adaptés, son décès survenu à la suite de la grève de la faim ne saurait constituer une violation de l'article 2 de la Convention.

Par son arrêt *Rappaz contre Suisse* du 26 mars 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a de nouveau rappelé que « *lorsqu'elle examine s'il existe un lien de causalité entre le décès d'un détenu en grève de la faim et le refus des autorités de le libérer, elle regarde si, en milieu carcéral, l'intéressé a été privé des soins médicaux dont il aurait pu bénéficier en liberté* »[1487]. La Cour a constaté, comme dans l'affaire *Horoz contre Turquie,* non seulement que rien n'indiquait que la personne détenue ait été privée de soins dont elle aurait pu bénéficier en milieu libre mais aussi que cette personne avait refusé tout traitement et s'était

[1483] CEDH, 31 mars 2009, *Horoz c/ Turquie*, req. n° 1639/03, § 22. Cf. *infra* n° 232 s.
[1484] *Ibidem*, § 22.
[1485] *Ibid*., § 29.
[1486] *Ibid*., § 30.
[1487] CEDH, 26 mars 2013, *Rappaz c/ Suisse*, req. n° 73175/10, § 51.

obstinée à poursuivre la grève de la faim en dépit de la sérieuse dégradation de son état de santé[1488]. Cette grève de la faim a d'ailleurs été considérée comme un acte de pression afin d'obtenir un changement de la législation sur les stupéfiants ainsi qu'une réduction de sa peine de prison[1489]. Les autorités n'ont alors pas pu se voir reprocher par la Cour de ne pas avoir, conformément à l'article 2 de la Convention, fait tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'elles pour empêcher la matérialisation d'un risque certain et immédiat pour la vie de la personne détenue.

La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme témoigne ainsi, en ce qui concerne les décès survenus à la suite d'une grève de la faim prolongée, d'une volonté de ne pas imposer aux autorités « *un fardeau insupportable ou excessif* ». Un refus de libérer une personne détenue en grève de la faim prolongée ne serait alors constitutif d'une violation de la Convention européenne des droits de l'homme que dans le cas où la personne détenue aurait été privée des soins médicaux dont elle aurait pu bénéficier en milieu libre, à condition toutefois que cette privation ne résulte pas de son propre fait[1490].

231. Le rejet d'une demande d'euthanasie. Le terme euthanasie signifie « *littéralement "bonne mort", celle qui délivre de souffrances intolérables* »[1491]. L'euthanasie désigne le « *fait pour un tiers compatissant de procurer la mort à une personne atteinte d'une maladie très douloureuse et incurable* »[1492]. En droit pénal français, l'euthanasie est assimilée à un homicide involontaire défini par l'article 221-6 du Code pénal comme « *le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement* ». La question de la légalisation de l'euthanasie a soulevé de nombreux débats dans les États parties. Par l'adoption de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, la Belgique a dépénalisé l'euthanasie active définie comme « *l'acte,*

[1488] *Ibidem*, § 53.
[1489] *Ibid.*, § 52.
[1490] Pour aller plus loin : CASILE-HUGUES G., *La grève de la faim en milieu carcéral : à travers le cas de la Maison d'arrêt des Baumettes de 1975 à 1983*, Aix-en-Provence, Presses de l'Université D'Aix-Marseille, 1994.
[1491] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Euthanasie.
[1492] *Ibidem.*

pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »[1493].

La question de l'euthanasie d'une personne détenue en raison des souffrances psychologiques provoquées par la privation de liberté a particulièrement bouleversé l'actualité médiatique en Belgique, entre 2014 et 2015, avec l'affaire Franck Van Den Bleeken. Si Franck Van Den Bleeken a commis plusieurs viols et un meurtre, il n'a pas pour autant été condamné par les autorités judiciaires belges. Il a en effet été jugé irresponsable de ses actes et soumis à une mesure de défense sociale. Instituée par la loi du 9 avril 1930 dite de défense sociale des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels, cette mesure doit en principe être exécutée dans un établissement de défense sociale[1494]. Or, Franck Van Den Bleeken est interné depuis près de trente ans dans les établissements pénitentiaires belges. En raison des souffrances psychologiques éprouvées, cet « interné détenu » a saisi les juridictions belges pour demander à être euthanasié[1495]. Il avait obtenu un accord pour être euthanasié, le 11 janvier 2015, au complexe pénitentiaire de Bruges. Mais avant cette date, l'euthanasie a été annulée et une solution provisoire a été trouvée, il devrait être transféré au Centre fédéral de psychiatrie légale de Gand. Seize autres personnes détenues ont par la suite formulé cette demande d'euthanasie qui a été rejetée au motif que leur souffrance psychologique est due à la privation de liberté et non à une maladie douloureuse et incurable[1496].

[1493] SNACKEN S., DEVYNCK C., DISTELMANS W., GUTWIRTH S., LEMMENS C., « Demandes d'euthanasie dans les prisons belges. Entre souffrance psychique, dignité humaine et peine de mort », *Criminologie* 2015, vol. 48, n° 1, p. 102-106.

[1494] Pour aller plus loin : CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., *Soigner ou punir ?, Regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2010 ; SERON V., « Quelques considérations relatives aux conditions de détention au sein des annexes psychiatriques des prisons et dans les établissements de défense sociale », note sous Civ. Namur (réf.), 14 juillet 2004, *RDPC* 2005, p. 962.

[1495] En France, dans une lettre datée du 16 janvier 2006 et publiée dans le journal *Le Monde* le 25 janvier 2006, dix personnes détenues de la maison centrale de Clairvaux (Aube) ont réclamé le rétablissement de la peine de mort en raison de la souffrance psychique qu'ils endurent en exécutant de longues peines d'emprisonnement. « *Assez d'hypocrisie ! Dès lors qu'on nous voue en réalité à une perpétuité réelle, sans aucune perspective effective de libération à l'issue de notre peine de sûreté, nous préférons encore en finir une bonne fois pour toutes que de nous voir crever à petit feu* ». V. SNACKEN S., DEVYNCK C., DISTELMANS W., GUTWIRTH S., LEMMENS C., « Demandes d'euthanasie dans les prisons belges. Entre souffrance psychique, dignité humaine et peine de mort », *Criminologie* 2015, vol. 48, n° 1, p. 112-113.

[1496] Sur les dix-sept demandes qui ont été formulées, onze ont émané d'internés détenus depuis de nombreuses années dans les prisons belges, et six de détenus condamnés à de longues ou très longues peines. V. SNACKEN S., DEVYNCK C., DISTELMANS W., GUTWIRTH S., LEMMENS C., « Demandes d'euthanasie dans les prisons belges. Entre souffrance psychique, dignité humaine et peine de mort », *op. cit.*, p. 106-117.

Il semblerait que la Cour européenne des droits de l'homme n'ait pas encore été saisie de la question de l'euthanasie des personnes détenues en raison des souffrances psychologiques causées par la privation de liberté. Mais, par son arrêt *Pretty contre Royaume-Uni*, la Cour s'est clairement prononcée sur la question du suicide assisté et a donc estimé qu' « *il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique* »[1497]. Il ne saurait résulter du droit à la vie un droit à la mort. À la question de savoir si le refus d'autoriser une personne à être euthanasiée est constitutif d'une violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, il est alors possible de répondre, eu égard à la jurisprudence de la Cour, par la négative. Dans l'affaire *Lambert et autres contre France,* les juges Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano et Gritco n'ont pas manqué de rappeler qu'« *au contraire de l'article 8* [de la Convention], *qui protège un éventail extrêmement large d'actions humaines fondées sur des choix personnels et allant dans diverses directions, les articles 2 et 3 de la Convention sont clairement unidirectionnels, en ce qu'ils n'impliquent aucun aspect négatif* » et que, par conséquent, « *l'article 2 protège le droit à la vie mais non le droit de mourir* »[1498].

Section 2 : La protection de l'intégrité des personnes détenues

« *La torture. Il y a quelque chose d'insoutenable et de vertigineux, la destruction de l'homme à l'état pur* »[1499].

232. La notion de dignité humaine. Du latin *dignitas,* la dignité traduit le fait d'être digne[1500]. Parler de dignité humaine, c'est évoquer la dignité de la personne humaine, « *valeur*

[1497] CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, req. n° 2346/02, § 40. V. SUDRE F., MARGUENAUD J.-P., ANDRIANTSIMBAZOVINA J., GOUTTENOIRE A., LEVINET M., *Les grands arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme*, 7e éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2015 ; GIRAULT C., « La Cour EDH ne reconnait pas l'existence d'un droit à la mort », *JCP G* 2003, p. 676-682 ; SOMMASCO V., « Euthanasie : peut-on reconnaitre un "droit à la mort" ? », *RGDM* 2003, p. 167-182 ; LOISEAU G., « La mort n'est pas un droit », *Droit et Patrimoine* 2002, p. 83-84.

[1498] CEDH, 5 juin 2015, *Lambert et autres c/ France*, req. n° 46043/14. Dans cette affaire, la Cour a jugé l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie conforme à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

[1499] VOLKOFF, V., Extrait d'un entretien avec Jean-Maurice de Montremy, octobre 1990.

éminente appartenant à toute personne physique du seul fait de son appartenance à l'espèce humaine »[1501]. Cette valeur fondamentale fait alors de la personne humaine un sujet moral mais aussi un sujet de droit[1502]. Dès lors, la personne détenue doit toujours être traitée dans le respect de la dignité de la personne humaine. Conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* ». Selon l'article premier de la déclaration, « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* ». La dignité se place ainsi comme pilier de tous les droits fondamentaux[1503]. À cet égard, elle est désignée comme « *un geste éthique qu'accomplit l'humanité sur elle-même* »[1504].

233. Une protection absolue de l'intégrité de la personne humaine. Aux termes 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* ». À plusieurs reprises, la Cour européenne des droits de l'homme a démontré que cet article 3 consacre, avec l'article 2, « *l'une des valeurs les plus fondamentales des sociétés démocratiques* »[1505]. Il offre une protection absolue contre les actes de torture et les traitements inhumains ou dégradants, quels que soient les agissements de la victime[1506]. En effet, conformément à l'article 15 de la Convention, cette protection ne souffre d'aucune dérogation possible, ni même de restriction. Selon le Professeur Jean-François Renucci, « *le droit à ne pas subir un traitement contraire à*

[1500] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Dignité.
[1501] *Ibidem*,V° Humain.
[1502] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Dignité de la personne.
[1503] Sur la notion de dignité, pour aller plus loin : CALLU M.-F., « La dignité de la personne humaine », in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 43 ; VIRIOT-BARRIAL D., *Rép. pén. Dalloz*, V° Dignité de la personne humaine, juin 2014 (actu. janvier 2016).
[1504] SÈVE L. in DORAY B., *La dignité – Les debouts de l'utopie*, La dispute, 2006, p. 119 cité par CALLU M.-F., « La dignité de la personne humaine », in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, *op. cit.*, p. 45.
[1505] CEDH, 18 janvier 1978, *Irlande c/ Royaume-Uni*, § 163 ; CEDH, 15 novembre 1996, *Chahal c/ Royaume-Uni*, req. n° 22414/93, § 79 ; CEDH, 16 décembre 1999, *V. c/ Royaume-Uni*, req. n° 24888/94, § 69 ; CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 119 ; CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 90.
[1506] CEDH, 16 décembre 1997, *Raninen c/ Finlande*, req. n° 152/1996/771/972, § 55 ; CEDH, 16 décembre 1999, *V. c/ Royaume-Uni*, req. n° 24888/94, § 69 ; CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 119 ; CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 90 ; CEDH, 18 octobre 2001, *Indelicato c/ Italie*, req. n° 31143/96, § 30 ; CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 115-116.

la dignité de l'homme est un attribut inaliénable de la personne humaine »[1507]. Par son arrêt *Chahal contre Royaume-Uni* du 15 novembre 1996, la Cour européenne n'a pas manqué de préciser qu'aux termes de la Convention des Nations-Unies du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, « *aucun des États contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques* »[1508]. Et le juge européen a considéré que « *même dans les circonstances les plus difficiles, telle la lutte contre le terrorisme et le crime organisé, la Convention prohibe en termes absolus la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants* »[1509]. En effet, pour le juge européen, « *l'article 3 ne prévoit pas de restrictions, en quoi il contraste avec la majorité des clauses normatives de la Convention et des Protocoles nos 1 et 4, et d'après l'article 15 § 2 il ne souffre nulle dérogation, même en cas de danger public menaçant la vie de la nation* »[1510]. Conformément aux lignes directrices du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme, « *le recours à la torture ou à des peines ou traitements inhumains ou dégradants est prohibé en termes absolus, en toutes circonstances, notamment lors de l'arrestation, de l'interrogatoire et de la détention d'une personne soupçonnée d'activités terroristes ou condamnée pour de telles activités, et quels qu'aient été les agissements dont cette personne est soupçonnée ou pour lesquels elle a été condamnée* »[1511]. Sous l'influence notamment de ces lignes directrices, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé, dans son arrêt *Saadi contre Italie* du 28 février 2008, que la prohibition de la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants est absolue, quels que soient les agissements de la personne concernée[1512]. Concernant l'exécution d'un mandat d'arrêt européen, la Cour de justice de l'Union européenne a elle aussi rappelé, le 5 avril 2016, dans les affaires

---

[1507] RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, n° 125, p. 85.

[1508] Convention adoptée le 28 juillet 1951 par une conférence de plénipotentiaires sur le statut des réfugiés et des apatrides convoquée par l'Organisation des Nations-Unies en application de la résolution 429 (V) de l'Assemblée générale en date du 14 décembre 1950. V. CEDH, 15 novembre 1996, *Chahal c/ Royaume-Uni*, req. n° 22414/93, § 61.

[1509] CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94, § 95.

[1510] *Ibidem.*

[1511] Les lignes directrices sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme ont été adoptées le 11 juillet 2002, lors de la 804e réunion des Délégués des Ministres, par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.

[1512] CEDH, 28 février 2008, *Saadi c/ Italie*, req. n° 37201/06, § 120.

Sur les sources de la protection des droits de l'homme du détenu, V. KRENC F., VAN DROOGHENBROECK S., « Les droits du détenu dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme » in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Actes du colloque organisé le 9 février 2007 par l'Institut des droits de l'homme du barreau de Bruxelles, le Centre de recherches criminologiques de l'Université de Bruxelles, le Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit et Justice », 2007, n° 73, p. 21-34.

Pál Aranyosi et *Robert Căldăraru* que l'interdiction des peines ou des traitements inhumains ou dégradants, prévue à l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, revêt un caractère absolu en tant qu'elle est étroitement liée au respect de la dignité humaine[1513].

234. Une protection directe et spécifique des personnes détenues. Le juge européen a d'abord étendu la protection contre les actes de torture et les traitements inhumains ou dégradants, définie dans la Convention européenne des droits de l'homme, à la situation particulière des personnes détenues. Mais les personnes détenues se trouvent dans une situation de particulière vulnérabilité en raison de leur privation de liberté et de leur dépendance vis-à-vis des autorités pénitentiaires chargées de leur garde. Cette vulnérabilité exige alors une protection spécifique contre les actes de torture et les traitements inhumains ou dégradants. De ce fait, compte tenu de la particulière vulnérabilité des personnes détenues, la Cour européenne des droits de l'homme a renforcé les garanties qui entourent le respect des droits fondamentaux en détention. Et, par l'arrêt *Kudla contre Pologne* du 26 octobre 2000, la Cour a observé que « *l'article 3 de la Convention impose à l'État de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1514]. Il ressort des dispositions de cet arrêt une double obligation à la charge des États : une obligation de ne pas infliger de mauvais traitements aux personnes détenues (§1.) et une obligation d'assurer des conditions de détention conformes à la dignité humaine (§2.). Ainsi, par une interprétation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen garantit aux personnes détenues une protection directe et spécifique. Les personnes détenues jouissent non seulement d'un droit de ne pas subir de mauvais traitements mais aussi d'un droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine.

[1513] CJCE 5 avril 2016, affaires jointes *Pál Aranyosi* (C-404/15), *Robert Căldăraru* (C-659/15 PPU), § 85.
[1514] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94. V. aussi CEDH, 26 avril 2016, *Murray c/ Pays-Bas*, req. n° 10511/10, § 67.

§1. L'obligation de ne pas infliger de mauvais traitements

235. Une obligation « *d'abstention* » à la charge des États. Conformément à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, les autorités étatiques ne doivent pas infliger aux personnes détenues des actes de torture ou des traitements inhumains ou dégradants. Le juge européen a clairement énoncé, dans l'arrêt *Kudla contre Pologne,* que les modalités d'exécution de la mesure ne doivent pas soumettre la personne détenue « *à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention* »[1515]. Pourtant, au regard de la jurisprudence européenne, certains États parties à la Convention européenne des droits de l'homme n'ont pas satisfait à leur obligation « *d'abstention* »[1516] et, par conséquent, ont méconnu le droit des personnes détenues à ne pas subir de mauvais traitements. Si une analyse des hypothèses de mauvais traitements dans le cadre de la prise en charge de la santé des personnes détenues apparaît pertinente, il reste que cette analyse doit être précédée d'un examen des critères de qualification de mauvais traitements.

A. La qualification de mauvais traitements

236. Une qualification prétorienne. La protection contre la torture et les traitements inhumains ou dégradants étant absolue, aucune restriction ni dérogation ne peuvent donc s'imposer. Comme l'a souligné le Professeur Jean-François Renucci, « *il importe peu que le danger émane des autorités publiques (ce qui est l'hypothèse "classique" et traditionnelle), de particuliers ou encore de groupes de particuliers* »[1517]. Pour revêtir la qualité de mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, un acte doit atteindre une certaine gravité. L'appréciation de cette gravité est alors exercée par la Cour européenne des droits de l'homme à la lumière des circonstances propres à chaque espèce. Mais, la Cour a reconnu, dans certaines circonstances, une présomption de gravité en faveur des personnes détenues.

[1515] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94.
[1516] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 212, p. 346.
[1517] RENUCCI J.-F., Dro*it européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, n° 130, p. 90.

1) L'exigence d'un minimum de gravité du mauvais traitement

237. Trois seuils de gravité. D'après la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, un mauvais traitement doit atteindre « *un minimum de gravité* » pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et alors consister en un acte de torture ou en un traitement inhumain ou dégradant[1518]. C'est l'intensité de ces mauvais traitements qui permet de les distinguer entre eux, et non leur nature. Une graduation de la souffrance physique et/ou morale infligée à la victime se manifeste entre le traitement dégradant, le traitement inhumain et la torture. À de nombreuses reprises, la Cour européenne a affirmé qu'une peine ou un traitement doit, pour être qualifié d'inhumain ou de dégradant, impliquer « *une souffrance ou une humiliation allant au-delà de celles que comporte inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitimes* »[1519].

a. Le traitement dégradant

238. Une humiliation particulière. Un traitement dégradant consiste en une « *humiliation grossière, voire un avilissement pour un individu qui peut être poussé à agir contre sa volonté ou sa conscience* »[1520]. Par son arrêt *Tyrer contre Royaume-Uni* du 25 avril 1978, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté qu'une simple condamnation pénale revêt par nature un caractère humiliant pour l'individu condamné[1521]. Or, selon la Cour, « *ce qui importe aux fins de l'article 3* [de la Convention européenne des droits de l'homme] *est qu'il soit humilié non par sa seule condamnation, mais par l'exécution de sa peine* ». Ainsi, le juge européen a précisé qu' « *il serait absurde de soutenir que toute peine judiciaire, en raison de l'aspect humiliant qu'elle présente d'ordinaire et presque inévitablement, revêt un caractère "dégradant" au sens de l'article* 3 ». Toute peine ou traitement dégradant au sens de l'article 3 doit donc être accompagné d'une humiliation ou d'un avilissement d'un niveau particulier qui diffère en intensité de l'humiliation traditionnelle de la peine privative de liberté. Il convient de noter que si l'efficacité d'une peine qualifiée de dégradante est avérée en

[1518] CEDH, 18 janvier 1978, Irlande c/ Royaume-Uni, § 162 ; CEDH, 25 avril 1978, Tyrer c/ Royaume-Uni, req. n° 5856/76, § 29-30.
[1519] CEDH, 31 octobre 2013, S. J. c/ Luxembourg (n° 2), req. n° 47229/12, § 49. V. aussi CEDH, 12 juin 2007, Frérot c/ France, req. n° 70204/01, § 37.
[1520] RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, n° 128, p. 86.
[1521] CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, req. n° 5856/76, § 30 (fustigation infligée par la police à un jeune homme nu, suite à l'agression qu'il a commise à l'encontre d'un autre jeune). V. aussi CEDH, 31 octobre 2013, *S. J. c/ Luxembourg (n° 2)*, req. n° 47229/12, § 50.

matière de prévention et de lutte contre la délinquance, cette efficacité ne peut en aucun cas légitimer son caractère dégradant. De même, il ressort de l'arrêt *Valasinas contre Lituanie,* du 24 juillet 2001, que si des mesures de sécurité s'avèrent nécessaires pour maintenir l'ordre et la sécurité dans les établissements pénitentiaires, il n'en demeure pas moins que ces mesures doivent respecter la dignité des personnes détenues[1522]. Ces mesures ne sauraient donc justifier, à elles seules, une violation de l'article 3 de la Convention. En somme, le niveau particulier d'humiliation requis pour revêtir la qualification de traitement dégradant, et ainsi enfreindre cet article 3, est atteint lorsque le traitement infligé est « *de nature à inspirer à ses victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier et à les avilir* »[1523].

b. Le traitement inhumain

239. De vives souffrances physiques ou mentales. Un traitement est inhumain lorsqu'il provoque « *volontairement de vives souffrances mentales ou physiques, voire des troubles psychiques* »[1524]. Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme a pu qualifier un traitement d'inhumain au motif notamment qu'il avait été appliqué avec préméditation pendant des heures et qu'il avait causé soit des lésions corporelles, soit de vives souffrances physiques ou mentales[1525]. Par son arrêt *Henaf contre France* du 27 novembre 2003, la Cour européenne a précisé qu'est constitutif d'un traitement inhumain, le fait d'attacher une personne détenue, âgée de soixante-quinze ans, à son lit d'hôpital la nuit précédant son opération chirurgicale, et ce d'autant plus que deux gardes restaient en faction devant la porte de sa chambre[1526]. En outre, il ressort de la jurisprudence européenne, notamment de l'arrêt *Öcalan contre Turquie* du 12 mai 2005, que « *l'isolement sensoriel complet, combiné à un isolement social*

[1522] CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/Lituanie*, req. n° 44558/98, § 117. V. aussi, CEDH, 12 juin 2007, *Frérot c/ France*, req. n° 70204/01, § 67 ; CEDH, 9 juillet 2009, *Khider c/ France*, req. n° 39364/05, § 127 ; CEDH, 20 janvier 2011, *El Shennawy c/ France*, req. n° 51246/08, § 46 ; CEDH, 31 octobre 2013, *S. J. c/ Luxembourg (n° 2)*, req. n° 47229/12, § 54.

[1523] CEDH, 18 janvier 1978, *Irlande c/ Royaume-Uni*, § 167. V. aussi, CEDH, 7 juillet 1989, *Soering c/ Royaume-Uni*, req. n° 14038/88, § 100 ; CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 92. CEDH, 12 juin 2007, *Frérot c/ France*, req. n° 70204/01, § 67 ; CEDH, 9 juillet 2009, *Khider c/ France*, req. n° 39364/05, § 127 ; CEDH, 20 avril 2010, *Slyusarev c/ Russie*, req. n° 60333/00 ; CEDH, 20 janvier 2011, *El Shennawy c/ France*, req. n° 51246/08, § 46. CEDH, 25 avril 2013 *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 53.

[1524] CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, req. n° 5856/76, § 29. V. aussi CEDH, 18 janvier 1978, *Irlande c/ Royaume-Uni*, § 167.

[1525] CEDH, 7 juillet 1989, *Soering c/ Royaume-Uni*, req. n° 14038/88, § 100. V. aussi CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 92 ; CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 181 ; CEDH, 31 octobre 2013, *S. J. c/ Luxembourg (n° 2)*, req. n° 47229/12, § 49.

[1526] CEDH, 27 novembre 2003, *Henaf c/ France*, req. n° 65436/01, § 59.

total, peut détruire la personnalité, et constitue une forme de traitement inhumain qui ne saurait se justifier par les exigences de la sécurité ou toute autre raison »[1527]. Toutefois, si une mesure d'isolement doit respecter de manière absolue la dignité de la personne humaine, « *l'interdiction de contacts avec d'autres détenus pour des raisons de sécurité, de discipline et de protection ne constitue pas en elle-même une forme de peine ou traitement inhumain* »[1528]. En revanche, le juge européen a précisé, dans cette affaire, que le fait de rendre artificiellement aveugle une personne détenue, en lui bandant les yeux, pendant de longues périodes réparties sur plusieurs jours, est de nature, combiné avec d'autres mauvais traitements, à causer de fortes pressions psychologiques et physiques sur cette personne détenue[1529].

c. La torture

240. Des souffrances physiques ou mentales aiguës. D'un acte de torture peut résulter des souffrances aiguës aussi bien physiques que mentales. Il n'est en effet pas nécessaire d'infliger à un individu des sévices corporels pour le soumettre à un acte de torture. La torture psychologique est alors qualifiée de « torture blanche » ou de « torture propre » car elle ne laisse aucune trace physique de la souffrance infligée. Au regard de la jurisprudence européenne, comme l'a observé le Professeur Jean-François Renucci, « *si le traitement inhumain délibéré provoque de fort graves et cruelles souffrances, la qualification de torture s'impose* »[1530]. La Cour européenne des droits de l'homme a reconnu, notamment dans l'arrêt *Al-Adsani contre Royaume-Uni* que l'interdiction de la torture a acquis le rang de norme de *jus cogens* en droit international. De fait, elle consiste en une règle impérative de droit international qui prime les autres règles de droit international[1531]. Il convient de préciser que « *jusqu'à l'arrêt Selmouni*[[1532]]*, la Cour européenne n'a retenu la qualification de "torture" qu'à titre exceptionnel, pour sanctionner par deux fois les sévices infligés par la police turque*

[1527] CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 191. V. aussi CEDH, 28 septembre 2000, *Messina c/ Italie* (n° 2), req. n° 25498/94 ; ; CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 123 ; CEDH, 13 novembre 2007, *Schiavone c/ Italie*, req. n° 65038/01.
[1528] CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 191 . V. aussi CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 123 ; CEDH, 13 novembre 2007, *Schiavone c/ Italie*, req. n° 65038/01 ;
[1529] CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 183. V. aussi CEDH, 27 juin 2000, *Salman c/ Turquie*, req. n° 21986/93, § 132.
[1530] RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, n° 128, p. 88.
[1531] CEDH, 21 novembre 2001, *Al-Adsani c/ Royaume-Uni*, req. n° 35763/97.
[1532] CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94.

à une personne placée en garde à vue (Askoy : "pendaison palestinienne"[1533] *; Aydin : viol d'une jeune fille par les policiers*[1534]*)* »[1535].

Aux termes de la Convention des Nations-Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée le 10 décembre 1984, « "*le terme torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite* ». En reprenant cette définition, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé, dans l'arrêt *Selmouni contre France*, que tout traitement à caractère inhumain et dégradant doit être regardé comme un acte de torture lorsque les souffrances physiques ou morales infligées à la victime sont aiguës[1536]. Le juge européen a alors qualifié de torture un traitement inhumain et dégradant provoquant de graves et cruelles souffrances sans rechercher si ce traitement était marqué d'une particulière infamie. Seul le caractère aigu des souffrances a suffi à qualifier ce traitement de torture.

D'après le juge européen, « *le niveau d'exigence croissant en matière de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales implique, parallèlement et inéluctablement, une plus grande fermeté dans l'appréciation des atteintes aux valeurs fondamentales des sociétés démocratiques* »[1537]. Cette plus grande fermeté se manifeste ainsi par un abaissement du seuil de déclenchement de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Et, comme l'a observé Béatrice Belda, « *cette approche évolutive dans l'application de la Convention européenne vise prioritairement les personnes vulnérables (telles les personnes privées de liberté), et se matérialise en une protection plus étendue de leur intégrité physique ou morale – puisque le champ d'application de la Convention s'élargit*

[1533] CEDH, 18 décembre 1996, *Askoy c/ Turquie*, req. n° 21987/93.
[1534] CEDH, 25 septembre 1997, *Aydin c/ Turquie*, req. n° 23178/94.
[1535] SUDRE F., MARGUENAUD J.-P., ANDRIANTSIMBAZOVINA J., GOUTTENOIRE A., LEVINET M., *Les grands arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme*, 7e éd., Paris, PUF, 2015, p. 163.
[1536] CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94, § 97. V. aussi CEDH, 8 juillet 2004, *Ilaşcu et autres c/Moldova et Russie*, req. n° 48787/99, § 447.
[1537] CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94, n° 101.

à de nouveaux domaines susceptibles de porter atteinte à cette intégrité – et donc de leur dignité d'être humain »[1538].

2) L'appréciation de la gravité du mauvais traitement

241. Des critères d'appréciation. Si, de manière générale, la Cour européenne des droits de l'homme effectue une appréciation relative de la gravité du mauvais traitement infligé à la victime, elle a également consacré une présomption de gravité en faveur des personnes détenues, en raison de leur vulnérabilité inhérente à leur privation de liberté.

a. Un principe général d'appréciation relative

242. Une intention humiliante, élément pertinent d'appréciation du caractère dégradant. Dans l'arrêt *Raninen contre Finlande* rendu le 16 décembre 1997, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé qu'elle était tenue, pour rechercher si une peine ou un traitement est dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, d'examiner si le but était d'humilier et de rabaisser la personne et de ce fait, si cette peine ou ce traitement a porté atteinte à sa dignité humaine[1539]. Aux termes de cet arrêt, « *le caractère public de la sanction ou du traitement peut constituer un élément pertinent. Mais il faut rappeler en même temps que l'absence de publicité n'empêche pas nécessairement une peine déterminée d'entrer dans cette catégorie ; il peut fort bien suffire que la victime soit humiliée à ses propres yeux, même si elle ne l'est pas à ceux d'autrui* »[1540]. L'absence de publicité du traitement humiliant, auquel la victime a été soumise, ne permet pas d'exclure une violation de l'article 3 de la Convention. Il suffit alors que la victime ait été humiliée à ses propres yeux. Par ailleurs, si la volonté d'humiliation ou d'avilissement permet de renforcer le caractère dégradant d'un mauvais traitement, il reste que l'absence d'une telle intention ne conduit pas systématiquement à un constat de non-violation de cet article 3[1541]. Il reste au juge

[1538] BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 108, p. 79.
[1539] CEDH, 16 décembre 1997, *Raninen c/ Finlande*, req. n° 152/1996/771/972, § 55. V. aussi CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, req. n° 5856/72, § 32 ; CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/ Grèce*, req. n° 28524/95, § 68.
[1540] CEDH, 16 décembre 1997, *Raninen c/ Finlande*, req. n° 152/1996/771/972, § 55.
[1541] CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/ Grèce*, req. n° 28524/95, § 74 ; CEDH, 27 novembre 2003, *Henaf c/ France*, req. n° 65436/01, § 47.

européen à apprécier objectivement la gravité du mauvais traitement infligé à la victime à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'espèce.

243. Une appréciation *in concreto*. Pour déterminer si le mauvais traitement infligé atteint le minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen effectue une appréciation relative de la gravité du traitement par référence aux circonstances propres à chaque espèce. La Cour européenne des droits de l'homme a en effet précisé, dans l'arrêt *Irlande contre Royaume-Uni* rendu le 18 janvier 1978, que « *l'appréciation de ce minimum est relative par essence; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime, etc.* »[1542]. À titre d'exemple, par son arrêt *Henaf contre France*, « *compte tenu de l'âge du requérant, de son état de santé, de l'absence d'antécédents faisant sérieusement craindre un risque pour la sécurité, des consignes écrites du directeur du centre de détention pour une surveillance normale et non renforcée, du fait que l'hospitalisation intervenait la veille d'une opération chirurgicale, la Cour* [a estimé] *que la mesure d'entrave était disproportionnée au regard des nécessités de la sécurité, d'autant que deux policiers avaient été spécialement placés en faction devant la chambre du requérant* »[1543]. Ainsi, pour la Cour, il ressort des circonstances de l'espèce que le mauvais traitement infligé à la personne détenue a atteint le seuil minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention.

La relativité de l'appréciation du minimum de gravité présente l'intérêt de tenir compte de la particulière vulnérabilité des personnes détenues. Dans ces conditions l'interprétation effectuée par la Cour européenne des droits de l'homme permet aux personnes détenues de jouir d'une protection spécifique contre la torture et les traitements inhumains ou dégradants.

[1542] CEDH, 18 janvier 1978, *Irlande c/ Royaume-Uni*, § 162. V. aussi CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, req. n° 5856/76, § 29-30. CEDH, 7 juillet 1989, *Soering c/ Royaume-Uni*, req. n° 14038/88, § 100 ; CEDH, 16 décembre 1997, *Raninen c/ Finlande*, req. n° 152/1996/771/972, § 55 ; CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94, § 100 ; CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 91 ; CEDH, 17 septembre 2009, *Enea c/ Italie*, req. n° 74912/01, § 67.
[1543] CEDH, 27 novembre 2003, *Henaf c/ France*, req. n° 65436/01, § 59.

b. Une présomption de gravité en faveur des personnes détenues

244. Une applicabilité automatique de l'article 3 en cas de recours injustifié à la force publique. Dans l'arrêt *Hellig contre Allemagne* rendu le 7 juillet 2011, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que le recours à la force physique par l'autorité publique n'est pas interdit en termes absolus. Mais, pour la Cour, cette force ne peut être utilisée que si elle est indispensable et non excessive[1544]. S'agissant de la personne privée de liberté, le recours à la force physique qui n'est pas rendu strictement nécessaire par son comportement porte atteinte à la dignité humaine et constitue, en principe, une violation du droit prévu par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1545]. Une présomption de gravité est alors consacrée par la Cour. Cette présomption est simple en ce qu'elle peut être renversée par le gouvernement en apportant la preuve que l'usage de la force physique était strictement nécessaire eu égard au comportement de la personne privée de liberté. En ce sens, Béatrice Belda a précisé que « *cette présomption de gravité est à relier à la reconnaissance parallèle par le juge européen d'une présomption de causalité au profit des personnes privées de liberté* » et a alors ajouté que « *pour jouer pleinement (c'est-à-dire pour conduire à l'applicabilité automatique et à l'article 3 de la Convention) la présomption de gravité nécessite au préalable, que le Gouvernement défendeur auquel la charge de la preuve est conférée par renversement, soit dans l'impossibilité de prouver le caractère "nécessaire" de la force employée sur le détenu* »[1546].

Si tout recours injustifié à la force physique à l'encontre des personnes détenues, portant atteinte à leur dignité humaine, emporte automatiquement l'applicabilité de l'article 3 de la Convention, sans que le juge européen n'ait à apprécier *in concreto* la gravité du traitement, il reste pour autant, que cette appréciation relative de la gravité du traitement doit être effectuée par la Cour européenne des droits de l'homme pour qualifier le traitement en l'espèce soit de torture, soit de traitement inhumain et/ou dégradant. Par ailleurs, le recours à

[1544] CEDH, 7 juillet 2011, *Hellig c/ Allemagne*, req. n° 20999/95, § 33. V. aussi CEDH, 4 décembre 1995, *Ribitsch c/ Autriche*, req. n° 18896/91, § 38 ; CEDH, 9 juin 1998, *Tekin c/Turquie*, req. n° 22496/93, § 53 ; CEDH, 28 octobre 1998, *Assenov et autres c/ Bulgarie*, req. n° 247460/94 ; CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 120 ; CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/Lituanie*, req. n° 44558/98, § 116.

[1545] CEDH, 7 juillet 2011, *Hellig c/ Allemagne*, req. n° 20999/95, § 33. V. aussi CEDH, 4 décembre 1995, *Ribitsch c/ Autriche*, req. n° 18896/91, § 38 ; CEDH, 9 juin 1998, *Tekin c/Turquie*, req. n° 22496/93, § 53 ; CEDH, 28 octobre 1998, *Assenov et autres c/ Bulgarie*, req. n° 247460/94 ; CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 120 ; CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/Lituanie*, req. n° 44558/98, § 116.

[1546] BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 85, p. 65.

la force physique rendu strictement nécessaire par le comportement de la personne privée de liberté ne conduit pas systématiquement au constat de non-violation de cet article 3. Le juge européen reste tenu d'apprécier la gravité du traitement infligé à la personne détenue et ce, à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'espèce pour déterminer si le traitement tombe sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Des mesures peuvent être prises en détention pour assurer la sécurité, elles doivent néanmoins être conformes à la dignité humaine[1547]. C'est particulièrement le cas lors des extractions médicales où la personne détenue peut être soumise à une surveillance pénitentiaire ainsi qu'au port de menottes et/ou entraves.

Dans ces conditions, si l'appréciation relative du mauvais traitement permet de tenir compte des circonstances particulières dans lesquelles les personnes détenues se trouvent placées du fait de leur privation de liberté, la présomption de gravité permet de renforcer le caractère absolu de la protection contre les actes de tortures et les traitements inhumains dont bénéficient ces personnes, au nom du respect de la dignité humaine. Cette présomption témoigne de la protection spécifique offerte aux personnes détenues en raison de leur particulière vulnérabilité[1548]. Et de manière générale, la Cour européenne des droits de l'homme a retenu non seulement que les mesures prises dans le cadre de la détention doivent être nécessaires pour parvenir au but poursuivi, mais aussi être adaptées « *de manière à ce que le degré de souffrance ou d'humiliation subi par les détenus ne dépasse pas celui que comporte inévitablement cette forme de traitement légitime* »[1549].

B. Des hypothèses de mauvais traitements

Eu égard à notre sujet de recherche, seules les hypothèses de mauvais traitements infligés aux personnes détenues dans le cadre de la prise en charge de la santé sont relevées dans les prochains développements. Cette analyse n'est cependant pas exhaustive.

[1547] Pour aller plus loin : BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 87 s., p. 66 s.
[1548] Pour aller plus loin : *Ibidem*, n° 78 s., p. 60 s.
[1549] CEDH, 12 juin 2007, *Frérot c/ France*, req. n° 70204/01, § 38. V. aussi CEDH, 9 juillet 2009, *Khider c/ France*, req. n° 10239364/05, § 127 ;

1) Des mesures de sécurité lors des extractions médicales

245. Surveillance pénitentiaire, port de menottes et/ou entraves. Aux termes de l'article D. 294 du Code de procédure pénale, « *des précautions doivent être prises en vue d'éviter les évasions et tous autres incidents lors des transfèrements et extractions de personnes détenues* ». D'après les dispositions de la circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 18 novembre 2004, relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, des moyens de contrainte (menottes et/ou entraves) et une surveillance pénitentiaire peuvent être imposés aux personnes détenues lors des extractions médicales mais ce « *dispositif de sécurité mis en œuvre doit être appliqué sans perturber l'exercice des soins prodigués au malade détenu* »[1550]. Pour la Cour européenne des droits de l'homme, ces mesures de sécurité ne portent pas en principe atteinte au droit de ne pas subir de mauvais traitements garanti par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme sous réserve qu'elles ne dépassent pas une nécessité raisonnable.

a. Des mesures raisonnablement nécessaires

246. Une conformité aux exigences de la Convention européenne. Aux termes de l'article 803 du Code de procédure pénale, « *nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite* »[1551]. Cet article précise que « *dans ces deux hypothèses, toutes mesures utiles doivent être prises, dans les conditions compatibles avec les exigences de sécurité, pour éviter qu'une personne menottée ou entravée soit photographiée ou fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel* ». Dans ce sens, la Cour européenne des droits de l'homme a affirmé que le port des menottes ne pose pas normalement de problème au regard de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme lorsqu'il est lié à une détention légale et qu'il n'entraîne pas l'usage de la force, ni l'exposition publique, au-delà de ce qui est raisonnablement considéré comme nécessaire. Elle a en outre souligné la nécessité de tenir notamment compte du risque de fuite ou de blessure ou de dommage[1552].

[1550] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.
[1551] V. Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.
[1552] CEDH, 16 décembre 1997, *Raninen c/ Finlande*, req. n° 152/1996/771/972, § 56 ; CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 46 ; CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 182 ; CEDH, 11 octobre 2011, *Portmann c/ Suisse*, req. n° 38455/06, § 47.

Ainsi, pour le juge européen, en cas de détention légale, le port des menottes et/ou entraves doit absolument être nécessité par le comportement de la personne détenue et ce, de manière raisonnable[1553].

247. Le cas particulier des hospitalisations psychiatriques. Si la Cour européenne des droits de l'homme a affirmé, dans l'arrêt *Herczegfalvy contre Autriche*, que « *la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans des hôpitaux psychiatriques appelle une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention* [européenne des droits de l'homme] »[1554] et que ces patients bénéficient de la protection absolue de l'article 3 de cette Convention, il n'en demeure pas moins que le recours à des moyens de contrainte peut être effectué pour préserver la santé physique et mentale de ces patients et donc être justifié par des nécessités thérapeutiques. Ainsi, une mesure dictée par une nécessité thérapeutique ne peut être considérée comme inhumaine ou dégradante, sous réserve que la Cour européenne se soit assurée que celle-ci a été démontrée de manière convaincante[1555]. Dans l'affaire *Herczegfalvy contre Autriche*, la question de l'existence d'un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention, infligé à une personne détenue hospitalisée dans un établissement psychiatrique, a été posée notamment au regard de la durée du maintien des menottes et du lit de sûreté. Or, le recours à ces moyens de contrainte a été justifié par un impératif médical aux motifs que la personne détenue rejetait les soins rendus urgents par la détérioration de sa santé physique et mentale[1556].

b. Des mesures prises au-delà d'une nécessité raisonnable

248. Une violation de l'article 3 de la Convention européenne. Par son arrêt *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté que la responsabilité de l'État pouvait être engagée pour violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme en raison de l'usage de menottes et entraves à l'encontre d'une personne détenue, lors de ses extractions médicales, au-delà de ce qui est

[1553] Par ex. CEDH, 11 octobre 2011, *Portmann c/ Suisse*, req. n° 38455/06, § 56-57.
[1554] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/ Autriche*, req. n° 10533/83, § 82.
[1555] *Ibidem.*
[1556] *Ibid.*, § 81.

raisonnablement considéré comme nécessaire[1557]. La personne détenue requérante avait invoqué que le port des menottes n'était pas justifié « *compte tenu de ses faiblesses physiques, de la présence d'un dossier disciplinaire vierge et qu'aucune raison particulière ne permettait aux escortes de penser qu'*[elle] *présentait un quelconque danger* »[1558]. Or, le gouvernement français avait précisé que la personne détenue avait été menottée et entravée lors de ses extractions médicales mais que ces mesures de contrainte avaient été ôtées dans la salle de soins dans laquelle elle avait été reçue sans présence du personnel pénitentiaire. Selon le gouvernement, le recours à ces moyens de contrainte était justifié par les condamnations antérieures pour faits graves de la personne détenue et par la présence géographique de son lieu de résidence familiale qui faisait courir un risque potentiel d'évasion. Le gouvernement a en outre ajouté que les entraves avaient été retirées compte tenu des douleurs et des déplacements avec une canne du requérant. Les douleurs ressenties par la personne détenue avaient également motivé le remplacement de menottes par une chainette plus légère. Pour autant, la Cour européenne a conclu que le recours aux moyens de contrainte, lors des transferts à l'établissement de santé, était disproportionné au regard des « *nécessités* de la sécurité », compte tenu de « *l'inconfort du déroulement d'une séance de chimiothérapie et la faiblesse physique de l'intéressé* », mais surtout de l'absence de risque pour la sécurité[1559].

En sus de l'usage disproportionné des moyens de contrainte lors des transferts des personnes détenues vers les établissements de santé, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté une violation de l'article 3 de la Convention caractérisée par un recours aux menottes et/ou entraves lors des consultations médicales dans ces établissements de santé. Dans l'affaire *Hénaf contre France*, le gouvernement français a relevé que la personne détenue avait été attachée à son lit d'hôpital la nuit précédant son opération chirurgicale « *dans le but de préserver une sphère d'intimité au requérant et de lui épargner la présence*

[1557] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01. V. THIERRY J.-B., « Santé en détention », in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 59. MOUTOUH H., « La santé d'une personne privée de liberté est un facteur à prendre en compte dans les modalités de l'exécution de sa peine d'emprisonnement », note sous CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, *D.* 2003, p. 303 ; ROETS D., « Le maintien en détention des personnes malades et l'usage des menottes au regard de l'article 3 de la Convention E.D.H. », note sous CEDH, 14 novembre 2002 *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, *Petites affiches* 2003, n° 141, p. 13.

[1558] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 34.

[1559] *Ibidem*, § 47. Dans cette affaire, la Cour européenne des droits de l'homme avait en outre observé que l'enchaînement lors de l'administration des soins et la présence des agents de l'escorte pénitentiaire à cette occasion n'avaient pas pu être démontrés. V. aussi CEDH, 27 juin 2006, *Avcı et autres c/ Turquie*, req. n° 70417/01, § 37 ; CEDH, 8 janvier 2009, *Filiz Uyan c/ Turquie*, req. n° 7496/03, § 30 ; CEDH, 12 mai 2009, *Tănase c/ Roumanie*, req. n° 5269/02, § 81 ; CEDH, 29 octobre 2009, *Paradysz c/ France*, req. n° 17020/05, § 94-95.

continue de policiers pendant la nuit, l'escorte se retira mais, en contrepartie, *l'intéressé fut alors entravé* »[1560]. Or, la Cour européenne « *ne conçoit guère qu'une telle intimité puisse réellement trouver à s'exprimer lorsque l'on est entravé à son lit* » [1561]. De fait, la préservation de l'intimité de la personne détenue ne peut être invoquée pour justifier le recours aux moyens de contrainte, menottes et/ou entraves, lors d'une hospitalisation au lieu de la présence continue du personnel pénitentiaire. Dans ces conditions, la Cour européenne a considéré que l'usage d'entraves sur une personne détenue, lors de son hospitalisation pour une opération chirurgicale, est constitutif d'un traitement inhumain compte tenu de son âge avancé, de son état de santé, de l'absence d'antécédents faisant sérieusement craindre un risque pour la sécurité et des consignes du directeur du centre de détention pour une surveillance normale, et non renforcée[1562]. Et, par son arrêt *Tarariyeva contre Russie* du 14 décembre 2006, la Cour européenne a démontré l'absence de caractère raisonnable des mesures de contrainte imposées à la personne détenue, lors de son hospitalisation, en raison notamment de sa surveillance constante par des policiers armés. La surveillance de la personne détenue était en effet assurée à l'intérieur de la chambre par un policier armé et deux autres policiers montaient la garde à l'extérieur. Dès lors, « *compte tenu de l'état de santé de* [la personne détenue], *de l'absence de raisons de croire qu'*[elle] *présentait un risque de sécurité, et de la surveillance permanente assurée par des policiers armés, la Cour* [a jugé] *que l'usage d'entraves dans ces conditions est assimilable à un traitement inhumain* » [1563]. Les exigences de l'article 3 de la Convention ont ainsi été méconnues aux motifs que la personne détenue avait été menottée lors de son hospitalisation, en sus de la surveillance constante de policiers, alors qu'elle ne présentait, compte tenu de son état de santé, aucun risque d'évasion ou d'atteinte à son intégrité physique ou à celle d'autrui. De même, dans l'affaire *Korneykova et Korneykov contre Ukraine* du 24 mars 2016, la Cour a jugé que le port injustifié d'entraves par la personne détenue lors de son accouchement doit être regardé comme un traitement inhumain et dégradant[1564]. D'une part, aucun risque de comportement violent ou de fuite de la personne détenue n'étaient avérés en raison de son état et cette personne n'avait jamais fait preuve de violence contre autrui ou contre elle-même, ni tenté de s'évader. D'autre part, la mise sous

[1560] CEDH, 27 novembre 2003, *Hénaf c/ France*, req. n° 65436/01, § 40. V. MOULIER I., note sous CEDH, 27 novembre 2003 *Henaf c/ France*, *JDI* 2004, p. 691-694 ; CÉRÉ J.-P., « La protection européenne du droit à la santé des détenus » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 35-36.
[1561] CEDH, 27 novembre 2003, *Hénaf c/ France*, req. n° 65436/01, § 58.
[1562] *Ibidem*, § 51 s.
[1563] CEDH, 14 décembre 2006, *Tarariyeva c/ Russie*, req. n° 4353/03, § 111. V. aussi CEDH, 14 mars 2013, *Salakhov et Islyamova c/ Ukraine*, req. n° 28005/08.
[1564] CEDH, 24 mars 2016, *Korneykova et Korneykov c/ Ukraine*, req. n° 56660/12.

entraves de la personne détenue s'était poursuivie après l'accouchement et ce, là encore de manière injustifiée, malgré un état de santé fragile. Enfin, la personne détenue était placée sous la surveillance constante de trois surveillants pénitentiaires, ce qui suffisait pour le juge européen à parer tout risque éventuel[1565].

Parmi ces mesures de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire lors des extractions médicales, la Cour européenne des droits de l'homme a pu en outre observer que la surveillance non raisonnablement nécessaire des agents pénitentiaires, lors des consultations ou examens médicaux, posait en elle-même des problèmes au regard de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Par son arrêt *Duval contre France* du 26 mai 2011, la Cour européenne des droits de l'homme a confirmé la recherche nécessaire de cet équilibre entre les moyens de contrainte imposés aux personnes détenues lors des extractions médicales et les droits fondamentaux des personnes détenues[1566]. Dans cette affaire, le requérant avait dénoncé avoir été non seulement entravé et menotté pendant les transferts à l'établissement de santé et les consultations médicales mais aussi accompagné constamment de surveillants voire de policiers notamment pendant les examens médicaux. Dans ces conditions, la Cour européenne a jugé que les moyens de contrainte (menottes et entraves) étaient disproportionnés au regard des nécessités de sécurité et que « *cette appréciation s'avère renforcée par le fait que ces mesures étaient combinées à la présence constante de surveillants ou de policiers lors d'examens médicaux dont certains présentaient un caractère intime* ». À cet égard, la Cour européenne a rappelé que le Comité européen pour la prévention de la torture (C.P.T.) avait recommandé au gouvernement français, à l'issue d'une visite, « *d'effectuer les examens/consultations/soins médicaux de détenus hors de l'écoute et – sauf demande contraire du médecin concerné dans un cas particulier – hors de la vue du personnel d'escorte* »[1567]. Le Comité avait ajouté que « *l'examen des détenus soumis à des moyens de contrainte était une pratique hautement*

[1565] *Ibidem*, § 106-116.
[1566] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08. V. SENNA É., « Atteintes à la dignité du détenu lors d'escortes ou de consultations médicales », note sous CEDH, 5e sect., 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 233-237, p. 10-14.
[1567] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 22 et 51. V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre 2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, 39 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf

contestable tant du point de l'éthique que du point de vue clinique »[1568]. La Cour européenne a en outre précisé que ces constats et recommandations avaient été repris par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (C.N.C.D.H.) et le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe[1569]. Pourtant, dans cette affaire *Duval contre France*, la Cour européenne a observé que si le Conseil d'État a affirmé que « *la mise en œuvre de mesures de sécurité particulières et le recours, le cas échéant, à des mesures de coercition sous la forme d'entraves, ne sauraient se limiter au seul transport des détenus, mais peuvent, si nécessaires, être étendus à la consultation et aux soins médicaux eux-mêmes lorsqu'ils ne peuvent être dispensés au sein de l'établissement de détention* », il n'en demeure pas moins, selon la Haute juridiction, que « *les mesures de sécurité mises en œuvre par l'administration pénitentiaire lors de l'extraction et du séjour dans un établissement hospitalier d'un détenu doivent, d'une part, être adaptées et proportionnées à la dangerosité du détenu et au risque d'évasion que présente chaque cas particulier et, d'autre part, assurer en toute hypothèse, la confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent* »[1570]. À défaut de justification de la nécessité raisonnable de l'usage des moyens de contrainte et de la surveillance de l'escorte, la Cour a jugé que ces mesures de sécurité « *ont pu causer au requérant un sentiment d'arbitraire, d'infériorité et d'angoisse caractérisant un degré d'humiliation dépassant celui que comporte inévitablement les examens médicaux des détenus* »[1571] et qu'elles « *s'analysent* [donc] *en un traitement dépassant le seuil de gravité toléré par l'article 3 de la Convention et constitue un traitement dégradant au sens de cette disposition* »[1572].

En somme, pour apprécier le caractère nécessairement raisonnable des mesures de sécurité déployées à l'encontre d'une personne détenue, la Cour européenne des droits de l'homme s'emploie à tenir compte de l'âge et de l'état de santé de cette personne mais aussi de l'existence d'un risque pour la sécurité résultant de son extraction médicale (évasion ou

---

[1568] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 22 et 51. V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre 2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, 39 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf

[1569] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 23, 24 et 51. V. COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues*, adoptée par l'Assemblée plénière le 19 janvier 2006, 25 p. [consulté le 10 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cncdh .fr/IMG/pdf/Etude_soins_personnes_detenues_190106.pdf

[1570] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 18 et 50.V. CE, 15 octobre 2007, *Duval*, req. n° 281131.

[1571] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 52. V. SENNA É., « Atteintes à la dignité du détenu lors d'escortes ou de consultations médicales », note sous CEDH, 5e sect., 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 233-237, p. 10-14.

[1572] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 53.

atteinte à l'intégrité d'autrui ou à la personne même). La Cour a précisément réaffirmé qu'il importe de considérer le risque de fuite ou de blessure ou dommage ainsi que le contexte en cas de transfert et de soins médicaux en milieu hospitalier. Et, par son arrêt *Öcalan contre Turquie* du 12 mai 2005, le juge européen a par ailleurs rappelé, s'agissant du port des menottes et/ou entraves, que le caractère public de ce traitement ou même le seul fait que l'intéressé soit humilié à ses propres yeux peut constituer un élément pertinent pour constater un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1573].

249. Et une violation de l'article 8 de la Convention européenne ? Aux termes du paragraphe premier de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, « *toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* ». L'examen, par la Cour européenne des droits de l'homme, de la conformité à la Convention de la mise en place d'une surveillance pénitentiaire et/ou policière lors de l'hospitalisation des personnes détenues pourrait être opéré sous l'angle de l'article 8 dès lors que le requérant argue que la présence des surveillants pendant ses consultations médicales a porté atteinte au secret professionnel médical et à la confidentialité des soins. Pour autant, le juge européen a constaté, notamment dans l'arrêt *Duval contre France*, que ce grief est lié à celui résultant d'un traitement dépassant le seuil toléré par l'article 3 de la Convention européenne. Si la Cour déclare ce grief recevable, « *elle observe cependant qu'il est largement englobé dans le grief tiré de l'article 3* ». De ce fait, « *elle ne voit là aucune question distincte de celle qu'elle a déjà tranchée sur le terrain de cette disposition* » et décide qu' « *il n'y a donc pas lieu d'examiner séparément ce grief* »[1574].

En outre, dans le cadre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, il convient de préciser qu'une violation de l'article 8 de la Convention a pu être constatée par la Cour européenne, dans l'arrêt *Szuluk contre Royaume-Uni* du 2 juin 2009, suite au contrôle effectué par les autorités pénitentiaires de la correspondance médicale des personnes détenues[1575]. Suite à une hémorragie cérébrale et à deux opérations chirurgicales, le requérant a fait l'objet d'un suivi médical et devait se rendre tous les six mois à l'hôpital pour être

[1573] CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99, § 182.
[1574] CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, § 55. V. SENNA É., « Atteintes à la dignité du détenu lors d'escortes ou de consultations médicales », note sous CEDH, 5e sect., 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 233-237, p. 10-14.
[1575] CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/ Royaume-Uni*, req. n° 36936/05, § 54.

examiné par un spécialiste en neuroradiologie. Ce spécialiste a correspondu par courrier la personne détenue afin de s'assurer qu'elle bénéficiait d'un traitement adapté en détention. Mais cette correspondance médicale a été interceptée et contrôlée par les autorités pénitentiaires. La personne détenue a ainsi invoqué une violation du droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention. Et, en l'absence de motifs suffisants pour démontrer le risque d'abus dans la correspondance, le juge européen a conclu que la surveillance de la correspondance médicale n'avait pas « *respecté un juste équilibre avec le droit de l'intéressé au respect de sa correspondance* »[1576].

2) Des mesures de sécurité en détention

250. Des mesures de transferts répétés et d'isolement cellulaire. La Cour européenne des droits de l'homme a admis que des mesures de sécurité mises en place par les autorités pénitentiaires ont pu constituer des traitements inhumains ou dégradants au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, se manifestant principalement par des transferts répétés et injustifiés mais aussi par des placements à l'isolement cellulaire inadaptés à l'état de santé mentale des personnes détenues.

a. Des mesures de transferts répétés

251. Des transfèrements non justifiés par des impératifs de sécurité. Par son arrêt *Khider contre France* du 9 juillet 2009, la Cour européenne des droits de l'homme a admis que le transfert d'une personne détenue vers un autre établissement puisse s'avérer nécessaire pour assurer la sécurité dans un établissement pénitentiaire et empêcher tout risque d'évasion[1577]. Pour autant, la Cour exige que les autorités pénitentiaires maintiennent un juste équilibre entre les impératifs de sécurité et l'exigence d'assurer à la personne détenue des conditions humaines de détention[1578]. Ainsi, dans l'affaire *Payet contre France* du 20 janvier 2011, le juge européen a observé que, « *compte tenu du profil, de la dangerosité et du passé du requérant* », les autorités pénitentiaires sont parvenues à trouver un juste équilibre entre les impératifs de sécurité et l'exigence d'assurer à la personne détenue des conditions humaines de

[1576] *Ibidem.*
[1577] CEDH, 9 juillet 2009, *Khider c/ France*, req. n° 39364/05, § 110.
[1578] *Ibidem*, § 112.

détention[1579]. Dans cette affaire, le requérant avait fait l'objet de vingt-six transferts d'établissements pénitentiaires. Mais la Cour a constaté que la personne détenue avait fait l'objet de deux évasions et d'une tentative d'évasion ce qui laissait craindre aux autorités pénitentiaires la préparation d'une nouvelle évasion, si cette personne détenue restait détenue un certain laps de temps dans le même établissement pénitentiaire, et justifiait alors l'application à son encontre d'un régime de rotation de sécurité[1580]. Les mesures de transferts répétés sont par conséquent apparues justifiées par des impératifs de sécurité. *A contrario*, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme, rendu le 17 novembre 2015, dans l'affaire *Bamouhammad contre Belgique*, a relevé que les changements répétés d'établissements pénitentiaires imposés à la personne détenue « *semblent s'inscrire dans le cadre d'une politique poursuivie par l'administration pénitentiaire d'éviter d'imposer au personnel pénitentiaire et aux différents directeurs de prison un détenu plus difficile à gérer et qui s'était rendu indésirable auprès des établissements pénitentiaires qu'il avait fréquentés* »[1581]. Et, par conséquent, « *il ne ressort pas du dossier* [selon la Cour européenne] *que la grande majorité des transferts aient été la conséquence de comportements dangereux formellement identifiés par les autorités mais plutôt, et contrairement à ce que soutient le Gouvernement, d'un a priori négatif et anticipé au sein des établissements pénitentiaires à l'égard du requérant* ». Certes, les antécédents judiciaires mais aussi le comportement indiscipliné et violent de la personne détenue à l'égard du personnel pénitentiaire ont pu justifier des transfèrements répétés. En revanche, pour la Cour européenne, « *les quarante-trois transferts du requérant sur une période de six ans n'apparaissent pas au fil du temps justifiés par de tels impératifs* »[1582]. Il a en outre été constaté que la personne détenue avait notamment été soumise à une longue période d'isolement et à d'autres mesures de sécurité d'exception ainsi qu'à un retard dans la prise en charge de sa santé mentale. Par conséquent, pour le juge européen, **«** *les modalités d'exécution de la détention du requérant, soumis à des transferts répétés d'établissements pénitentiaires et à des mesures d'exception répétitives, combinées avec le retard mis par l'administration pénitentiaire à mettre en place une thérapie, et le refus des autorités à envisager le moindre aménagement de la peine malgré*

[1579] CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 64. V. aussi CEDH, 20 octobre 2011, *Alboreo c/ France*, req. n° 51019/08, § 121-130 ; CEDH, 1er octobre 2013, *Khider c/ France*, req. n° 56054/12, § 37.
[1580] CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 62. V. SENNA É., « Changements d'affectation et pouvoir disciplinaire en détention sous le regard de la CEDH », note sous CEDH, 5e sect., 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 111, p. 11.
[1581] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 128.
[1582] *Ibidem*, § 130.

l'évolution négative de l'état de santé du requérant, ont pu provoquer chez lui une détresse qui a excédé le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »[1583].

b. Des mesures d'isolement cellulaire

252. Confinement en cellule ordinaire, mise en cellule disciplinaire ou mise à l'isolement. Si des violations de l'article 3 de la Convention européenne ont pu être constatées par la Cour européenne en raison de conditions de détention en quartier disciplinaire ou en quartier d'isolement contraires à la dignité humaine[1584], elles ont principalement résulté d'une inadaptation du placement à l'isolement cellulaire à l'état de santé mentale des personnes détenues. L'isolement cellulaire d'une personne détenue, ordonné par les autorités pénitentiaires françaises, peut résulter soit d'un confinement en cellule ordinaire, soit d'une mise en cellule disciplinaire, soit d'une mise à l'isolement. Le confinement en cellule ordinaire et la mise en cellule disciplinaire sont des sanctions disciplinaires dont les personnes détenues sont susceptibles de faire l'objet en cas de violation du régime disciplinaire des établissements pénitentiaires, fixé non seulement par les dispositions du Code de procédure pénale mais aussi par le règlement intérieur de chaque établissement pénitentiaire[1585]. Prévue par l'article R. 57-7-38 du Code de procédure pénale, la sanction de confinement consiste en un placement de la personne détenue dans une cellule ordinaire qu'elle occupe seule. Conformément à l'article R. 57-7-43 de ce code, la sanction d'encellulement disciplinaire se traduit par un placement de la personne détenue dans une cellule d'un quartier de détention spécifique, le quartier disciplinaire. Si la mise à l'isolement consiste également à placer une personne détenue seule en cellule, elle ne constitue pas, selon l'article R. 57-7-62 du Code de procédure pénale, une mesure disciplinaire. Mesure de protection ou de sécurité, la mise à l'isolement peut être prononcée d'office ou à la demande de la personne détenue qui est alors placée en cellule individuelle du quartier d'isolement. À l'instar de l'État français, d'autres États parties à la Convention européenne ont recours à l'isolement cellulaire non seulement comme mesure disciplinaire mais aussi comme mesure de protection ou de sécurité.

[1583] *Ibid.*, § 155.

[1584] CEDH, 8 juillet 2004, *Ilaşcu et autres c/Moldova et Russie*, req. n° 48787/99 ; CEDH, 29 septembre 2005, *Mathew c/ Pays-Bas*, req. n° 24919/03, § 215 ; CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00 ; CEDH, 9 octobre 2012, *X. c/ Turquie*, req. n° 24626/09 ; CEDH, 18 mars 2004, *Öcalan c/ Turquie*, req. n° 46221/99.

[1585] C. pr. pén., art. R. 57-7-33 6° et 7°. V. aussi Circulaire du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures NOR : JUSK1140024C.

Il convient de rappeler que, par son arrêt *Kudla contre Pologne* du 26 octobre 2000, la Cour européenne des droits de l'homme, a affirmé que « *l'article 3 de la Convention impose à l'État de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1586]. Selon le juge européen, l'isolement sensoriel complet combiné à un isolement social total peut détruire la personnalité et constitue une forme de traitement inhumain qui ne saurait se justifier par les exigences de la sécurité ou tout autre raison. En revanche, l'interdiction de contacts avec d'autres détenus pour des raisons de sécurité, de discipline et de protection ne constitue pas en elle-même une forme de peine ou traitement inhumains[1587]. Toutefois, les mesures d'isolement cellulaire peuvent apparaître inadaptées à l'état de santé mentale des personnes détenues auxquelles elles sont appliquées. Par son arrêt *Rivière contre France* du 11 juillet 2006, la Cour européenne a affirmé que « *l'état d'un prisonnier dont il est avéré qu'il souffre de graves problèmes mentaux et présente des risques suicidaires, appelle des mesures particulièrement adaptées en vue d'assurer la compatibilité de cet état avec les exigences d'un traitement inhumain* »[1588].

Et, par son arrêt *Bamouhammad contre Belgique* du 17 novembre 2015, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que les décisions de prolongation d'un isolement doivent être motivées de manière substantielle afin d'éviter tout risque d'arbitraire[1589]. À ce titre, ces décisions doivent être prises après « *un examen évolutif des circonstances, de la situation et de la conduite du détenu* »[1590]. Une mesure d'isolement cellulaire ne peut donc être indéfiniment imposée à une personne détenue[1591]. Dans l'affaire *Bamouhammad*, la personne détenue a été placée à l'isolement cellulaire pendant sept ans. Or, selon la Cour européenne, cette durée particulièrement longue n'apparait pas suffisamment motivée par des

---

[1586] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96.
[1587] CEDH, 8 juin 1999, *Messina c/ Italie*, req. n° 25498/94.
[1588] CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03, § 75. V. aussi CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 128 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 93.
[1589] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 139.
[1590] *Ibidem.*
[1591] CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 138 et 145-146. V. PONCELA P., « Le placement à l'isolement des détenus », note sous CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n°59450/00, *RTDH* 2007 p. 247-260.

« *circonstances ou attitudes concrètes du requérant montrant qu'il continuait de représenter une menace permanente pour la sécurité des différents établissements fréquentés* »[1592]. Ainsi, « *alors que le requérant faisait déjà l'objet de mesures de transferts répétés, sa mise à l'isolement et la prolongation des mesures de sécurité d'exception pour une période si longue, combinés avec la dégradation de son état de santé mentale, entrent en ligne de compte pour apprécier* [d'après le juge européen] *si le seuil de gravité requis par l'article 3 est atteint* » [1593].

253. L'impact de l'isolement cellulaire sur l'état de santé mentale : un critère pertinent pour justifier l'incompatibilité du traitement avec les exigences de l'article 3. S'agissant de l'isolement cellulaire d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux, la Cour européenne des droits de l'homme a apporté, par son arrêt *Keenan contre Royaume-Uni* du 3 avril 2001, la précision suivante : « *pour apprécier si le traitement ou la sanction concernés étaient incompatibles avec les exigences de l'article 3, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne* »[1594]. Dans cette affaire, une personne détenue souffrant de troubles mentaux (schizophrénie paranoïde) s'est suicidée dans une cellule du quartier d'isolement dans laquelle elle avait été placée au motif que son comportement agressif et imprévisible représentait une menace pour le personnel. Selon la Cour européenne, la mère requérante avait invoqué que, bien que l'isolement de personnes détenues ne soit pas en lui-même contraire à l'article 3 de la Convention, l'État doit rechercher attentivement si, du fait de la personnalité et de la vulnérabilité d'une personne détenue, un traitement qui se justifie par ailleurs ne risque pas d'entrainer chez elle des souffrances et briser sa résistance physique et mentale[1595]. La Cour européenne a constaté de graves lacunes dans les soins médicaux prodigués à la personne détenue atteinte de troubles mentaux, dont les tendances suicidaires étaient connues, en raison du fait que son état de santé n'ait pas été surveillé de manière effective mais aussi que son état ait été apprécié et son traitement défini sans que de spécialistes en psychiatrie ne soient consultés[1596]. Dans ces conditions, la Cour européenne a

[1592] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 143.
[1593] *Ibidem*, § 144.
[1594] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 111. V. aussi CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03, § 63 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 120 ; CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, req. n° 38447/09, § 109.
[1595] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 105.
[1596] *Ibidem*, § 116.

conclu que la sanction disciplinaire infligée à la personne détenue consistant en « *sept jours d'isolement dans le quartier disciplinaire et vingt-huit jours de détention supplémentaires – deux semaines après les faits et seulement neuf jours avant la date prévue pour sa sortie* » était susceptible d'ébranler la résistance physique et morale de la personne détenue et n'était donc pas compatible avec le niveau de traitement exigé à l'égard d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux[1597].

À l'instar de l'arrêt *Keenan contre Royaume-Uni*, la Cour européenne des droits de l'homme a observé, dans l'arrêt *Renolde contre France* du 16 octobre 2008, que l'impact de la sanction disciplinaire, nettement plus lourde (quarante-cinq jours de cellule disciplinaire), sur l'état de santé mentale de la personne détenue cumulée à la carence de la surveillance médicale a amené cette dernière au passage à l'acte suicidaire alors que ses tendances suicidaires étaient connues des autorités pénitentiaires[1598]. En conséquence, les effets délétères de la mesure d'isolement cellulaire sur l'état psychologique de la personne détenue doivent être considérés comme contraires aux exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et, plus particulièrement, au droit de ne pas subir de mauvais traitements[1599].

254. La maladie mentale : un critère insuffisant pour justifier l'incompatibilité du traitement avec les exigences de l'article 3. Par son arrêt *Cocaign contre France* du 3 novembre 2011**,** la Cour européenne des droits de l'homme a estimé qu'il n'est pas possible de déduire de la seule maladie mentale de la personne détenue que son placement en cellule disciplinaire et l'exécution de cette sanction étaient susceptibles d'ébranler sa résistance physique et morale et pouvaient constituer un traitement et une peine inhumains et dégradants contraires à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1600]. Contrairement aux affaires *Keenan* et *Renolde*, il n'a pas été démontré dans cette affaire que la sanction disciplinaire a eu un impact sur l'état de santé mentale de la personne détenue de nature à ébranler la résistance physique et morale de la personne détenue. Il ressort de cet arrêt

---

[1597] *Ibid.*, § 116.

[1598] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, § 129. V. MATEI M., note sous CEDH, 16 octobre 2008, 5e sect., *Renolde c/ France, req. n°* 5608/05, *Gaz. Pal.*, 12 mars 2009, n° 71, p. 42.

[1599] Le Comité européen pour la prévention de la torture a souligné, dans son 21ème rapport général, que l'isolement peut avoir « *des effets extrêmement dommageables sur la santé mentale, somatique et le bien-être social de ceux qui y sont soumis* » mais aussi que « *ces effets dommageables peuvent être immédiats et augmentent d'autant plus que la mesure se prolonge et que sa durée est indéterminée* ». V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *21ème rapport général 1er août 2010 – 31 juillet 2011*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2011, § 53 s.

[1600] CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign c/ France*, req. n° 32010/07, § 62.

Cocaign que le requérant était atteint de troubles psychiatriques d'une exceptionnelle gravité et qu'il était particulièrement dangereux pour les autres. En revanche, il ne présentait aucune tendance suicidaire. Pour le juge européen, « *les autorités pénitentiaires, au vu des troubles mentaux du requérant et du risque qu'il constitue un danger pour autrui, ne pouvaient à ce moment-là que l'isoler des autres détenus, la survenance d'un danger pour lui-même ayant au demeurant été apparemment exclue par les médecins de l'Unité pour malades difficiles* […] *à la sortie de son hospitalisation* »[1601].

En conséquence, la Cour européenne des droits de l'homme reconnaît la vulnérabilité et la personnalité particulières des personnes détenues atteintes de troubles mentaux afin de leur garantir une protection adaptée, dans le cadre notamment des mesures d'isolement cellulaire prises à leur encontre. Elle n'a d'ailleurs pas manqué d'affirmer que le placement à l'isolement cellulaire est une « *période sensible* » pour la personne détenue, « *a fortiori pour une personne atteinte d'une maladie psychiatrique* »[1602]. Cette protection adaptée permet d'assurer aux personnes détenues le respect des droits fondamentaux garantis par la Cour européenne des droits de l'homme. Pour autant, le seul fait que les personnes détenues souffrent de maladie mentale ne permet pas de justifier l'incompatibilité du traitement avec les exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Ainsi, force est de constater que tout placement à l'isolement cellulaire n'est pas constitutif d'un mauvais traitement au sens de cet article 3, d'autant que cette mesure peut s'avérer justifiée dans un souci de protection de la personne détenue ou des autres personnes détenues.

3) L'alimentation forcée des grévistes de la faim

255. Une pratique justifiée par une nécessité médicale. Une mesure dictée par une nécessité thérapeutique n'est pas en principe inhumaine ou dégradante. C'est particulièrement le cas de l'alimentation imposée par la force à une personne détenue en grève de la faim pour lui sauver la vie. Telle est la décision retenue par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *Nevmerjitski* du 5 avril 2005 qui a condamné l'État ukrainien[1603]. Le requérant, qui avait entamé au cours de sa détention une grève de la faim, a été alimenté de force. Il a invoqué que l'alimentation forcée qu'il a subie était constitutive d'un acte de torture et

[1601] CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign c/ France*, req. n° 32010/07, § 61.
[1602] *Ibidem.*
[1603] CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/ Ukraine*, req. n° 54825/00.

que la nécessité médicale d'une alimentation par la force n'a pas été démontrée. En outre, il a soutenu avoir été alimenté, contre son gré, plusieurs fois par semaine, par des personnes détenues déjà condamnées et non par le personnel médical. Pour ce faire, il a été « *menotté à une chaise ou à un appareil de chauffage et contraint à subir l'insertion dans l'œsophage d'un tube en caoutchouc relié à un seau contenant un mélange nutritionnel spécial* »[1604]. Quant au gouvernement ukrainien, il a estimé que l'alimentation par la force a été dictée par une stricte nécessité médicale afin de préserver la vie de la personne détenue mais aussi qu'il n'a pas été démontré que l'alimentation forcée ait porté atteinte à la santé de la personne détenue et ce, de quelque manière que ce soit. La Cour européenne a d'abord rappelé, conformément à l'arrêt *X. contre Allemagne* rendu par la Commission européenne des droits de l'homme le 9 mai 1984, que « *le fait de nourrir de force une personne comporte des aspects dégradants qui, dans certaines circonstances, peuvent être considérés comme interdits par l'article 3 de la Convention* » [1605]. En revanche, lorsque « *une personne détenue poursuit une grève de la faim, cela peut inévitablement conduire à un conflit, que la Convention ne résout pas, entre le droit à l'intégrité physique de l'individu et l'obligation positive que l'article 2 de la Convention fait peser sur les Hautes Parties contractantes* »[1606]. Mais, dans ces conditions, « *il est permis* [selon la Cour] *de nourrir de force un détenu si celui-ci, en raison d'une grève de la faim, risque de subir des dommages de nature permanente, et l'alimentation forcée est même obligatoire s'il existe un danger manifeste pour la vie de l'intéressé* »[1607]. Aucune considération n'est alors faite au principe de l'autonomie personnelle.

256. Une pratique respectueuse de la dignité humaine. Par son arrêt *Neymerjitski contre Ukrain*e, la Cour européenne des droits de l'homme a observé que la décision d'alimenter par la force une personne détenue en grève de la faim ne constitue pas un acte de torture dès lors que cette décision est médicalement requise. Mais, cette décision doit respecter les garanties procédurales devant accompagner toute décision d'alimentation forcée et ne pas dépasser un certain seuil de gravité. En ce sens, la Cour européenne a conclu à la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme aux motifs d'une part, que le gouvernement ukrainien n'a pas établi que l'alimentation par la force répondait à une nécessité médicale ; d'autre part, que les garanties procédurales n'ont pas été respectées du fait du non-respect de

[1604] *Ibidem*, § 89.
[1605] Com.EDH, 9 mai 1984, *X. c/ Allemagne*, req. n° 10565/83 cité par CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/ Ukraine*, req. n° 54825/00, § 93.
[1606] *Ibidem*.
[1607] *Ibid.*

la volonté de la personne détenue ; et enfin, que les moyens de contrainte utilisés pour pratiquer l'alimentation de force de la personne détenue, sans justification médicale, constituent un acte de torture eu égard à la gravité du traitement infligé. Toute mesure de contrainte utilisée pour l'alimentation de force, inutilement douloureuse et humiliante revêt la qualification d'acte de torture[1608]. En somme, si l'alimentation forcée s'avère nécessaire pour sauvegarder la vie d'une personne détenue en grève de la faim, elle doit impérativement être réalisée dans des conditions respectueuses de la dignité humaine[1609].

Par l'arrêt *Pandjikidzé et autres contre Géorgie* du 20 juin 2006, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que le non recours à l'alimentation forcée par les autorités compétentes face à la grève de la faim menée par une personne détenue ne suffit pas à caractériser une violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1610]. La personne détenue requérante a dénoncé une violation de ces dispositions en raison de l'absence de réaction des autorités lors de sa grève de la faim. Or, il n'est pas établi que la vie de la personne détenue ait été exposée à un danger apparent et qu'un impératif médical justifiait qu'il soit alimenté par la force. Il n'est également pas démontré que la personne détenue n'ait pas bénéficié des soins médicaux adaptés à son état de santé et qu'elle était médicalement inapte à supporter sa détention. La Cour a donc jugé sa requête irrecevable.

§2. L'obligation d'assurer des conditions de détention conformes à la dignité humaine

257. Une obligation « *d'action* » à la charge des États. Par une interprétation dite « *dynamique* » [1611] de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen met également à la charge des États une obligation d'assurer aux personnes détenues des conditions de détention conformes à la dignité humaine. En protégeant les personnes détenues contre des conditions de vie inhumaines dans les établissements pénitentiaires,

[1608] CEDH, 19 juin 2007, *Ciorap c/ Moldova*, req. n°12066/02, § 84-88.
[1609] Pour aller plus loin : CASILE-HUGUES G., *La grève de la faim en milieu carcéral : à travers le cas de la Maison d'arrêt des Baumettes de 1975 à 1983*, Aix-en-Provence, Presses de l'Université D'Aix-Marseille, 1994.
[1610] CEDH, 20 juin 2006, *Pandjikidzé et autres c/ Géorgie*, req. n° 30323/02 (décision sur la recevabilité).
[1611] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 212, p. 346.

cet article 3 impose aux États de satisfaire une obligation « *d'action* »[1612]. Il ressort, en effet, de l'arrêt *Kudla contre Pologne* du 26 octobre 2000 que les États doivent « *s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine* »[1613]. Les conditions de détention qui ne garantissent pas le respect de la dignité humaine sont alors susceptibles de constituer un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention. Pour tomber sous le coup de cet article 3, les conditions de détention constitutives d'un mauvais traitement doivent atteindre un minimum de gravité, ce minimum étant apprécié par la Cour européenne des droits de l'homme à la lumière des circonstances propres à chaque espèce. Ainsi, comme l'a observé le Professeur Frédéric Sudre, « *les conditions d'applicabilité du droit sont celles définies initialement par la jurisprudence européenne relative à la torture et aux traitements inhumains et dégradants* »[1614]. Ces conditions ayant précédemment fait l'objet d'une analyse, il nous incombe à présent d'identifier et d'examiner les principales hypothèses de violation du droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine.

Les atteintes portées au droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine se traduisent non seulement par des conditions d'hébergement au sein des établissements pénitentiaires contraires à la dignité humaine mais aussi par une prise en charge inadaptée de l'état de santé des personnes détenues.

A. Des atteintes à la dignité des conditions d'hébergement

258. Des conditions de détention objectivement inacceptables. Conformément aux Règles pénitentiaires européennes, « *les conditions de logement des détenus doivent satisfaire aux mesures de sécurité les moins restrictives possible et compatibles avec le risque que les intéressés s'évadent, se blessent ou blessent d'autres personnes* »[1615]. La Commission européenne des droits de l'homme avait retenu que les conditions matérielles de détention devaient être non seulement objectivement dégradantes mais aussi nécessairement humiliantes

[1612] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 212, p. 346.
[1613] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94. V. aussi CEDH, 26 avril 2016, *Murray c/ Royaume-Uni*, req. n° 10511/10, § 67.
[1614] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 212, p. 345.
[1615] Règle 18.10.

à l'égard de la personne détenue pour atteindre le seuil de gravité du mauvais traitement exigé par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1616]. Mais, par son arrêt *Peers contre Grèce* du 19 avril 2001, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que l'absence d'une intention d'humilier ou de rabaisser la personne détenue ne saurait exclure de façon définitive le constat de violation de l'article 3[1617]. Dès lors, la Cour tient compte, depuis lors, du caractère objectivement inacceptable des conditions de détention pour déterminer si elles portent atteinte à la dignité de la personne détenue et si elles sont de fait constitutives d'un mauvais traitement au sens de cet article 3. Dans l'affaire *Peers*, les conditions de détention du requérant ont été objectivement qualifiées d'inacceptables aux motifs d'une part, que ce dernier a été contraint, « *pendant deux mois au moins* », de « *passer une grande partie de la journée sur son lit, dans une cellule dépourvue de fenêtres et de système d'aération, où la chaleur devenait quelques fois insupportable* » ; et d'autre part, qu'il devait utiliser les toilettes en présence de son codétenu[1618] et enfin, que ses conditions de détention ont porté atteinte à sa dignité et ont provoqué chez lui des sentiments de désespoir et d'infériorité propres à l'humilier et à le rabaisser, voire à briser sa résistance physique et morale[1619].

Afin de qualifier les conditions d'hébergement des personnes détenues comme objectivement dégradantes et démontrer que ces conditions ont ainsi atteint le minimum de gravité requis pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention, le juge européen a non seulement fait état de la promiscuité en cellule mais aussi des manquements éventuels aux règles d'hygiène.

1) De la seule promiscuité en cellule

259. Un espace individuel de vie restreint. La restriction de l'espace vital des personnes détenues résulte particulièrement de la sur-occupation des cellules, cellules dont la taille apparait alors comme insuffisante eu égard au nombre de personnes qui y sont placées. Face à l'ampleur du surpeuplement carcéral, la Cour européenne des droits de l'homme a dû déterminer si un espace individuel de vie restreint suffisait à qualifier ces conditions de

[1616] Com.EDH, 15 mai 1980, *MacFeeley c/ Royaume-Uni*, § 74 cité par SUDRE F., MARGUENAUD J.-P., ANDRIANTSIMBAZOVINA J., GOUTTENOIRE A., LEVINET M., *Les grands arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme*, 7e éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2015, p. 173.
[1617] CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/ Grèce*, req. n° 28524/95, § 74.
[1618] CEDH, 15 décembre 2015, *Szafranski contre Pologne*, req. n° 17249/12 (violation de l'article 8 de la Convention).
[1619] CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/ Grèce*, req. n° 28524/95, § 75.

détention comme objectivement inacceptables au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Pour cela, le juge européen a prêté, comme elle le rappelle dans l'arrêt *Torreggiani et autres contre Italie*, une attention particulière aux recommandations du Conseil de l'Europe en matière de surpeuplement carcéral ainsi qu'aux rapports généraux du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (C.P.T.) et aux rapports remis par ce Comité aux autorités nationales suite aux visites effectuées dans les différents États membres du Conseil de l'Europe[1620]. Dans son deuxième rapport général d'activités, le Comité européen pour la prévention de la torture a estimé que « *le degré de surpeuplement d'une prison, ou dans une partie de celle-ci, peut être tel qu'il constitue, à lui seul, un traitement inhumain ou dégradant* »[1621]. De même, dans son septième rapport général d'activités, le Comité a précisé qu'il a, à plus d'une reprise, « *été amené à conclure que les effets néfastes du surpeuplement avaient abouti à des conditions de détention inhumaines et dégradante*s »[1622]. En outre, par un rapport remis aux autorités françaises, après une visite notamment des maisons d'arrêt de Loos et de Toulon, le Comité a recommandé que « *le taux d'occupation de toutes les cellules de 9 à 11 m² se situe à un maximum de deux détenus et celui de celles de 12 m² à un maximum de trois* »[1623].

Face à l'influence de ces recommandations, la Cour européenne des droits de l'homme a-t-elle pour autant retenu que le manque d'espace individuel de vie peut emporter, à lui seul, violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ? Aux termes de l'arrêt *Ananyev contre Russie* du 10 janvier 2012, la Cour a considéré que le surpeuplement atteint à lui seul, dans les cas où les personnes détenues bénéficient de moins de 3 m^2 d'espace individuel de vie, un niveau suffisant de gravité pour rentrer dans le champ d'application de cet article 3[1624]. Pour le juge européen, un espace de vie inférieur à 3 m^2

[1620] CEDH, 8 janvier 2013, *Torreggiani et autres c/ Italie*, req. n° 43517/09, n° 46882/09, n° 55400/09, n° 57875/09, n° 61535/09, n° 35315/10 et n° 37818/10, § 30-32. V. aussi CEDH, 25 novembre 2014, *Vasilescu c/ Belgique*, req. n° 64682/12, § 45.

[1621] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1991*, Strasbourg, 13 avril 1992, § 46 [consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/fr/annuel/rap-02.htm

[1622] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1996*, Strasbourg, 22 août 1997, § 13 [consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/fr/annuel/rap-07.htm

[1623] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 11 au 17 juin 2003*, Strasbourg, 31 mars 2004, § 30 [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2004-06-inf-fra.pdf

[1624] CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/ Russie*, req. n° 42525/07 et n° 60800/08, § 145.

suffit alors à caractériser les conditions de détention comme objectivement inacceptables et, par conséquent, à justifier une violation de l'article 3 de la Convention. En effet, il ressort de la jurisprudence européenne, comme le rappelle la Cour dans l'arrêt *Torreggiani et autres contre Italie*[1625], que lorsque la surpopulation carcérale est telle que l'espace personnel accordé aux personnes détenues est inférieur à 3 m², cet élément suffit, à lui seul, pour conclure à la violation de l'article 3[1626]. Dans l'affaire *Torreggiani et autres contre Italie*, le juge européen a considéré, en premier lieu, que les personnes détenues requérantes n'avaient pas « *bénéficié d'un espace de vie conforme aux critères qu'elle a jugés acceptables par sa jurisprudence* » (à savoir un espace individuel de vie de 4m^2 minimum) et que ce manque d'espace représentait en lui-même un traitement contraire à l'article 3 de la Convention[1627]. En second lieu, le juge européen a observé que cet espace individuel de vie restreint a été aggravé par certains manquements aux règles d'hygiène (« *le manque d'eau chaude* », « *l'éclairage et la ventilation insuffisants* »)[1628]. Si ces manquements ont engendré chez les requérantes une souffrance supplémentaire, le juge européen a néanmoins précisé que ces manquements n'étaient pas en soi constitutifs d'un traitement inhumain et dégradant. Mais il ressort de la jurisprudence européenne que, dans les cas où le manque d'espace n'était pas suffisamment sévère, l'effet cumulé de cette promiscuité et des manquements aux règles d'hygiène a permis à la Cour de constater une violation de l'article 3 de la Convention. En effet, par son arrêt *Canali contre France* du 25 avril 2013, le juge européen a estimé que, dans les affaires où la surpopulation n'est pas importante au point de soulever à elle seule un problème sous l'angle de l'article 3, d'autres aspects des conditions de détention doivent être pris en compte dans l'examen du respect de cette disposition[1629]. Il est principalement question des conditions d'hygiène en cellule.

[1625] CEDH, 8 janvier 2013, *Torreggiani et autres c/ Italie*, req. n° 43517/09, n° 46882/09, n° 55400/09, n° 57875/09, n° 61535/09, n° 35315/10 et n° 37818/10, § 68.

[1626] CEDH, 21 juin 2007, *Kantyrev c/ Russie*, req. n° 37213/02, § 50-51 ; CEDH, 29 mars 2007, *Andreï Frolov c/ Russie*, req. n° 205/02, § 47-49 ; CEDH, 4 mai 2006, *Kadikis c/ Lettonie*, req. n° 62393/00, § 55 ; CEDH, 16 juillet 2009, *Sulejmanovic c/ Italie*, n° 22635/03, § 43.

[1627] CEDH, 8 janvier 2013, *Torreggiani et autres c/ Italie*, req. n° 43517/09, n° 46882/09, n° 55400/09, n° 57875/09, n° 61535/09, n° 35315/10 et n° 37818/10, § 75-77.

[1628] *Ibidem* § 77. V. aussi CEDH, 14 septembre 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, § 57.

[1629] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 50. Il résulte de l'édition 2014 des statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe que la France occupe (derrière la Hongrie, la Belgique, la Macédoine, la Grèce, l'Albanie, l'Espagne et la Slovénie) le huitième rang des pays européens dont la surpopulation carcérale est la plus élevée. V. COUNCIL OF EUROPE, Annual Penal Statistics, SPACE I - Prison populations, Survey 2014 [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://wp.unil.ch/space/files/2016/05/SPACE-I-2014-Report_final.1.pdf

Au 1er mai 2016, le nombre de personnes détenues en surnombre était, selon Pierre-Victor Tournier, de 14 328 (68 685 personnes incarcérées pour 58 683 places opérationnelles). V. OPALE 1. État de la population sous écrou au 1er mai 2016 et évolution sur un an [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://www.farapej.fr/ Dossiers/Opale/0516_O1_pop_sous_ecrou.pdf.

Eu égard à ses différents travaux auxquels se réfère la Cour européenne des droits de l'homme, le Comité européen pour la prévention de la torture a publié, le 15 décembre 2015, des normes fondamentales minimales en matière d'espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires[1630]. En abandonnant la norme des 4 m^2 d'espace vital individuel, le Comité a souhaité promouvoir des normes plus élevées en matière d'espace vital par personne détenue. Il énonce que « *la norme minimale concernant l'espace vital devrait exclure les sanitaires qui se trouvent à l'intérieur d'une cellule* »[1631]. À cet égard, « *une cellule individuelle devrait mesurer 6 m² auxquels on ajouterait la superficie nécessaire à une annexe sanitaire (généralement d'1 à 2 m²)* » et « *l'espace occupé par l'annexe sanitaire devrait être exclue du calcul des 4 m² par personne dans les cellules collectives* »[1632]. S'agissant des cellules collectives, le Comité recommande ainsi d'ajouter, aux 6 m² minimum d'espace vital requis pour une cellule individuelle, 4 m² par détenu supplémentaire. La norme minimale en matière d'espace vital serait alors :

- pour une personne détenue : 6 m^2 au moins d'espace vital + l'annexe sanitaire.
- pour deux personnes détenues : 10 m² au moins (6 m² + 4 m²) d'espace vital + l'annexe sanitaire
- pour trois personnes détenues: 14 m² au moins (6 m² + 8 m²) d'espace vital + l'annexe sanitaire
- pour quatre personnes détenues: 18 m² au moins (6 m² + 12 m²) d'espace vital + l'annexe sanitaire

Par conséquent, d'après ces normes minimales, une cellule de 8 à 9 m² ne pourrait pas accueillir plus d'une personne détenue. Le Comité a également précisé que « *toute cellule utilisée pour l'hébergement de détenus devrait mesurer au moins 2 m d'un mur à l'autre de la cellule et 2,5 m du sol au plafond* »[1633].

Dans un souci de préserver la dignité humaine des personnes détenues, il apparaît souhaitable que les États membres du Conseil de l'Europe appliquent ces normes minimales

---

[1630] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires : Normes du CPT*, 15 décembre 2015, 7 p. [consulté le 28 décembre 2015]. Disponible sur : http://hudoc.cpt.coe.int/fre/?i=p-standards-inf-2015-44-fr-1
V. LARRALDE J.-M., « Le comité européen pour la prévention de la torture publie ses normes en matière d'espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires », *Arpenter le Champ pénal*, Chronique côté CourEDH, 27 décembre 2015 [consulté le 28 décembre 2015]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr
[1631] *Ibidem*, p. 4.
[1632] *Ibid.*
[1633] *Ibid.*

en matière d'espace vital à l'ensemble des établissements pénitentiaires et à défaut, que le juge national ou le juge européen en assurent le respect.

2) De l'effet cumulé de la promiscuité et des manquements aux règles d'hygiène

260. Des conditions d'hygiène en cellule. Selon la Cour européenne des droits de l'homme, « *la possibilité d'utiliser les toilettes de manière privée, le mode d'aération, l'accès à la lumière et à l'air naturels, la qualité du chauffage et le respect des exigences sanitaires de base* » sont examinés en sus du manque d'espace individuel de vie, dans les cas où cet espace est supérieur à 3 m^2 [1634]. Dans l'affaire *Canali contre France*, le juge européen a constaté, après avoir rappelé que « *l'accès, au moment voulu, à des toilettes convenables et le maintien de bonnes conditions d'hygiène sont des éléments essentiels d'un environnement humain et que les détenus doivent jouir d'un accès facile aux installations sanitaires et protégeant leur intimité* », que la cellule de la personne détenue requérante ne disposait pas de toilettes avec un dispositif de séparation convenable et que cette personne devait utiliser ces toilettes en présence d'un codétenu et, de fait, sans aucune intimité « *étant précisé que le lit était situé à 90 cm de celles-ci* »[1635]. L'arrêt *Canali contre France* témoigne d'une violation de l'article 3 caractérisée par l'effet cumulé de la promiscuité et des manquements relevés aux règles d'hygiène, ces différents aspects des conditions de détention ayant provoqué chez la personne détenue des sentiments de désespoir et d'infériorité propres à l'humilier et à le rabaisser. Le juge européen a en outre précisé, dans cette affaire, que la situation de la personne détenue avait été aggravée en raison des modalités et de la durée très limitées des périodes qu'elle était autorisée à passer hors de sa cellule. Cette précision renforce, en l'espèce, l'effet cumulé des conditions de détention considérées comme objectivement dégradantes.

À de nombreuses reprises, la jurisprudence européenne a ainsi tenu compte de cet effet cumulé des conditions de détention pour constater que celles-ci atteignaient le seuil de gravité minimum requis pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne des

[1634] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 50.
[1635] *Ibidem*. V. aussi CEDH, 15 décembre 2015, *Szafranski contre Pologne*, req. n° 17249/12 (violation de l'article 8 de la Convention).

droits de l'homme[1636]. La Cour européenne des droits de l'homme met ainsi à la charge des États membres une obligation d'assurer aux personnes détenues des conditions de vie en détention conformes à la dignité humaine. Cette obligation impose notamment aux États, de prendre des mesures appropriées afin de protéger les personnes détenues contre le tabagisme passif et ce, dans un souci de préserver leur santé.

261. Le cas particulier de l'exposition au tabagisme passif. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.), le tabagisme tue, chaque année dans le monde, « *plus de 600 000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée* »[1637]. Les personnes détenues sont particulièrement exposées au tabac. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.S.S.) a démontré, en 2003, non seulement que 80 % des entrants en détention en 2003 fument mais aussi que 55 % des entrants fument entre six et vingt cigarettes par jour[1638]. Aussi, les personnes détenues « non fumeuses » présentent un risque important d'exposition au tabagisme passif eu égard à la fréquente sur occupation des cellules, facteur de promiscuité, et de la difficile séparation des personnes détenues « non fumeuses » et de personnes détenues « fumeuses ». Ce risque d'exposition passive aux fumées de tabac augmente ainsi la particulière vulnérabilité des personnes détenues, notamment pour celles qui présentent un état de santé dégradé. Saisi de la question spécifique de l'exposition des personnes détenues au tabagisme passif, le juge européen a dégagé une obligation positive à la charge des États membres, celle d'assurer une protection appropriée des personnes détenues contre les effets délétères du tabagisme passif.

Par un arrêt du 13 septembre 2005, *Ostrovar contre Moldavie*, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné le gouvernement moldave pour violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, au motif notamment qu'il n'a pas tenu compte du statut « non-fumeur » de la personne détenue requérante, lors de son affectation en cellule avec des personnes détenues « fumeuses »[1639]. En effet, la personne détenue, qui souffrait

---

[1636] CEDH, 15 juillet 2002, *Kalachnikov c/ Russie*, req. n° 47095/99, § 102 ; CEDH, 18 octobre 2007, *Babouchkine c/ Russie*, req. n° 67523/01, § 44 et 50 ; CEDH, 17 janvier 2012, *István Gábor Kovács c/ Hongrie*, req. n° 15701/10, § 26 ; CEDH, 25 novembre 2014, *Vasilescu c/ Belgique*, req. n° 64682/12.

[1637] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Tabac », Aide-mémoire n° 339, juillet 2015 [consulté le 25 septembre 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/

[1638] MOUQUET M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* n° 386, mars 2005, p. 6, tableau n° 5 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

[1639] CEDH, 13 septembre 2005, *Ostrovar c/ Modalvie*, req. n° 35207/03, § 85.
CÉRÉ J.-P., « La protection européenne du droit à la santé des détenus » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 37.

d'asthme, a été placée en détention avec d'autres personnes détenues qui fumaient dans la cellule. Elle avait pourtant demandé à être transférée dans une cellule « non-fumeur ». Ignorant cette demande et conscientes de son état de santé, les autorités pénitentiaires n'avaient pris aucune mesure pour séparer cette personne détenue « non fumeuse » des personnes détenues « fumeuses ». La Cour européenne a ainsi constaté que le gouvernement moldave avait manqué à son obligation de protéger la santé des personnes détenues en exposant le requérant à la fumée de cigarettes. Aussi, en sus de cette exposition au tabagisme passif, le juge européen a fait jouer la protection de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme sur l'ensemble des conditions de détention dont a fait l'objet la personne détenue (absence de soins médicaux, nourriture inadaptée,…) et sur les effets de ces conditions sur son état de santé[1640]. Cet arrêt *Ostrovar contre Moldavie* témoigne ainsi de la volonté de la Cour européenne des droits de l'homme de faire du droit des non-fumeurs à ne pas être exposés à la fumée de tabac un corollaire du droit à la protection de la santé.

Si la protection contre le tabagisme passif est reconnue comme un véritable enjeu de santé publique, le juge européen a pour autant observé « *l'absence d'une action uniforme dans les États membres en ce qui concerne la réglementation relative au tabagisme et la protection contre le tabagisme passif dans les établissements pénitentiaires* »[1641]. Par conséquent, si dans certains États membres, les personnes détenues « non fumeuses » sont tenues de partager leur cellule avec des personnes « fumeuses », dans d'autres elles sont placées dans des cellules séparées des personnes détenues « fumeuses ». De même, dans certains États membres, les espaces collectifs des établissements pénitentiaires, où les personnes détenues peuvent fumer, sont limités alors que dans d'autres États, aucune limitation n'est imposée[1642]. Dans l'arrêt *Florea contre Roumanie* du 14 septembre 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a été saisie par une personne détenue du fait de ses conditions de détention, se traduisant notamment par une exposition à des fumées de cigarettes dans les cellules sur occupées et les salles de l'hôpital pénitentiaire dans lesquelles elle avait été placée. Atteint d'une hépatite chronique et d'hypertension artérielle, le requérant « non-fumeur » avait en effet été contraint de partager, durant toute sa détention, ces cellules ou salles avec des personnes détenues

---

[1640] CEDH, 13 septembre 2005, *Ostrovar c/ Modalvie*, req. n° 35207/03, § 89.
[1641] CEDH, 14 septembre 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, § 60. V. MOURON P., « L'exposition d'un détenu au tabagisme passif : un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », note sous CEDH, 14 sept. 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, *RDSS* 2011, p. 86.
[1642] CEDH, 14 septembre 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, § 60. V. aussi CEDH, 13 novembre 2006, *Aparicio Benito c/ Espagne*, req. n° 36150/03 (irrecevabilité de la requête).

« fumeuses », malgré les recommandations médicales formulées à son égard. Estimant que les conditions de détention subies par la personne détenue ont dépassé le seuil de gravité requis par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a réaffirmé l'obligation, mise à la charge des États, de tenir compte du statut « fumeur » ou « non-fumeur » lors de l'affectation en cellule des personnes incarcérées dans un établissement pénitentiaire. Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné l'État roumain pour les conditions de détention contraires à la dignité humaine que le requérant a subies et ce, sans démontrer l'impact de ces conditions de détention sur l'état de santé général de cette personne détenue[1643].

Comme en témoigne la jurisprudence européenne, le constat d'une exposition passive aux effets délétères du tabac a pu, dans certaines affaires, renforcer la conclusion d'une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits et ce, en étant intégré aux effets cumulés des conditions de détention. Toutefois, la soumission d'une personne détenue au tabagisme passif est susceptible, à elle-seule, de constituer un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans un arrêt du 25 janvier 2011, *Elefteriadis contre Roumanie*, la Cour européenne des droits de l'homme a réaffirmé que les États membres sont tenus, « *nonobstant les problèmes logistiques et financiers, d'organiser* [leur] *système pénitentiaire de façon à assurer aux détenus le respect de leur dignité humaine* » et qu'ils doivent notamment « *prendre des mesures afin de protéger un détenu contre les effets nocifs du tabagisme passif lorsque, au vu des examens médicaux et des recommandations des médecins traitants, son état de santé l'exige* »[1644]. Dans cette affaire, les autorités pénitentiaires, conscientes des problèmes particuliers de santé de la personne détenue (fibrose pulmonaire), n'ont pas pris les mesures nécessaires pour la transférer dans une cellule avec des personnes détenues « non fumeuses ». En ne répondant pas à ses demandes répétées de transfert et en la soumettant aux effets nocifs du tabagisme passif, l'État roumain a manqué à son obligation de protéger la santé de la personne détenue et ce, même si l'établissement pénitentiaire devait faire face au moment des faits à une surpopulation carcérale[1645]. Contrairement aux deux précédentes affaires évoquées précédemment, les conditions d'hygiène défaillantes résultaient de la seule soumission de la personne détenue au tabagisme passif et n'étaient pas liées à la sur-occupation de la cellule ou

[1643] CEDH, 14 septembre 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, § 65.
[1644] CEDH, 25 janvier 2011, *Elefteriadis c/ Roumanie*, req. n° 38427/05, § 48. V. CEDH, 27 mars 2008, *Choukhovoï c/ Russie*, req. n° 63955/00, § 31 ; CEDH, 10 mai 2007, *Benediktov c/ Russie*, req. n° 106/02, § 37.
[1645] CEDH, 25 janvier 2011, *Elefteriadis c/ Roumanie*, req. n° 38427/05, § 50.

encore à une insuffisance de l'aération de la cellule. En effet, si la personne détenue a bénéficié « *de promenades quotidiennes dans la cour de la prison, d'activités sportives trois fois par semaine et d'une cellule relativement grande, pourvue de lumière et de ventilation naturelles, et non surpeuplée* », le juge européen a pour autant reconnu que « *de telles circonstances, aussi positives fussent-elles, ne suffisaient pas à pallier les effets nocifs du tabagisme passif que le requérant a dû subir en raison de sa cohabitation avec des détenus fumeurs* » et a ainsi conclu à une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1646]. Il convient en outre de relever que le requérant a développé au cours de sa détention une nouvelle maladie, la bronchite chronique obstructive, qui résulterait, selon lui, de son exposition au tabagisme passif. Dès lors, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que « *lorsqu'une personne est placée sous la responsabilité de l'État en bonne santé et que tel n'est plus le cas lorsqu'elle est libérée ou, comme en l'espèce, après un certain temps passé en détention avant d'être libérée, il incombe à l'État de fournir une explication plausible à l'origine de cette situation, faute de quoi une question pourrait se poser sur le terrain de l'article 3 de la Convention* »[1647].

Dans un souci de protection de la santé des personnes détenues, la Cour européenne des droits de l'homme a par conséquent consacré, en faveur des personnes détenues « non fumeuses », un véritable droit de ne pas être soumises au tabagisme passif, notamment à l'égard de celles présentant un état de santé dégradé. Dès lors, toute soumission aux fumées de tabac placerait ces personnes détenues dans une particulière vulnérabilité et dans des conditions de détention contraires à la dignité humaine.

B. Des atteintes à une prise en charge adéquate de l'état de santé

262. Une protection extensive de l'article 3 de la Convention. La protection offerte par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme impose aussi aux États d'agir afin que « *la santé et le bien-être du prisonnier* [soient] *assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1648]. Ainsi, par cette interprétation

[1646] CEDH, 25 janvier 2011, *Elefteriadis c/ Roumanie*, req. n° 38427/05, § 50.
[1647] *Ibidem*, § 51. V. notamment CEDH, 27 avril 1992, *Tomasi c/ France*, req. n° 12850/87, § 110. ; CEDH, 28 juillet 1999, *Selmouni c/ France*, req. n° 25803/94, § 87.
[1648] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94.

extensive de l'article 3, le juge européen ne se contente pas de protéger indirectement les droits des personnes détenues en matière de santé, à travers l'interdiction des actes de torture et des traitements inhumains ou dégradants et l'obligation d'assurer des conditions d'hébergement conformes à la dignité humaine[1649]. Pour la Cour européenne des droits de l'homme, si la Convention ne comprend aucune disposition spécifique relative à la situation des personnes privées de liberté, a fortiori malades, il n'en demeure pas moins que la détention d'une personne malade puisse poser des problèmes sous l'angle de l'article 3 de la Convention[1650]. Il incombe aux États membres de veiller à ce que la personne détenue soit capable de purger sa peine, de lui administrer les soins requis par son état de santé mais aussi de lui offrir des conditions de détention adaptées à son état de santé[1651]. Tout manquement à ces obligations est alors susceptible de porter atteinte au droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine et constituer, par conséquent, un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la Convention. À ce titre, le juge européen s'est prononcé sur des allégations de violation de cet article 3 motivées par un manque de soins appropriés et une incompatibilité du maintien en détention avec l'état de santé.

1) Un manque de soins appropriés

263. L'application d'une présomption de causalité. La Cour européenne des droits de l'homme a longtemps refusé d'appliquer une présomption de causalité entre les traitements médicaux dénoncés par les personnes détenues et leurs blessures ou leur décès[1652]. Bien au contraire, les soins médicaux administrés aux personnes détenues jouissaient d'une présomption de conformité à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1653]. Par son arrêt *Herczegvalfy contre Autriche* du 24 septembre 1992, la Cour européenne a estimé qu' « *il appartient aux autorités médicales de décider – sur la base des règles reconnues de leur science – des moyens thérapeutiques à employer, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale de tels détenus* ». Et, selon la Cour,

[1649] La protection des droits des personnes détenues en matière de santé impose également aux États membres de leur distribuer une nourriture suffisant. V. CEDH, 15 juin 2006, *Moisejevs c/ Lettonie*, req. n° 64846/01, § 78-81.
[1650] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 38 ; CEDH, *Matentio c/ France*, req. n° 58749/00, § 76 ; CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03, § 60.
[1651] CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. 10401/12, § 47. V. aussi CEDH, 23 juillet 2013, *Ürfi Çetinkaya c/Turquie*, n° 19866/04, §. 87 à 92 ; CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c/ Grèce*, req. n° 1033/07, § 73.
[1652] Pour aller plus loin : BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010.
[1653] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015, n° 214, p. 350.

« *les conceptions médicales établies sont en principe décisives en pareil cas* ». Le juge européen n'a par ailleurs pas manqué de préciser qu'« *une mesure dictée par une nécessité thérapeutique, si désagréable soit-elle à l'intéressé, ne saurait, en principe, passer pour "inhumaine" ou "dégradante"* »[1654]. En dépit de cette présomption de conformité, ces mesures thérapeutiques n'échappaient pas pour autant à l'emprise de l'article 3 de la Convention dont les exigences ne souffrent d'aucune dérogation. Il incombait alors au juge européen de s'assurer que la nécessité du traitement en question était démontrée de manière convaincante[1655], à charge ainsi pour les personnes détenues, dans un état pourtant de vulnérabilité, d'apporter la preuve de la non justification par les nécessités thérapeutiques du traitement médical contesté. Cet arrêt *Herczegvalfy contre Autriche* témoigne ainsi de la réticence originelle de la Cour à faire usage d'une présomption de causalité.

En revanche, la Cour européenne des droits de l'homme a par la suite considéré, par ses arrêts *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002 et *Matencio contre France* du 15 janvier 2004, que l'absence de disposition spécifique à la situation des personnes privées de liberté dans la Convention européenne des droits de l'homme n'exclut pas que la détention d'une personne malade puisse poser des problèmes sous l'angle de l'article 3 de la Convention[1656]. Et, dans son arrêt *Keenan contre Royaume-Uni*, la Cour européenne a précisé, « *en procédant à l'examen de l'état de santé du prisonnier et aux effets de la détention sur son évolution*, […] *que certains traitements enfreignent l'article 3 du fait qu'ils sont infligés à une personne souffrant de troubles mentaux* »[1657]. Cette jurisprudence a alors mis en échec la présomption de conformité à l'article 3 des soins médicaux administrés aux personnes détenues, présomption retenue jusque-là. Depuis, le juge européen a même fait l'usage d'une présomption simple de causalité, imposant alors aux autorités nationales d'apporter une explication plausible quant à l'origine des blessures ou du décès des personnes détenues. Ce renversement de la charge de la preuve a dès lors permis de multiplier les constats de violation de la Convention européenne des droits de l'homme et, par conséquent, de renforcer l'effectivité des droits fondamentaux garantis par la Convention[1658].

[1654] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegvalfy c/ Autriche*, req. n° 10533/83, § 82. V. aussi CEDH, 30 juillet 1998, *Aerts c/ Belgique*, req. n° 25357/94, § 65-66 ; CEDH, 10 février 2001, *Naoumenko c/ Ukraine*, n° 42023/98, § 112.
[1655] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegvalfy c/ Autriche*, req. n° 10533/83, § 82. V. aussi CEDH, 30 juillet 1998, *Aerts c/ Belgique*, req. n° 25357/94, § 65-66 ; CEDH, 10 février 2001, *Naoumenko c/ Ukraine*, n° 42023/98, § 112.
[1656] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 38 ; CEDH, 15 janvier 2004, *Matencio c/ France*, n° 58749/00, § 76.
[1657] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 111-115.
[1658] Pour aller plus loin : BELDA B., *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010.

264. Des hypothèses de soins inadéquats. Au regard de la jurisprudence européenne, la Cour européenne ne se contente pas de contrôler l'existence des soins. Elle veille également à ce que la prise en charge de la santé ne soit pas affectée d'un retard injustifié mais aussi que les soins administrés soient adéquats et raisonnables. À l'occasion de l'arrêt *Martzaklis contre Grèce* du 9 juillet 2015, la Cour a rappelé que les autorités nationales doivent s'assurer non seulement que *« les diagnostics et les soins dans les prisons, y compris les hôpitaux des prisons, interviennent rapidement et soient appropriés* » mais aussi que « *lorsqu'il est rendu nécessaire par l'état de santé du détenu, le suivi intervienne à des intervalles réguliers et inclut une stratégie thérapeutique complète tendant à obtenir le rétablissement du détenu ou, du moins, éviter que son état ne s'aggrave*[1659] ». Conscient des exigences pratiques de la détention, le juge européen a également précisé qu'il se reconnait suffisamment de flexibilité pour apprécier *in concreto* si les carences dans les soins médicaux ont été compatibles avec la dignité humaine de la personne détenue[1660]. Dès lors, le juge européen vérifie d'une part que les soins ont été dispensés à la personne détenue dans un délai raisonnable. Dans l'affaire *Bamouhammad contre Belgique*, la personne détenue a reproché aux autorités belges un retard important dans la prise en charge de sa santé mentale résultant de ses nombreux transferts d'établissements pénitentiaires[1661]. Selon la Cour européenne, un diagnostic psychiatrique avait établi que la personne détenue était atteinte du syndrome de Ganser[1662], communément appelé « syndrome de prison », et des expertises médicales avaient démontré la nécessité d'un suivi psychologique continu. Mais ce suivi a été empêché par les transfèrements répétés[1663]. La continuité de ce suivi psychologique d'un établissement à l'autre n'a été assurée que cinq ans après l'évaluation du diagnostic. La Cour européenne a en outre fait état de la détérioration croissante de l'état de santé psychique, déjà fragile, de la personne détenue. Ainsi, le juge européen a « *déduit du retard mis à lui fournir des soins appropriés que les autorités pénitentiaires n'ont pas suffisamment pris la mesure de sa vulnérabilité ni envisagé*

[1659] CEDH, 9 juillet 2015, Martzaklis et autres c/ Grèce, req. n° 20378/13. § 65. V. aussi CEDH, 30 juillet 2009, Pitalev c/ Russie, req. n° 34393/03, § 54 ; CEDH, 12 juin 2008, *Kotsaftis* c/ Grèce, req, n° 39780/06, § 61.
[1660] CEDH, 9 juillet 2015, Martzaklis et autres c/ Grèce, req. n° 20378/13. § 65. V. aussi CEDH, 30 décembre 2008, Aleksanyan c/ Russie, req. n° 46468/06, § 140.
[1661] CEDH, 17 novembre 2015, Bamouhammad c/ Belgique, req. n° 47687/13.
[1662] V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Syndrome de Ganser*, Document préparé pour la réunion du Groupe médical (5 novembre 2001) par M. Florin A. STĂNESCU, Strasbourg, 28 septembre 2001, 3 p. [consulté le 9 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2001-67-eng.pdf
[1663] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 62-63 et 146.

sa situation dans une perspective humanitaire »[1664]. Et, d'autre part, un examen de la nature du traitement médical est opéré par le juge européen afin de déterminer si le traitement médical administré à la personne détenue répond aux exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Aux termes de l'arrêt *Kudla contre Pologne*, la santé et le bien-être de la personne détenue doivent être *« assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1665]. Si les soins médicaux dispensés à une personne détenue doivent être requis par son état de santé, il n'en demeure pas moins que ces soins doivent aussi être justifiés par les nécessités thérapeutiques[1666]. Cette exigence s'est notamment affirmée à propos de l'alimentation de force des personnes détenues en grève de la faim[1667] et des traitements prodigués aux personnes détenues souffrant de troubles mentaux. Pour le juge européen, les personnes détenues doivent bénéficier d'un encadrement médical adapté à leur santé. Une prise en charge inadéquate de l'état de santé de la personne détenue est alors susceptible de constituer un traitement contraire à l'article 3 de la Convention. Par son arrêt *Rivière contre France* du 11 juillet 2006, la Cour européenne a estimé que « *l'état d'un prisonnier dont il est avéré qu'il souffrait de graves problèmes mentaux et présentait des risques suicidaires, même si jusqu'à présent ceux-ci ne se sont pas réalisés, appelle des mesures particulièrement adaptées en vue d'assurer la compatibilité de cet état avec les exigences d'un traitement humain, quelle que soit la gravité des faits à raison desquels il a été condamné* »[1668]. De même, il ressort de l'arrêt *Wenner contre Allemagne* du 1er septembre 2016, que les autorités pénitentiaires doivent accorder des traitements de

---

[1664] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 148. V. aussi CEDH, 27 juin 2000, *Ilhan c/ Turquie*, req. n° 22277/93 ; CEDH, 14 mars 2013, *Salakhov et Islyamova c/ Ukraine*, req. n° 28005/08.

[1665] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94. Dans cette affaire, la Cour européenne n'a pas observé que les soins médicaux administrés à la personne détenue n'aient pas été assurés de manière adéquate et n'a donc pas estimé, au regard des conditions de détention, que le requérant ait été soumis à des mauvais traitements atteignant un niveau de gravité suffisant pour entrer dans le champ d'application de l'article 3 de la Convention. V. aussi CEDH, 12 juin 2008, *Kotsaftis c/ Grèce, req, n° 39780/06, § 61*.

[1666] CEDH, 2 novembre 2006, *Serifis c/ Grèce*, req. n° 27695/03, § 34-36 ; CEDH, 4 octobre 2005, *Sarban c/ Moldova*, req. n° 3456/05, § 77 ; CEDH, 11 juillet 2007, *Boicenco c/ Moldova*, req. n° 41088/05, § 118 ; CEDH, 13 juillet 2006, *Popov c/ Russie*, req. n° 26853/04, § 219 ; CEDH, 19 octobre 2006, *Koval c/ Ukraine*, req. n° 65550/01, § 79-82.
V. HENNION-JACQUET P., « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », note sous CEDH, 2 novembre 2006, *Serifis c/ Grèce*, req. n° 27695/03, *RDSS* 2007, p. 259.

[1667] Com.EDH, 9 mai 1984, *X. c/ Allemagne*, req. n° 10565/83 ; CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/ Ukraine*, req. n° 54825/00.

[1668] CEDH, 11 juillet 2006, Rivière c/ France, req. n° 33834/03, § 75-76. V. aussi CEDH, 20 janvier 2009, *Slawomir Musial c/ Pologne*, req. n° 28300/08, § 85-88 ; CEDH, 21 décembre 2010, *Taddei c/ France*, req. n° 3643507, § 63 ; CEDH, 23 février 2012, G. c/ France, req. n° 27244/09, § 78-82 ; CEDH, 10 janvier 2013, *Claes c/ Belgique*, req. n°43418/09, § 100-101; CEDH, 9 janvier 2014, *Lankester c/ Belgique*, req. n° 22283/10, § 92-95.

substitution aux personnes détenues toxicomanes qui le nécessitent[1669]. Le juge européen a confirmé ainsi l'obligation pour les autorités nationales de mettre en place une prise en charge médicale adaptée à l'état de santé des personnes détenues et a précisé que cette exigence « *s'applique donc désormais au choix pouvant être opéré entre une thérapie fondée sur l'abstinence et une thérapie de substitution pour le traitement d'un toxicomane en détention* »[1670]. Toute personne détenue doit recevoir des soins adaptés à sa pathologie. À défaut, ses conditions de détention s'analysent en un traitement inhumain et dégradant contraire aux exigences de l'article 3 de la Convention[1671].

La Cour européenne des droits de l'homme a étendu la protection offerte par l'article 3 de la Convention au nouveau-né qui séjourne avec sa mère dans un établissement pénitentiaire. Dès lors, les États membres sont tenus d'assurer un suivi et des soins médicaux adéquats au nouveau-né[1672]. Aussi, dans l'affaire *Korneykova et Korneykov contre Ukraine* du 24 mars 2016, la Cour a jugé que le seul fait que le nouveau-né ait été privé d'un suivi médical par un pédiatre durant près de trois mois a suffi à conclure au non-respect de l'obligation de prodiguer des soins adéquats[1673].

Au-delà de l'adéquation des soins avec les besoins spécifiques de la personne malade, le juge européen analyse la compatibilité du maintien en détention avec l'état de santé de la personne détenue et de fait, avec les exigences de l'article 3 de la Convention.

2) Une inaptitude à la détention

265. Une incompatibilité du maintien en détention avec l'état de santé. Saisi d'allégations de violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen est tenu d'apprécier, au vu des circonstances de l'espèce, si le maintien en détention était compatible ou non avec l'état de santé de la personne détenue.

[1669] CEDH, 1er septembre 2016, *Wenner c/ Allemagne*, req. n° 62303/13, § 57. V. LARRALDE J.-M., « Les autorités pénitentiaires doivent accorder des traitements de substitution aux détenus toxicomanes qui le nécessitent », Chronique côté Cour EDH, *Arpenter le Champ pénal*, 4 octobre 2016 [consulté le 5 octobre 2016]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr/

[1670] LARRALDE J.-M., « Les autorités pénitentiaires doivent accorder des traitements de substitution aux détenus toxicomanes qui le nécessitent », Chronique côté Cour EDH, *Arpenter le Champ pénal*, 4 octobre 2016 [consulté le 5 octobre 2016]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr/

[1671] V. CEDH, 20 septembre 2016, *Kondurlin c/ Russie*, req. n° 12987/15 CEDH, 2 juin 2016, *Yunusova et Yunusov c/ Azerbaïdjan*, req. n° 59620/14 ; CEDH, 23 février 2016, *Mozer c/ République de Moldova et Russie*, req. n° 11138/10 ; CEDH, 5 janvier 2016, *Cătălin Eugen Micu c/ Roumanie*, req. n° 55104/13.

[1672] CEDH, 24 mars 2016, *Korneykova et Korneykov c/ Ukraine*, req. n° 56660/12, § 130-132. Sur la nécessité pour un nouveau-né de rester avec sa mère en détention, V. § 92-93 et § 129-131.

[1673] CEDH, 24 mars 2016, *Korneykova et Korneykov c/ Ukraine*, req. n° 56660/12, § 157.

a. L'appréciation de l'inaptitude

266. Des critères d'appréciation. Outre l'obligation d'administrer les soins requis, le respect du droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine impose aux États de s'assurer que les personnes détenues ont la capacité de purger leur peine et que leurs conditions de détention sont adaptées à leur état de santé. En cas de non-respect de ces obligations, la détention d'une personne malade peut constituer un traitement contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Par son arrêt *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a énoncé que « *l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent désormais des situations pour lesquelles la capacité à la détention est aujourd'hui posée au regard de l'article 3 de la Convention en France et au sein des États membres du Conseil de l'Europe* »[1674]. La compatibilité de l'état de santé des personnes détenues avec un maintien en détention doit ainsi être évaluée[1675]. Par son arrêt *Slawomir Musial contre Pologne* du 20 janvier 2009, la Cour européenne n'a pas manqué de rappeler que « *pour statuer sur l'aptitude ou non d'une personne à la détention au vu de son état, trois éléments particuliers doivent être pris en considération : a) son état de santé, b) le caractère adéquat ou non des soins et traitements médicaux dispensés en détention, et c) l'opportunité de son maintien en détention compte tenu de son état de santé* »[1676]. Par son arrêt *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002, la Cour européenne a énoncé que « *les conditions de détention d'une personne malade doivent garantir la protection de sa santé, eu égard aux contingences ordinaires et raisonnables de l'emprisonnement* » [1677]. Et le juge européen a ajouté que « *si l'on ne peut en déduire une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé, l'article 3 de la Convention impose en tout cas à l'État de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1678]. Cette jurisprudence est depuis constante. Une maladie grave, un âge avancé, un handicap physique ou des troubles mentaux n'emportent pas par nature la libération des personnes détenues. En outre, par l'arrêt

[1674] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 38. V. MOUTOUH H., « La santé d'une personne privée de liberté est un facteur à prendre en compte dans les modalités de l'exécution de sa peine d'emprisonnement », note sous CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, *D.* 2003, p. 303.
[1675] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 40-42.
[1676] CEDH, 20 janvier 2009, *Sławomir Musiał c/ Pologne*, req. n° 28300/06, § 88. V. aussi CEDH, 15 janvier 2004, *Sakkopoulos c/ Grèce*, 15 janvier 2004, req. n° 21828/00, § 39 ; CEDH, 2 décembre 2004, *Farbtuhs c/ Lettonie*, req. n° 4672/02, § 53.
[1677] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 40.
[1678] *Ibidem*.

Raffray Taddei contre France du 21 décembre 2010, la Cour européenne a précisé que la dégradation de la santé de la personne détenue ne joue pas en soi un rôle déterminant quant au respect de l'article 3 de la Convention[1679]. Il incombe en effet au juge européen d'apprécier, au vu des circonstances de l'espèce, si la détérioration de l'état de santé de la personne détenue était imputable à des lacunes dans la prise en charge de l'état de santé[1680].

b. Des hypothèses d'inaptitude

267. Une inaptitude caractérisée par une maladie grave. La détention d'une personne atteinte d'une maladie grave peut soulever la question de la compatibilité de son maintien en détention avec les exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans l'affaire *Mouisel contre France*, la Cour européenne a conclu à la violation de cet article 3 en jugeant que le maintien en détention de la personne détenue a atteint un niveau suffisant de gravité pour rentrer dans le champ d'application de cet article 3. Atteinte d'une leucémie lymphoïde, la personne détenue a fait l'objet de plusieurs extractions médicales afin de suivre des séances de chimiothérapie en hospitalisation de jour. Son maintien en détention a porté atteinte, selon le juge européen, à sa dignité en ce qu' « *il a constitué une épreuve particulièrement pénible et causé une souffrance allant au-delà de celle que comportent inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux* »[1681].

A contrario, dans l'affaire *Sakkopoulos contre Grèce* du 15 janvier 2004, la Cour européenne des droits de l'homme n'a pas conclu à une violation de l'article 3[1682]. Souffrant d'une atteinte cardiaque et de diabète, la personne détenue invoquait l'incompatibilité de son maintien en détention avec son état de santé. Or, selon le juge européen, si l'état de santé de la personne détenue était préoccupant, « *il ne ressort d'aucun élément du dossier que l'aggravation de l'état de santé du requérant pendant sa détention, consécutive à une crise cardiaque et à une chute dans la prison, soit imputable aux autorités pénitentiaires* »[1683]. Et le juge européen a observé que les autorités nationales ont satisfait à leur obligation de dispenser

[1679] CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 36435/07, § 51. V. CÉRÉ J.-P., « Exigences européennes en matière de prise en charge médicale des détenus », note sous CEDH 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 38435/07, *AJ Pénal* 2011, p. 129.
[1680] CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 54210/00 ; CEDH, *Matencio c/ France*, req. n° 58749/00.
[1681] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 40. § 48. V. aussi CEDH, 5 mars 2013, *Gülay Çetin c/ Turquie*, req. n° 44084/10.
[1682] CEDH, 15 janvier 2004, *Sakkopoulos c/ Grèce*, 15 janvier 2004, req. n° 21828/00.
[1683] *Ibidem*, § 40.

les soins médicaux requis par l'état de santé de la personne détenue. Par conséquent, l'incompatibilité du maintien en détention avec son état de santé n'a pas été démontrée[1684]. Conformément à cette jurisprudence, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé, par son arrêt *Gülay Çetin contre Turquie* du 5 mars 2013, d'une part, que « *la souffrance due à une maladie qui survient naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut en soi relever de l'article 3, si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par des conditions de détention dont les autorités peuvent être tenues pour responsables* » ; et d'autre part, que « *la santé et le bien-être du prisonnier doivent être assurés de manière adéquate compte tenu des exigences pratiques de l'emprisonnement, notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[1685]. Il ressort de cet arrêt que si « *la Convention n'impose aucune "obligation générale" de libérer un détenu pour raisons de santé, même s'il souffre d'une maladie particulièrement difficile à soigner* », « *il n'en demeure pas moins qu'à cet égard, la Cour a toujours reconnu la possibilité que, dans des conditions d'une particulière gravité, l'on puisse se trouver en présence de situations où une bonne administration de la justice pénale commande que soient prises des mesures de nature* humanitaire »[1686].

À l'occasion de l'affaire *Martzaklis et autres contre Grèce*, le juge européen a rappelé que « *les autorités nationales doivent s'assurer que les diagnostics et les soins dans les prisons, y compris les hôpitaux des prisons, interviennent rapidement et soient appropriés* » mais aussi « *que lorsqu'il est rendu nécessaire par l'état de santé du détenu, le suivi intervienne à des intervalles réguliers et inclut une stratégie thérapeutique complète tendant à obtenir le rétablissement du détenu ou, du moins, éviter que son état ne s'aggrave* »[1687].

Statuant sur une requête formée par des personnes détenues séropositives alléguant de mauvaises conditions de détention, la Cour européenne a observé qu'elle « *ne saurait mettre en cause l'intention initiale des autorités de transférer les détenus séropositifs à l'hôpital de la prison en vue de leur procurer un meilleur confort et un suivi régulier de leurs traitements médicaux, à défaut toutefois de pouvoir fournir ce suivi et ce confort, ce transfert à l'hôpital de la prison n'avait pas eu les effets escomptés* »[1688]. Mais la Cour européenne a estimé

[1684] V. aussi CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01. RENUCCI J.-F., « La détention d'une personne âgée de quatre-vingt-dix ans n'est pas un traitement inhumain», obs. sous CEDH, 7 juin 2011, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D*. 2002, p. 683; CÉRÉ J.-P., « Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade », note sous CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D*. 2001 p. 2335.
[1685] CEDH, 5 mars 2013, *Gülay Çetin c/ Turquie*, req. n° 44084/10, § 101.
[1686] *Ibidem*, § 102.
[1687] CEDH, 9 juillet 2015, *Martzaklis et autres c/ Grèce*, req. n° 20378/13. § 65. V. aussi CEDH, 22 décembre 2008, *Alezsanyan c/ Russie*, req. n° 46468/06 ; CEDH, 30 juillet 2009, *Pitalev c/ Russie*, req. n° 34393/03, § 54 ; CEDH, 26 octobre 2010, *Khudobin c/ Russie*, req. 59696/00, § 83 et 96.
[1688] CEDH, 9 juillet 2015, *Martzaklis et autres c/ Grèce*, req. n° 20378/13. § 70.

avérées non seulement les mauvaises conditions matérielles et sanitaires de détention à l'hôpital mais aussi les irrégularités dans l'administration des traitements adéquats. Pour la juridiction européenne, les requérants ont été exposés à une souffrance physique et mentale allant au-delà de celle inhérente à la détention. Il ressort alors de cette affaire, d'une part, que les personnes détenues séropositives, transférées à l'hôpital de la prison, ont, subi un traitement inhumain et dégradant et, d'autre part, qu'elles ont fait l'objet d'une ségrégation manquant de justification objective et raisonnable car la Cour européenne a constaté que ces personnes « *étaient de simples séropositifs n'ayant pas déclaré la maladie et, en tant que tels, ils n'avaient pas à être placés en isolement pour éviter la propagation d'une maladie ou pour empêcher la contamination d'autres détenus* »[1689].

268. Une inaptitude caractérisée par un âge avancé de la personne malade. La Cour européenne des droits de l'homme s'est également prononcée sur le maintien en détention des personnes détenues malades et d'un âge avancé. Il ressort ainsi de l'arrêt *Papon contre France* du 7 juin 2001 que le maintien en détention pour une période prolongée d'une personne malade d'un âge avancé peut entrer dans le champ de protection de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1690]. La Cour européenne a toutefois précisé que l'âge avancé d'une personne détenue ne justifie pas en soi une libération, l'incompatibilité du maintien en détention avec l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme est à démontrer. Dans l'affaire *Papon contre France*, la Cour européenne a jugé que le maintien en détention d'une personne détenue âgée de quatre-vingt dix ans, souffrant de problèmes cardiaques, n'a pas atteint le niveau de gravité suffisant pour rentrer dans le champ d'application de l'article 3, notamment eu égard aux conditions de détention adaptées à son état de santé dont elle a bénéficiées[1691]. *A contrario*, dans l'affaire *Farbtuhs contre Lettonie* du 2 décembre 2004, le juge européen a estimé, eu égard aux circonstances de l'espèce, que le maintien en détention de la personne détenue n'était pas adéquat en raison de son âge, de son infirmité et de son état de santé[1692]. À son incarcération, la personne détenue,

---

[1689] *Ibidem*, § 72 et 75.

[1690] CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 54210/00. V. RENUCCI J.-F., « La détention d'une personne âgée de quatre-vingt-dix ans n'est pas un traitement inhumain», obs. sous CEDH, 7 juin 2011, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D.* 2002, p. 683 ; CÉRÉ J.-P., « Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade », note sous CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D.* 2001 p. 2335.

[1691] V. aussi (sur la recevabilité) CEDH 5 avril 2001, *Priebke c/ Italie*, req. n° 48799/99 ; CEDH, 29 mai 2001, *Sawoniuk c/ Royaume-Uni*, req. n° 63716/00.

[1692] CEDH, 2 décembre 2004, *Farbtuhs c/ Lettonie*, req. n° 4672/02, § 55-61. V. aussi CEDH, 11 février 2014, *Contrada (n° 2) c/ Italie*, req. n° 7509/08.

âgée de 84 ans, était paraplégique et invalide à tel point qu'il ne pouvait pas accomplir la plupart des actes élémentaires de la vie quotidienne sans l'assistance d'autrui. Cette personne était déjà atteinte de maladies graves, essentiellement chroniques et incurables.

La Cour européenne a énoncé, à cette occasion, que « *lorsque les autorités nationales décident de placer et de maintenir une telle personne en prison, elles doivent veiller avec une rigueur particulière à ce que les conditions de sa détention répondent aux besoins spécifiques découlant de son infirmité* »[1693]. Or, au cours de l'incarcération de cette personne détenue, non seulement les maladies dont elle souffrait se sont aggravées mais d'autres maladies sont également apparues ce qui, selon la Cour, témoigne « *du caractère inadéquat de son maintien prolongé en prison* »[1694].

Par cet arrêt *Farbtuhs contre Lettonie*, la Cour européenne a rappelé que l'absence d'une volonté d'humilier ou de rabaisser la personne n'exclut pas définitivement un constat de violation de l'article 3 de la Convention qui peut résulter d'une inaction ou d'un manque de diligence de la part des autorités nationales[1695]. Ainsi, le juge européen a estimé que les autorités nationales n'ont pas assuré à la personne détenue un traitement compatible avec les dispositions de l'article 3 et ce, eu égard à la situation dans laquelle elle était placée qui ne pouvait que créer, chez elle, « *des sentiments constants d'angoisse, d'infériorité et d'humiliation suffisamment forts pour constituer un "traitement dégradant", au sens de l'article 3 de la Convention* » [1696]. Il découle ainsi de l'interprétation des dispositions de l'article 3 de la Convention une obligation pour les États membres d'offrir aux personnes détenues des conditions de détention adaptées à leur état de santé. À ce titre, la question de la compatibilité du maintien en détention des personnes détenues souffrant d'un handicap physique a été soulevée devant la Cour européenne des droits de l'homme.

269. Une inaptitude caractérisée par un lourd handicap physique. Selon le juge européen, « *un lourd handicap physique est une situation, à l'instar de l'état de santé et de l'âge, pour laquelle la question de la capacité à la détention est posée au regard de l'article 3 de la Convention* »[1697]. Dans l'affaire *Price contre Royaume-Uni*, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que, même en l'absence d'une véritable intention d'humilier ou

[1693] CEDH, 2 décembre 2004, *Farbtuhs c/ Lettonie*, req. n° 4672/02, § 56.
[1694] *Ibidem*, § 57.
[1695] *Ibid.*, § 58.
[1696] *Ibid.*, § 61.
[1697] CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. 10401/12, § 49. V. LÉNA M., « Santé en prison (détenu paraplégique) : condamnation de la France pour manque de soins », note sous CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, n° 10401/12, *D.* 2015, p. 569.

de rabaisser la requérante, « *la détention d'une personne gravement handicapée dans des conditions où elle souffre dangereusement du froid, risque d'avoir des lésions cutanées en raison de la dureté ou de l'inaccessibilité de son lit, et ne peut que très difficilement aller aux toilettes ou se laver constitue un traitement dégradant contraire à l'article 3 de la Convention* »[1698].

Dans l'affaire *Vincent contre France,* le requérant était détenu dans un établissement pénitentiaire inadapté à la détention de personnes handicapées physiques[1699]. Le juge européen a en effet relevé qu'au cours des quatre mois de sa détention dans cet établissement pénitentiaire, la personne détenue n'a pu ni quitter sa cellule, ni se déplacer dans l'établissement par ses propres moyens. Tout franchissement de la porte de sa cellule nécessitait qu'elle soit portée et qu'une roue de son fauteuil soit démontée. Ainsi, eu égard aux caractères rabaissant et humiliant de cette situation, il ressort de l'arrêt du 24 octobre 2006 que « *la détention d'une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut se déplacer et en particulier quitter sa cellule, par ses propres moyens constitue un "traitement dégradant" au sens de l'article 3 de la Convention* »[1700]. Et, par son arrêt *Helhal contre France* du 19 février 2015, la Cour européenne a estimé qu'en cas de décision de placement ou de maintien en détention d'une personne handicapée physique, les autorités nationales doivent « *veiller avec une rigueur particulière à ce que les conditions de sa détention répondent aux besoins spécifiques de son infirmité* »[1701]. Si le juge européen reconnaît que la Convention européenne des droits de l'homme ne garantit pas en soi un droit à une assistance sociale, il n'en demeure pas moins, selon lui, que les États sont tenus d'assurer des conditions de détention devant répondre aux besoins spécifiques des personnes détenues handicapées. Dès lors, les États ne peuvent en aucun cas s'exonérer de cette responsabilité en transférant la responsabilité de leur surveillance ou de leur assistance à des codétenus[1702]. Le juge européen n'a pas manqué de préciser que le fait de « *dépendre de l'aide de codétenus pour aller aux toilettes, se laver, s'habiller ou se déshabiller peut s'avérer rabaissant ou humiliant* »[1703]. Par conséquent, en dépit de la qualité des soins dispensés, tout placement ou maintien en détention de personnes handicapées physiques dans des conditions de vie inadaptées à leur infirmité peut rentrer dans le champ d'application de l'article 3 de la Convention.

[1698] CEDH, 10 juillet 2001, *Price c/ Royaume-Uni*, req. n° 33394/96, § 30.
[1699] CEDH, 24 octobre 2006, *Vincent c/ France*, req. n° 6253/03.
[1700] *Ibidem*, § 103. V. aussi CEDH, 10 janvier 2012, *Arutyunyan c/ Russie*, req. n° 48977/07 ; CEDH, 12 février 2013, *D.G. c/ Pologne*, req. n° 45705/07 ; CEDH, 6 mars 2013, *Zarzycki c/ Pologne*, req. n° 15351/03.
[1701] CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. 10401/12, § 50. V. aussi CEDH, 10 juillet 2001, *Price c/ Royaume-Uni*, req. n° 33394/96, § 25 ; CEDH, 6 mars 2013, *Zarzycki c/ Pologne*, req. n° 15351/03, § 102.
[1702] CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. 10401/12, § 52.
[1703] *Ibidem*.

Dans l'affaire *Helhal contre France*, la capacité du requérant à purger sa peine n'était pas en cause. La Cour européenne a en effet estimé que « *le maintien en détention du requérant n'est pas incompatible en soi avec l'article 3 de la Convention mais que les autorités nationales ne lui ont pas assuré une prise en charge propre à lui épargner des traitements contraires à cette disposition* »[1704]. Elle a par conséquent jugé que le maintien en détention de la personne détenue l'a soumise – compte tenu de son grave handicap, de l'absence de soins de rééducation, de l'inadaptation des locaux à son handicap physique, de sa dépendance à l'égard d'un codétenu pour se laver – « *à une épreuve d'une intensité qui a dépassé le niveau inévitable de souffrances inhérentes à une privation de liberté* »[1705]. Constituant un traitement dégradant prohibé par l'article 3 de la Convention, la Cour a ainsi conclu à la violation de cette disposition.

270. Une inaptitude caractérisée par des troubles mentaux. La question de la compatibilité du maintien en détention d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux se pose manifestement et ce, en raison de la forte prévalence de ces troubles dans la population carcérale. Par son arrêt *Slawomir Musial contre Pologne* du 20 janvier 2009, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que « *pour apprécier la compatibilité ou non des conditions de détention en question avec les exigences de l'article 3, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne* »[1706].

À ce titre, la France a été condamnée à plusieurs reprises pour avoir maintenu en détention des personnes détenues dont l'état de santé mentale était incompatible avec un tel maintien[1707]. Par son arrêt *Rivière contre France*, la Cour européenne a conclu à une violation de l'article 3 de la Convention aux motifs que le maintien en détention d'une personne détenue présentant un risque suicidaire, sans encadrement médical approprié constitue une

---

[1704] *Ibidem*, § 63.
[1705] *Ibidem*..
[1706] CEDH, 20 janvier 2009, *Sławomir Musiał c/ Pologne*, req. n° 28300/06, § 87. V. aussi CEDH, 30 juillet 1998, *Aerts c/ Belgique*, req. n° 25357/94, § 66 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 111 ; CEDH,
[1707] V. CEDH, 30 juillet 1998, *Aerts c/ Belgique*, req. n° 25357/94 ; CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03 ; CEDH, 14 juin 2007, *Novak c/ Croatie*, req. n° 8883/04 ; CEDH, 20 janvier 2009, *Sławomir Musiał c/ Pologne*, req. n° 28300/06 ; CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 36435/07 ; CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign c/ France*, req. n° 32010/07 ; CEDH, 23 février 2012, *G. c/ France*, req. n° 27244/09.
V. CÉRÉ J.-P., « Condamnation de la France pour l'absence de prise en charge médicale suffisante d'un détenu atteint de graves troubles mentaux », note sous CEDH 23 février 2012, G. c/ France, req. n° 27244/09, *AJ Pénal* 2012, p. 357.

épreuve particulièrement pénible et a dès lors soumis cette personne à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention[1708]. Dans l'affaire *Raffray Taddei contre France* du 21 décembre 2010, la Cour européenne a jugé que « *l'absence de prise en compte suffisante par les autorités nationales de la nécessité d'un suivi spécialisé dans une structure adaptée que requiert l'état de la requérante, conjuguée avec les transferts de l'intéressée – particulièrement vulnérable – et l'incertitude prolongée qui en a résulté quant à sa demande de suspension de peine, ont pu provoquer chez elle une détresse qui a excédé le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention* »[1709]. Estimant que le seuil de gravité pour qu'un traitement soit considéré comme inhumain ou dégradant était dépassé, le juge européen a conclu à la violation de l'article 3 de la Convention.

[1708] CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req. n° 33834/03. V. CÉRÉ J.-P., « Détention, maladie et traitement inhumain ou dégradant », note sous CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, *RTDH* 2007, p. 261-268.

[1709] CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 36435/07, § 63. V. CÉRÉ J.-P., « Exigences européennes en matière de prise en charge médicale des détenus », note sous CEDH 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 38435/07, *AJ Pénal* 2011, p. 129.

Conclusion du Chapitre 1

271. L'exigence d'une conciliation entre santé et détention. La Cour européenne des droits de l'homme témoigne, eu égard à sa jurisprudence protectrice, une attention particulière aux personnes détenues du fait de la situation de vulnérabilité dans laquelle ces personnes sont placées. De cette jurisprudence ressortent deux impératifs imposés aux États membres : punir et soigner. Le terme soigner ne doit pas être entendu dans sa dimension restrictive consistant à donner des soins médicaux à un malade en vue de rétablir sa santé mais comme le « *fait de s'occuper du bien-être matériel et moral d'une personne* »[1710]. Aussi, « *bien que la Convention européenne des droits de l'homme ne comporte, stricto sensu, aucune disposition propre à la situation des détenus, la CEDH sanctionne, sur le fondement des articles 2, 3 et 5 de la Convention, les atteintes à la dignité humaine en raison de conditions de détention dégradantes et/ou inappropriées à l'état de santé du détenu* »[1711]. Si la Cour reconnaît que les mesures privatives de liberté s'accompagnent ordinairement de souffrance et d'humiliation, elle ne considère pas pour autant qu'un placement en détention pose en soi un problème sur le terrain de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1712]. Mais le juge européen impose cependant des obligations aux États membres afin de concilier la santé des personnes détenues et la détention. C'est pourquoi, au regard des exigences de l'article 3 de la Convention, les États doivent protéger l'intégrité des personnes détenues en veillant à ne pas leur infliger de mauvais traitements et en leur assurant des conditions de détention conformes à la dignité humaine. Et, eu égard aux exigences de l'article 2 de la Convention, les États ont le devoir primordial d'assurer le droit à la vie des personnes détenues. S'agissant des conditions de détention, la protection substantielle accordée par le juge européen à l'égard des personnes détenues ne se limite cependant pas aux articles 2 et 3 de la Convention. Par son arrêt *Szafranski contre Pologne* du 15 décembre 2015, si la Cour européenne des droits de l'homme n'a pas constaté de violation de l'article 3 de la Convention en raison d'une séparation insuffisante entre les installations sanitaires et le reste de la cellule, elle a cependant, pour la première fois, condamné un État partie à la Convention, sur le fondement

[1710] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Soigner [consulté le 15 août 2016]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

[1711] DOURNEAU-JOSETTE P., « Les conditions de détention et la CEDH : les droits fondamentaux à l'assaut des prisons », *Gaz. Pal.* 2013, n° 40, p. 4.

[1712] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96, § 94.

de l'article 8 de la Convention qui garantit le droit au respect de la vie privée[1713]. La Cour a en effet retenu que les autorités nationales ne se sont pas acquittées de leur obligation positive de garantir à la personne détenue un minimum d'intimité du fait de son placement dans une cellule où l'installation sanitaire n'était pas totalement séparée et d'une utilisation contrainte des toilettes en présence d'autres personnes détenues. Cette absence d'intimité peut avoir de lourdes conséquences sur des personnes détenues. Elle peut avoir des répercussions sur leur santé mentale (de la simple dépression à l'acte suicidaire) mais aussi sur leur santé physique. La gêne occasionnée par ce manque d'intimité peut causer une constipation sévère et chronique. Et, en raison de l'insuffisance des conditions d'hygiène, la transmission de certaines maladies peut être facilitée. En exigeant que les conditions de détention des personnes détenues soient conformes au droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention, le juge européen a renforcé l'exigence de conciliation entre la détention et la santé des personnes détenues.

272. Des obligations spécifiques à la charge des États. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme a permis d'imposer l'application et le respect des droits fondamentaux dans les établissements pénitentiaires des États parties à la Convention européenne des droits de l'homme. Et, dépassant la simple protection « par ricochet », le juge européen a dégagé une série d'obligations spécifiques aux personnes détenues et ce, en tenant compte de leur particulière vulnérabilité. Ainsi, même si la Convention ne contient aucune disposition relative à la situation des personnes détenues, le juge européen leur accorde une protection spécifique visant à s'assurer que leur santé soit, en dépit des exigences pratiques de l'emprisonnement, prise en charge de manière adéquate. Mais le juge européen ne s'est pas contenté de dégager des garanties substantielles aux droits de la personne détenue en matière de santé. Afin de garantir l'effectivité des droits fondamentaux des personnes détenues, la Cour européenne des droits de l'homme a également dégagé des obligations procédurales.

[1713] CEDH, 15 décembre 2015, *Szafranski contre Pologne*, req. n° 17249/12.

CHAPITRE 2 :
UNE PROTECTION PROCÉDURALE

« *Ennemie jurée de l'arbitraire, la forme est sœur jumelle de la liberté* »[1714].

273. Pour une jouissance effective des droits substantiels. En vertu de l'article premier de la Convention européenne des droits de l'homme, les États parties reconnaissent à toute personne relevant de leur juridiction les droits et libertés définis dans la Convention. À cet égard, les autorités nationales doivent satisfaire des exigences procédurales de manière à assurer aux individus une jouissance effective des droits substantiels garantis par la Convention[1715]. Figurent alors parmi les obligations imposées aux États, en sus des obligations substantielles, des obligations procédurales dont découlent pour les individus des droits dits « procéduraux ». Selon le Professeur Jean-François Akandji-Kombé, les obligations procédurales sont « *celles qui appellent l'organisation des procédures internes en vue d'assurer une meilleure protection des personnes, celles qui commandent finalement l'aménagement de remèdes adéquats aux violations des droits* »[1716]. Il résulte donc de l'article premier de la Convention une obligation positive générale, à la charge des États membres, qui est celle d'organiser leurs juridictions internes de manière à garantir le respect des droits énoncés dans la Convention. En quête d'une pleine effectivité des droits garantis par la Convention, la Cour européenne des droits de l'homme a pu, par le biais du recours à la notion d'obligation positive, renforcer et même étendre « *les exigences substantielles du texte*

[1714] VON JHERING R. [trad. DE MEULENAERE O.], *L'Esprit du droit romain dans les différentes phases de son développement*, vol. III, Paris, A. Marescq, Aîné, 1880, p. 164 cité par DUBOUT E., « La procéduralisation des obligations relatives aux droits fondamentaux substantiels par la Cour européenne des droits de l'homme », RTDH 2007, p. 397.
[1715] Pour aller plus loin, DUBOUT E., « La procéduralisation des obligations relatives aux droits fondamentaux substantiels par la Cour européenne des droits de l'homme », RTDH 2007, p. 397.
[1716] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 18.

européen ainsi que de les associer à des obligations procédurales autonomes par rapport aux articles 6 et 13 et qui s'ajoutent à celles que prévoient ces articles »[1717].

Ces obligations procédurales se manifestent à travers d'une part, l'exigence de la conduite d'une enquête efficace par les autorités nationales (Section 1) et d'autre part, la possibilité d'accès à la justice pour remédier à la situation incriminée (Section 2).

Section 1 : La conduite d'une enquête efficace

274. Une « procéduralisation » des droits substantiels. En sus d'une protection substantielle des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé, le juge européen met en œuvre une protection procédurale. La notion de procédure désigne au sens large, la « *branche du droit dont l'objet est de fixer les règles d'organisation judiciaire, de compétence, d'instruction, des procès et d'exécution des décisions de justice* »[1718]. Et, au sens strict, elle renvoie à l' « *ensemble des formalités qui doivent être suivies pour parvenir à une solution juridictionnelle de nature civile, pénale ou administrative selon le cas* »[1719]. La protection procédurale du juge européen semble découler des droits substantiels conférés aux individus et par là-même des obligations mises à la charge des États parties à la Convention européenne des droits de l'homme. En effet, « *il apparaît* […] *que chacune des dispositions conventionnelles consacrant un droit substantiel est susceptible de sécréter des garanties d'ordre procédural contribuant à l'effectivité du droit concerné et attachées davantage aux processus décisionnels qu'aux décisions proprement dites* »[1720]. Aussi, une obligation procédurale, à la charge des États membres, se déduit des articles 2 et 3 de la

[1717] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., Les obligations *positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 6.
[1718] GUINCHARD S., DEBARD T.[dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Procédure.
[1719] *Ibidem.*
[1720] KRENC F., VAN DROOGHENBROECK S., « Les droits du détenu dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme », in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Actes du colloque organisé le 9 février 2007 par l'Institut des droits de l'homme du barreau de Bruxelles, le Centre de recherches criminologiques de l'Université de Bruxelles, le Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit et Justice », 2007, n° 73, p. 45.

Convention européenne des droits de l'homme, à savoir l'obligation de mener une enquête effective en cas d'atteinte à la vie ou à l'intégrité d'une personne. Une analyse de la protection procédurale exigée par ces dispositions implique non seulement d'identifier l'obligation d'enquête mais aussi de préciser la procédure d'enquête.

§ 1. L'obligation d'enquêter

275. Une obligation procédurale d'enquête (article 2 et 3 de la Convention). L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, tout comme l'article 3, contient deux volets, à savoir un volet substantiel et un volet procédural. Eu égard aux griefs invoqués devant elle, la Cour européenne des droits de l'homme doit se prêter à un double contrôle. Elle doit rechercher non seulement s'il y a violation des droits substantiels garantis par les articles 2 et 3 de la Convention mais aussi si les autorités étatiques ont mené une enquête effective sur les allégations d'atteinte à la vie ou à l'intégrité qui lui ont été soumises[1721]. Le non-respect de cette obligation d'enquête peut conduire le juge européen à constater une violation des droits substantiels découlant des articles 2 et 3. À ce titre, l'obligation de mener une enquête effective apparaît comme un gage d'effectivité des droits substantiels garantis par les articles 2 et 3 de la Convention. Les exigences procédurales de ces dispositions doivent alors être déterminées afin de cerner la protection procédurale mise en œuvre par la Cour européenne des droits de l'homme à l'égard des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé.

A. Une enquête sur les causes de la mort de la personne détenue

276. Une protection procédurale du droit à la vie. En vertu de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a *ab initio* obligé les États parties à rendre compte de leur usage de la force meurtrière. Pour cela, les autorités nationales doivent mener une « *forme d'enquête efficace* » permettant de déterminer les causes de la mort

[1721] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 17.

d'un individu. Cette protection procédurale du droit à la vie a ensuite été étendue, et en particulier au décès de personnes détenues.

1) La reconnaissance d'une protection procédurale du droit à la vie

277. Une obligation d'enquêter sur les meurtres commis par les agents de l'État. Par son arrêt *McCann et autres contre Royaume-Uni* du 27 septembre 1995, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré qu' « *une loi interdisant de manière générale aux agents de l'État de procéder à des homicides arbitraires serait en pratique inefficace s'il n'existait pas de procédure permettant de contrôler la légalité du recours à la force meurtrière par les autorités de l'État* »[1722]. Aussi, l'obligation de protéger le droit à la vie qu'impose l'article 2, combinée avec le devoir général incombant à l'État en vertu de l'article 1 de la Convention de reconnaitre à toute personne relevant de sa juridiction les droits et libertés définis dans la Convention, implique et exige de mener une forme d'enquête efficace lorsque le recours à la force, notamment par des agents de l'État, a entraîné mort d'homme[1723]. Dans l'affaire *McCann et autres contre Royaume-Uni*, si le juge européen a constaté une violation de l'obligation de protéger le droit à la vie (volet substantiel de l'article 2), il n'a en revanche pas conclu à une violation de l'obligation de mener une enquête effective (volet procédural de l'article 2). Pour la Cour, « *l'enquête judiciaire a soumis les actions de l'État à un examen complet, indépendant et entièrement public et a donc fourni des garanties de procédure suffisantes aux fins de l'article 2* »[1724]. Cela étant, le juge européen a précisé, sans pour autant décider de la forme que doit prendre une telle investigation ni des conditions dans lesquelles elle doit être menée, que l'enquête conduite par les autorités nationales a été efficace aux motifs que :

- l'enquête judiciaire a été publique ;
- les requérants ont bénéficié d'une représentation en justice ;
- près de quatre-vingts témoins ont déposé ;

[1722] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 161. V. aussi CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 22729/93, § 86.
[1723] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 161. V. aussi CEDH, 28 mars 2000, *Kiliç c/ Turquie*, req. n° 22492/93, § 78 ; CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 22729/93, § 86.
[1724] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 159.

- les avocats des requérants ont pu interroger et contre-interroger des témoins clés, notamment les militaires et policiers ayant participé à la préparation et à la conduite de l'opération, et de présenter leurs arguments au cours de la procédure[1725].

Les États parties à la Convention ont ainsi l'obligation de conduire a posteriori une enquête efficace pour établir les circonstances d'un homicide commis par des agents de l'État. Et, par son arrêt *Kaya contre Turquie* du 19 février 1998, la Cour a précisé que « *la protection procédurale du droit à la vie prévue à l'article 2 de la Convention implique pour les agents de l'État l'obligation de rendre compte de leur usage de la force meurtrière : leurs actes doivent être soumis à une forme d'enquête indépendante et publique propre à déterminer si le recours à la force était ou non justifié dans les circonstances particulières d'une affaire* »[1726].

2) Une protection procédurale étendue au décès de personnes détenues

278. Une obligation à rendre des comptes pour une protection effective du droit à la vie en détention. La Cour européenne des droits de l'homme a étendu la protection procédurale du droit à la vie aux affaires dans lesquelles une personne détenue est décédée dans des conditions suspectes. Aussi, par l'arrêt *Slimani contre France* du 27 juillet 2004, la Cour a énoncé qu'une enquête officielle et effective doit être conduite afin que les causes de la mort de la personne détenue soient établies mais aussi que les éventuels responsables soient identifiés et punis[1727]. Le juge européen a rappelé notamment dans les arrêts *De Donder et De Clippel contre Belgique* et *Yuriy Illarionovich Shchokin contre Ukraine* que, « *dans tous les cas où un détenu décède dans des conditions suspectes et que les causes de ce décès sont susceptibles d'être rattachées à une action ou une omission d'agents ou de services publics, les autorités ont l'obligation de mener d'office une "enquête officielle et effective" de nature à permettre d'établir les causes de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition* »[1728]. Il ressort en particulier de ces arrêts que la finalité de cette protection procédurale n'est autre que « *d'assurer l'application effective des lois internes qui protègent le droit à la vie et, dans les affaires où des agents ou des organes de l'État sont impliqués, de garantir l'obligation que ceux-ci aient à rendre des comptes au sujet*

[1725] *Ibidem*, § 162.
[1726] CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 22729/93, § 87. Dans cette affaire, le juge européen a uniquement constaté une violation du volet procédural de l'article 2 de la Convention.
[1727] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 30.
[1728] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 61 et 85 ; CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36.

des décès survenus sous leur responsabilité »[1729]. Par son arrêt *Karpylenko contre Ukraine* du 11 février 2016, la Cour européenne des droits de l'homme a insisté sur le fait qu'il est essentiel que les mesures d'investigations prises par les autorités chargées de l'enquête tiennent compte des causes du décès de la personne détenue[1730]. Aussi, dans cette affaire, la Cour a jugé que les autorités n'avaient mené une enquête effective faute de s'être bornées à constater qu'il n'y avait pas eu de mort violente et de n'avoir pas tenu compte que la personne détenue était décédée de maladies liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)[1731].

B. Une enquête sur les mauvais traitements infligés à une personne détenue

279. Une protection procédurale du droit au respect de la dignité humaine. Par son arrêt *Labita contre Italie* du 6 avril 2000, la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu le volet procédural de la protection contre la torture et les traitements inhumains ou dégradants requise par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[1732]. À cet égard, le juge européen a précisé que l'article 3, combiné avec le devoir général imposé aux États parties par l'article 1 de la Convention, requiert qu'il y ait une enquête officielle effective en cas d'allégations de mauvais traitements. À défaut, « *nonobstant son importance fondamentale, l'interdiction légale générale de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants serait inefficace en pratique, et il serait possible dans certains cas à des agents de l'État de fouler aux pieds, en jouissant d'une quasi-impunité, les droits de ceux soumis à leur contrôle* »[1733]. Dès l'instant où un manquement à l'article 3 de la Convention est allégué devant le juge européen, une enquête doit être conduite par les autorités nationales. Cette obligation procédurale témoigne de l'intérêt que porte le juge européen au respect de la dignité des personnes détenues mais aussi à la protection de leur santé. Toute atteinte à l'intégrité de la personne détenue porte nécessairement atteinte à sa santé physique et/ou psychique. Dès lors l'exigence de la conduite d'une enquête efficace prévue par l'article 3

[1729] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 61 et 85 ; CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36.
[1730] CEDH, 11 février 2016, *Karpylenko c/ Ukraine*, req. n° 155509/12.
[1731] *Ibidem*, § 98-100.
[1732] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95.
[1733] *Ibidem*, § 31. V. aussi CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/ Italie*, req. n° 31143/96, § 36 ; CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/ Lituanie*, req. n° 44558/98, § 122 ; CEDH, 1er mars 2001, *Berktay c/ Turquie*, req. n° 22493/93, § 177.

tend à garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé et des droits qui en découlent en faveur de la personne détenue. Mais qu'en est-il de la procédure d'enquête ?

§ 2. La procédure d'enquête

280. Articles 2 et 3 : des exigences procédurales propres ou communes. Si les caractères de l'enquête exigée par l'article 2 sont communs avec ceux de l'enquête exigée par l'article 3, les modalités de déclenchement de l'enquête sont propres à chacune de ses dispositions. Aussi, ces modalités varient selon que la personne détenue a subi une atteinte à sa vie ou une atteinte à son intégrité.

A. Le déclenchement de l'enquête

281. Une enquête menée d'office ou après plainte. Les allégations de violation de la Convention européenne des droits de l'homme affectent les modalités de mise en œuvre d'une enquête par les autorités nationales. Aussi, le déclenchement de l'enquête diffère selon que l'enquête porte sur les atteintes à la vie (article 2 de la Convention) ou sur les atteintes à l'intégrité (article 3 de la Convention).

1) L'enquête sur les atteintes à la vie

282. Une action d'office. Il ressort de l'arrêt *Slimani contre France* du 27 juillet 2004 que, en cas d'atteinte à la vie, les autorités nationales doivent agir d'office dès l'instant que l'affaire est portée à leur attention[1734]. Les autorités « *ne sauraient laisser aux proches du défunt l'initiative de déposer une plainte formelle ou d'assumer la responsabilité d'une procédure d'enquête* »[1735]. Aussi, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé, dans

[1734] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 39. V. AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 35 ; KORFF D., *Le droit à la vie. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007.

[1735] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 39. V. aussi CEDH, 4 mai 2001, *McKerr c/ Royaume-Uni*, req. n° 28883/95, § 111.

l'arrêt *Akdoğdu contre Turquie* du 18 octobre 2005, que « *le simple fait que les autorités soient informées du décès donnerait ipso facto naissance à l'obligation, découlant de l'article 2, de mener une enquête effective sur les circonstances dans lesquelles il s'est produit* »[1736]. Et, selon le juge européen, « *il en va de même dans tous les cas où un détenu décède dans des conditions suspectes : une "enquête officielle et effective" de nature à permettre d'établir les causes de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition doit, d'office, être conduite* »[1737]. En cas de survenance d'un décès d'une personne détenue, les autorités nationales sont alors tenues de mener automatiquement une enquête afin de déterminer les causes de la mort. La protection procédurale de l'article 2 de la Convention consistant à la mise en œuvre d'office d'une enquête aux fins de déterminer les causes de la mort est par conséquent à la hauteur de l'obligation substantielle énoncée par cet article, à savoir la protection du droit à la vie.

Cette intervention d'office des autorités nationales ne vise qu'à satisfaire une quête d'effectivité du droit à la vie qui s'entend comme le droit humain le plus fondamental de tous. Cette protection procédurale apparaît ainsi essentielle pour garantir l'effectivité de la protection du droit à la vie des personnes détenues qui sont placées sous la responsabilité des autorités pénitentiaires et présentent de fait un état de vulnérabilité.

2) L'enquête sur les atteintes à l'intégrité

283. Une action subordonnée aux allégations de mauvais traitements. Par son arrêt *Labita contre Italie* du 6 avril 2000, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que, à partir du moment où les autorités nationales ont été saisies par un individu ou ses proches d'allégations de mauvais traitements, celles-ci sont tenues de mener « *une enquête officielle effective* »[1738]. Selon la Cour, en cas d'allégations de mauvais traitements infligés par la police ou d'autres services comparables de l'État, l'article 3 de la Convention, combiné avec le devoir général imposé à l'État par l'article premier du texte européen de reconnaître à toute

[1736] CEDH, 18 octobre 2005, *Akdoğdu c/ Turquie*, req. n° 46747/99, § 53.
[1737] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 30. V. aussi CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99, § 88 ; CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 161.
[1738] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 131. V. AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 35 ; REIDY A., *L'interdiction de la torture. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2003.

personne relevant de sa juridiction les droits et libertés définis dans la Convention, requiert qu'il y ait « *une enquête officielle effective* »[1739]. Les autorités étatiques n'ont pas à intervenir d'office dans l'hypothèse d'une atteinte à l'intégrité. Dès lors, elles doivent laisser à l'individu ou à ses proches l'initiative de déposer une plainte formelle. Les modalités de déclenchement d'une enquête sur des atteintes à l'intégrité diffèrent donc de celles portant sur des atteintes à la vie**.**

Cette différence résulte d'une part de la gravité de l'atteinte subie. Elle est non mortelle pour les atteintes à l'intégrité. Dans ce cas, une plainte peut donc être portée par la victime elle-même ou ses proches. Or, en cas d'atteinte à la vie, si l'intervention des autorités était subordonnée à une plainte, aucune enquête ne pourrait être mise en œuvre dès lors qu'aucun proche de la personne décédée ne se serait manifesté. D'autre part, en cas d'allégations d'atteinte à la vie d'une personne, le décès de cette dernière est survenu. Il convient alors de déterminer les causes du décès afin de savoir si ce décès résulte d'un fait condamnable. Or, pour les allégations de mauvais traitements, l'existence même des mauvais traitements est à démontrer. Une atteinte doit avoir été portée à la dignité de la personne humaine qui s'entend comme une « *valeur éminente appartenant à toute personne physique du seul fait de son appartenance à l'espèce humaine* »[1740]. Et, en cas d'atteinte avérée, la responsabilité doit ensuite être imputée.

284. Des allégations impérativement défendables. Le déclenchement d'une enquête, en cas d'atteinte à l'intégrité, est subordonné à une double condition. La première, précédemment évoquée, est le dépôt d'une plainte. Quant à la seconde, elle consiste pour l'individu ou ses proches à émettre des allégations impérativement défendables[1741]. Par son arrêt *Labita contre Italie* du 6 avril 2000, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que « *lorsqu'un individu affirme de manière défendable avoir subi, aux mains de la police ou d'autres services comparables de l'État, des traitements contraires à l'article 3, cette disposition, combinée avec le devoir général imposé à l'État par l'article 1 de la Convention de « reconnaître à toute personne relevant de* [sa] *juridiction, les droits et libertés définis (...)* [dans la] *Convention », requiert, par implication, qu'il y ait une enquête officielle*

[1739] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 131. V. aussi CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 31.
[1740] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Humain.
[1741] V. AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 35.

effective »[1742]. Aussi, les mauvais traitements que prétend avoir subis une personne détenue doivent être défendables.

Défendable s'entend de « *ce qui peut être soutenu* »[1743]. La plainte, qui consiste en un acte par lequel une personne s'estime victime, doit engendrer des « *soupçons plausibles* » que cette personne ait subi des mauvais traitements[1744]. C'est particulièrement le cas des personnes détenues qui allèguent que leurs conditions de détention sont contraires à l'article 3. Or, dans l'affaire *Valasinas contre Lituanie* du 24 juillet 2001, la Cour a observé que la personne détenue s'était bornée « *à dénoncer les faits établis par les autorités carcérales avant de prononcer des sanctions disciplinaires contre* [elle], *ainsi que le comportement déplacé des gardiens, plutôt qu'un préjudice personnel, physique ou moral relevant de l'article 3* »[1745]. La juridiction européenne a alors retenu qu'elle n'était pas « *convaincue que ces griefs correspondent à une "allégation défendable de mauvais traitements" appelant une enquête "approfondie et effective"* »[1746]. En revanche, dans l'affaire *Labita contre Italie*, la Cour a conclu que l'allégation de la personne détenue selon laquelle elle avait été maltraitée par des gardiens pendant sa détention était défendable. Pour cela, la juridiction européenne avait constaté que les déclarations de la personne détenue engendraient « *des soupçons plausibles que* [celle-ci] *avait subi des traitements discutables à la prison* »[1747] en ajoutant que « *les conditions de détention* [au sein de l'établissement pénitentiaire] *avaient été au centre de l'attention des médias dans la période en question, et que d'autres détenus s'étaient plaints de traitements similaires à ceux évoqués par le requérant, ce qui renforçait la crédibilité des allégations de l'intéressé* »[1748]. À l'instar de cette affaire, le juge européen a constaté, dans l'affaire *Indelicato contre Italie* du 18 octobre 2011, l'existence d'un grief défendable en considérant que les allégations de mauvais traitements émises par la personne détenue et son épouse ont engendré « *des soupçons plausibles que l'intéressé avait subi des traitements discutables à la prison* »[1749]. Le juge européen a par ailleurs relevé que d'autres personnes détenues avaient dénoncé les

[1742] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 131. V. aussi CEDH, *Slimani c/ France*, 27 juillet 2004, req. n° 57671/00, § 31.
[1743] Le Trésor de la langue française informatisé, V° Soigner [consulté le 15 août 2016]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/
[1744] CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/ Italie*, req. n° 31143/96, § 37.
[1745] CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/ Lituanie*, req. n° 44558/98, § 122.
[1746] *Ibidem.*
[1747] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 130.
[1748] *Ibidem.*
[1749] CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/ Italie*, req. n° 31143/96, § 37.

mauvais traitements infligés par les gardiens et que ces actes avaient été « *publiquement et énergiquement mis en cause même par des autorités de l'État* » (à savoir un juge de l'application des peines et l'inspection de l'administration pénitentiaire) »[1750].

B. Le déroulement de l'enquête

285. Une enquête effective. Les autorités nationales doivent s'assurer qu'une procédure d'enquête effective puisse être engagée en cas d'allégations d'atteinte à la vie ou à l'intégrité. Aussi, afin de déterminer si les autorités nationales ont permis la mise en œuvre d'une enquête exigée par l'article 2 ou l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a précisé non seulement la finalité que l'enquête doit atteindre mais aussi les moyens à utiliser pour y parvenir.

1) La finalité à atteindre

286. Une identification et une punition des responsables. En cas d'allégations de violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, il ressort de l'arrêt *McCann et autres contre Royaume-Uni* du 27 septembre 1995 que l'enquête conduite par les autorités nationales doit permettre de procéder à un « *examen complet, impartial et approfondi des circonstances dans lesquelles les homicides ont été commis* »[1751]. Ces investigations visent à conduire à l'identification et à la punition des responsables et par là-même, à rendre possible la mise en œuvre de poursuites. La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs affirmé, dans l'arrêt *Slimani contre France du 27 juillet 2004* que l'« *enquête officielle et effective* » exigée par l'article 2 de la Convention est « *de nature à permettre d'établir les causes de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition* »[1752]. C'est particulièrement le cas pour le décès d'une personne détenue. Par son arrêt *De Donder et De Clippel contre Belgique* du 6 décembre 2011, la juridiction européenne a même rappelé que « *dans tous les cas où un détenu décède dans des conditions suspectes et que les causes de ce décès sont susceptibles d'être rattachées à une action ou une omission d'agents ou de services publics, les autorités ont l'obligation de mener d'office une "enquête officielle et effective" de nature à permettre d'établir les causes*

[1750] *Ibidem.*
[1751] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/ Royaume-Uni*, req. n° 18984/91, § 163. V. aussi CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 22729/93.
[1752] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 30, 43 et 47.

de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition ». D'après la Cour, « *il s'agit essentiellement, au travers d'une telle enquête, d'assurer l'application effective des lois internes qui protègent le droit à la vie et, dans les affaires où des agents ou organes de l'État sont impliqués, de garantir que ceux-ci aient à rendre des comptes au sujet des décès survenus sous leur responsabilité* »[1753].

Cette quête d'identification et de punition des responsables est aussi poursuivie par l'enquête officielle et effective exigée par l'article 3 de la Convention[1754]. L'enquête doit aussi pouvoir mener à l'identification et à la punition des responsables. Et le juge européen a considéré, notamment dans l'arrêt *Labita contre Italie*, que « *s'il n'en allait pas ainsi, nonobstant son importance fondamentale, l'interdiction légale générale de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants serait inefficace en pratique, et il serait possible dans certains cas à des agents de l'État de fouler aux pieds, en jouissant d'une quasi-impunité, les droits de ceux soumis à leur contrôle* »[1755].

L'enquête exigée par les articles 2 et 3 de la Convention doit par conséquent être efficace. En permettant l'identification et la punition des responsables des atteintes à la vie ou à l'intégrité causées aux personnes détenues, l'enquête exigée apparaît comme un moyen d'investigation essentiel pour lutter contre l'impunité et ainsi garantir le respect de l'État de droit au sein des établissements pénitentiaires. Il en va de l'effectivité du droit à la protection de la santé des personnes détenues ainsi que des droits qui en découlent. La conduite d'une enquête menée à la suite d'une violation de l'un de ces droits pouvant s'analyser comme un manquement à l'article 2 ou 3 doit permettre l'identification et la punition des responsables.

2) Les moyens pour y parvenir

287. Une procédure d'enquête en recherche d'effectivité. Aux fins de satisfaire les exigences des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, les

[1753] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 61. V. aussi CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 36.
[1754] CEDH, 28 octobre 1998, *Assenov et autres c/ Bulgarie*, req. n° 24760/94, § 102.
[1755] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 131. V. aussi CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/ Italie*, req. n° 31143/96, § 36 ; CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99, § 88 ; CEDH, *Slimani c/ France*, 27 juillet 2004, req. n° 57671/00, § 30, 43 et 47.

investigations menées doivent être suffisamment approfondies et effectives[1756]. Aussi, « les autorités *compétentes doivent avoir eu la possibilité de mener une enquête officielle et effective conformément à l'obligation que les articles 2 et 3 mettent à leur charge* »[1757]. Pour cela, le juge européen a dégagé des critères visant à déterminer si l'enquête qui a été conduite peut être qualifiée d'effective.

a. Une indépendance et une impartialité

288. D'un point de vue hiérarchique et pratique. Par souci d'effectivité, l'enquête doit être conduite en toute indépendance et impartialité. La Cour européenne des droits de l'homme a précisé que « *l'effectivité requiert en premier lieu que les personnes responsables de la conduite de l'enquête soient indépendantes de celles éventuellement impliquées dans le décès : elles doivent, d'une part, ne pas leur être subordonnées d'un point de vue hiérarchique ou institutionnel ; elles doivent, d'autre part, être indépendantes en pratique* »[1758]. Il ressort de l'arrêt *Troubnikov contre Russie* du 5 juillet 2005 que le juge européen exige, au regard des articles 2 et 3 de la Convention, que soit menée une enquête indépendante et impartiale[1759]. Cette exigence d'indépendance et d'impartialité traduit l'aptitude des autorités chargées de conduire l'enquête à agir non seulement sans contrainte imposée à leur libre arbitre mais aussi sans parti-pris. Elles ne doivent ainsi pas être soumises à l'autorité des agents de l'État susceptibles d'être mis en cause en matière d'atteinte à la vie ou à l'intégrité. Aussi, l'enquête sur la mort d'une personne détenue ou sur les mauvais traitements infligés à une personne détenue doit être nécessairement indépendante et impartiale. Ces exigences veillent ainsi à ce que la puissance publique soit soumise au droit et, par-là même, à ce que l'État de droit soit respecté en prison. Malgré l'importance fondamentale de cette exigence d'indépendance et d'impartialité, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé, dans l'affaire *Tanribilir contre Turquie*, que, « *même si l'intervention des organes administratifs, dont l'indépendance vis-à-vis de l'exécutif est sujette à caution, a affaibli l'efficacité de l'enquête interne,* [elle] *considère que l'instruction préliminaire détaillée menée par les autorités judiciaires afin de déterminer la responsabilité des gendarmes dans le cadre du suicide* [d'un individu] *peut passer pour suffisamment*

[1756] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 132.
[1757] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 59.
[1758] *Ibidem*, § 86 ; CEDH, *Slimani c/ France*, 27 juillet 2004, req. n° 57671/00, § 32.
[1759] CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99, § 88.

approfondie et efficace »[1760]. Cette exigence n'est pas absolue dès lors que d'autres critères d'effectivité sont réunis. L'absence d'indépendance n'est pas un obstacle ferme à l'effectivité de l'enquête.

b. Des mesures raisonnables

289. Une enquête adéquate. Le caractère adéquat de l'enquête s'entend comme l'obligation pour les autorités, à travers la mise en œuvre d'une enquête, de prendre des mesures raisonnables. Cette exigence vise à lutter contre l'inertie des autorités nationales. L'adoption de mesures raisonnables doit alors permettre l'identification et la punition des responsables de l'atteinte à la vie ou à l'intégrité. S'agissant de l'enquête exigée par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a estimé, dans l'arrêt *Labita contre Italie* du 6 avril 2000, que les autorités n'avaient pas pris de mesures raisonnables en vue d'identifier les responsables de l'atteinte à l'intégrité causée à la personne détenue. L'inertie des autorités résulte notamment du fait qu'aucune démarche n'a été faite pour identifier les responsables alors que la personne détenue avait indiqué qu'elle serait capable de reconnaitre les responsables si elle était en mesure de les voir en personne[1761]. Cette inertie est, selon le juge européen, « *d'autant plus regrettable si l'on considère que la plainte du requérant n'était pas isolée : l'existence de pratiques discutables de la part des gardiens de* [l'établissement pénitentiaire] *avait été publiquement et énergiquement mise en cause même par les autorités de l'État* »[1762].

S'agissant de l'enquête exigée par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, la Cour a constaté, dans l'arrêt *Salakhov et Islyamova contre Ukraine* du 14 mars 2013, l'existence d'une lacune flagrante dans l'enquête engagée pour déterminer les causes de la mort d'une personne détenue décédée du SIDA peu après sa libération[1763]. Cette lacune résultait du fait que les autorités pénitentiaires n'avaient pas transmis le dossier médical complet de la personne détenue aux autorités d'enquête, et ce malgré les demandes répétées de la mère de la personne détenue. Ces dernières n'ont alors pas suffisamment expliqué la détérioration de l'état de santé de la personne détenue et son décès ultérieur[1764]. Le juge

[1760] CEDH, 16 novembre 2000, *Tanribilir c/ Turquie*, req. n° 21422/93, § 85 (à propos du suicide d'une personne détenue dans une cellule de gendarmerie).
[1761] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 134.
[1762] *Ibidem*, § 135.
[1763] CEDH, 14 mars 2013, *Salakhov et Islyamova c/ Ukraine*, req. n° 28005/08, § 191.
[1764] *Ibidem*, § 192.

européen a alors estimé que cette lacune était sérieuse, eu égard certes à la protection procédurale exigée par l'article 2 de la Convention mais surtout, en ce qu'elle a empêché les services concernés d'identifier les défaillances dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues séropositives, d'y remédier et d'éviter des erreurs semblables[1765]. Par son arrêt *Yuriy Illarionovich Shchokin contre Ukraine* du 3 octobre 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que « *les autorités doivent avoir pris toutes les mesures que l'on pouvait raisonnablement attendre d'elles pour rassembler les éléments de preuve concernant le déroulement des faits* »[1766]. Dès lors, « *si l'enquête présente des lacunes qui ne lui permettent pas d'établir la cause du décès ou d'identifier les responsables, qu'il s'agisse des auteurs directs du crime ou de ceux qui l'ont commandité ou organisé, elle risque de ne pas répondre à cette norme d'effectivité* »[1767]. Dans cette affaire, la Cour a constaté que :

- les autorités d'enquête n'avaient pas pris de mesures raisonnables permettant « *d'établir les responsabilités au sein de l'établissement pénitentiaire, notamment des agents qui sont, de par leur fonction, en charge de la surveillance et de la sécurité des prisonniers* » ;
- « *aucune enquête sérieuse n'a été réalisée par les autorités ukrainiennes pour expliquer comment plusieurs personnes ont pu torturer et violer* [la personne détenue] *sur une période de temps aussi longue et dans des lieux à usage commun au sein de la colonie correctionnelle* » et ce, malgré le fait que le père de la personne détenue ait invoqué à cet égard la responsabilité de l'établissement pénitentiaire et même de l'État ;
- « *les autorités nationales ont limité leur examen à la seule responsabilité personnelle des détenus, sans que la responsabilité de l'État n'ait été discutée ni même évoquée* » ;
- et enfin, qu'aucune mesure raisonnable et adaptée n'a été prise pour mettre à disposition de l'autorité judiciaire l'un des agents de l'administration pénitentiaire susceptible d'être impliqué qui avait pris la fuite[1768].

Le juge européen a rappelé, dans l'affaire *De Donder et De Clippel contre Belgique* que les autorités doivent prendre « *les mesures raisonnables dont elles disposent pour assurer l'obtention des preuves relatives aux faits en question, y compris, entre autres, les dépositions des témoins oculaires, des expertises et, le cas échéant, une autopsie propre à fournir un compte rendu complet et précis des blessures et une analyse objective des constatations*

[1765] *Ibid.*, § 193.
[1766] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 40.
[1767] *Ibidem.*
[1768] *Ibid.*, § 42 et 43.

cliniques, notamment de la cause du décès »[1769]. Dans l'affaire *Karpylenko contre Ukraine* du 11 février 2016, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté que les mesures d'investigations prises par les autorités chargées de l'enquête n'ont pas tenu compte des causes du décès de la personne détenue[1770]. Or, la personne détenue était décédée de maladies liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Une enquête effective aurait pourtant nécessité une évaluation de la qualité du traitement médical qu'il lui a été fourni[1771]. En l'absence de cette évaluation, l'enquête conduite dans cette affaire n'a pas pu être jugée effective.

c. Une célérité et une diligence raisonnable

290. Une grande rapidité à agir. En vertu de l'obligation d'enquête tirée des articles 2 et 3 de la Convention, les autorités nationales sont tenues de satisfaire une exigence de célérité et de diligence raisonnable. Cette exigence est déterminante dans le cadre de la protection de la santé des personnes détenues et de la recherche d'effectivité des droits dont elles bénéficient en matière de santé. Elle concorde particulièrement avec la fragilité, la vulnérabilité de ces personnes qui sont susceptibles de présenter un état de santé manifestement dégradé. Aussi, les autorités doivent, à travers l'enquête exigée par les articles 2 et 3, agir avec une grande rapidité. Cette exigence découle implicitement de l'obligation à charge des autorités d'adopter, dans le cadre de l'enquête, des mesures raisonnables aux fins de parvenir à l'identification et à la punition des responsables des atteintes à la vie ou à l'intégrité[1772]. Il est nécessaire d'agir rapidement pour identifier et punir les responsables des atteintes subies notamment par les personnes détenues afin que ces atteintes cessent tout bonnement. Par son arrêt *Yuriy Illarionovich Shchokin contre Ukraine*, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que les autorités doivent répondre à cette exigence « *même s'il peut y avoir des obstacles ou des difficultés empêchant l'enquête de progresser dans une situation particulière* »[1773]. Dans l'affaire *Slimani contre France* où l'usage de la force par les autorités avait entraîné le décès d'une personne détenue, le juge européen a souligné « *à cet égard qu'une réponse rapide des autorités peut généralement être considérée comme essentielle*

[1769] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 86. V. aussi CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 30. CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, req. n° 57671/00, § 32.
[1770] CEDH, 11 février 2016, *Karpylenko c/ Ukraine*, req. n° 155509/12.
[1771] *Ibidem*, § 98.
[1772] CEDH, 3 octobre 2013, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, req. n° 4299/03, § 41.
[1773] *Ibidem.*

pour préserver la confiance du public dans le respect du principe de légalité et pour éviter toute apparence de complicité ou de tolérance relativement à des actes illégaux » et « *que cela vaut dans tous les cas où une personne décède entre les mains d'autorités, car la collecte des éléments susceptibles de déterminer les causes de la mort devient hasardeuse au fur et à mesure que passe le temps* »[1774]. Il en va de même en cas d'atteinte à l'intégrité d'une personne détenue. Le juge européen a alors dénoncé la durée excessive de l'enquête qui a été conduite dans l'affaire *Labita contre Italie*. Pour cela, il avait remarqué « *d'emblée que l'instruction menée par le parquet de Livourne a été très longue : après que le requérant eut été entendu par les carabiniers le 5 janvier 1994, quatorze mois se sont écoulés avant qu'il ne soit convoqué à nouveau en vue de l'identification des responsables, alors que d'après le dossier, la seule activité qui ait été menée dans cet intervalle fut l'obtention non des photographies des gardiens ayant travaillé* [au sein de l'établissement pénitentiaire], *mais des photocopies de ces photos* »[1775].

d. Une transparence

291. Un contrôle public. L'effectivité de l'enquête exigée par les articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme impose que cette enquête soit menée en toute transparence. Par son arrêt *Slimani contre France*, la Cour européenne a non seulement « *souligné qu'il doit y avoir un élément suffisant de contrôle public de l'enquête ou de ses résultats pour garantir que les responsables aient à rendre des comptes, tant en pratique qu'en théorie* » mais également « *précisé que, si le degré de contrôle public requis peut varier d'une affaire à l'autre, les proches de la victime doivent, dans tous les cas, être associés à la procédure dans la mesure nécessaire à la sauvegarde de leurs intérêts légitimes* »[1776]. Il doit en être ainsi dès l'instant qu'une personne décède entre les mains d'autorités et, en particulier, lorsqu'une personne détenue décède alors qu'elle est placée sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire[1777]. Dès lors dans cette affaire, le seul fait que la requérante n'ait pas pu participer à l'information pour recherche des causes de la mort de la personne détenue a permis au juge européen de conclure que l'enquête ne pouvait être qualifiée

[1774] CEDH, *Slimani c/ France*, 27 juillet 2004, req. n° 57671/00, § 32. V. aussi CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, req. n° 8595/06, § 86 ; CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99, § 88.
[1775] CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, req. n° 26772/95, § 133.
[1776] CEDH, *Slimani c/ France*, 27 juillet 2004, req. n° 57671/00, § 32 et 47.
[1777] *Ibidem*, § 32.

d'effective[1778]. L'exigence d'une enquête publique est, selon la Cour européenne des droits de l'homme, pertinente en cas d'atteinte à la vie ou à l'intégrité[1779]. En revanche, la Cour a pu considérer, dans l'affaire *Tanribilir contre Russie*, que « *le fait que la requérante n'ait pas pleinement participé à l'instruction ne change rien à la nature complète de celle-ci, puisque comme elle* [a pu le constater]*, l'intéressée n'était pas en mesure de fournir des éléments de preuve utiles pour le bon déroulement de l'enquête* »[1780].

[1778] *Ibid.*, § 49.
[1779] CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, req. n° 49790/99, § 88.
[1780] CEDH, 16 novembre 2000, *Tanribilir c/ Turquie*, req. n° 21422/93, § 85 (à propos du suicide d'une personne détenue dans une cellule de gendarmerie).

Section 2 :
L'accès à la justice pour remédier à la situation incriminée

« Ubi jus, ibi remedium »[1781].

292. Des garanties offertes à tout justiciable pour un accès à une « bonne justice » (article 6 de la Convention). La personne détenue bénéficie, comme tout justiciable, d'un certain nombre de garanties procédurales. Ces garanties sont essentielles pour que la personne détenue puisse faire valoir, dans de bonnes conditions, le respect de ses droits notamment en matière de santé. Eu égard au sujet de cette étude, les développements qui suivront se limiteront à présenter succinctement ces garanties. Selon le Professeur Jean-François Renucci, « *tous les justiciables ont droit à une bonne justice et, même si la justice des hommes est par essence relative, tout doit être fait pour que celle-ci soit rendue de manière la plus satisfaisante possible* »[1782]. Ce droit fondamental se matérialise par le respect du droit à un procès équitable encadré par l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'homme. Toute personne a en effet droit à être jugée dans le cadre d'un procès équitable[1783]. Ce droit « *se présente comme un "modèle universel"*[1784]*, apparaissant même comme "la pièce maitresse de l'instrument constitutionnel de l'ordre public européen"*[1785]*, voire "l'ascension d'un pouvoir judiciaire qui entend s'affirmer face aux pouvoirs législatif et exécutif des États*

[1781] Cette maxime signifie « là où il y a un droit, il y a un remède ». Citée par KRENC F., VAN DROOGHENBROECK S., « Les droits du détenu dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme », in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Actes du colloque organisé le 9 février 2007 par l'Institut des droits de l'homme du barreau de Bruxelles, le Centre de recherches criminologiques de l'Université de Bruxelles, le Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit et Justice », 2007, n° 73, p. 44.

[1782] RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015, n° 345, p. 307.

[1783] Pour aller plus loin : GUINCHARD S., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 8e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015 ; RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 346-379, p. 310-345. VITKAUSKAS D., DIKOV G., *La protection du droit à un procès équitable par la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2012.

[1784] GUINCHARD S., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 6e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011, n° 223 cité par RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 345, p. 307.

[1785] CEDH, 23 mars 1995, *Loizidou c/ Turquie*, req. n° 15318/89, § 75 cité par RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 345, p. 307.

nationaux"[1786] ». Un certain nombre d'exigences, détaillées dans l'article 6 § 1 de la Convention, découle du droit à un procès équitable[1787]. À cet égard, tout justiciable bénéficie du droit à être jugé par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi. L'article 6 § 1 consacre également le droit de toute personne à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable. En sus de cette exigence de célérité, le droit à un procès équitable implique également, pour tout justiciable, un droit à ce que sa cause soit entendue publiquement et équitablement. La Cour européenne des droits de l'homme a rappelé dans l'arrêt *Bottazzi contre Italie* du 28 juillet 1999 que les États parties à la Convention sont tenus d'organiser leurs juridictions de manière à leur permettre de répondre aux exigences de l'article 6 § 1[1788]. Aussi, les personnes détenues doivent pouvoir disposer de toutes garanties procédurales tirées de l'article 6 § 1 de la Convention et elles bénéficient, en particulier celles placées en détention provisoire, des garanties consacrées aux paragraphes 2 et 3 de l'article 6 de la Convention qui visent la présomption d'innocence ainsi que les droits de la défense[1789].

293. Des garanties primordiales pour la protection des droits des personnes détenues en matière de santé. Des garanties procédurales, autres que celles prévues à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, revêtent une importance cruciale en matière pénitentiaire et particulièrement dans le cadre de la protection des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Ces garanties ne sont pas pour autant spécifiquement prévues pour les personnes détenues, même si elles trouvent une résonnance fondamentale dans la sauvegarde de leurs droits. Parmi ces garanties figure l'obligation pour les États membres d'offrir aux personnes détenues un recours effectif devant une instance nationale leur permettant de contester tout manquement à la Convention (§ 1.). Des garanties conditionnées par l'urgence interviennent également (§ 2.), à savoir les mesures provisoires prononcées par la Cour européenne des droits de l'homme et le traitement prioritaire des requêtes adressées à la Cour.

[1786] OPPETIT B., *Vers une démocratie procédurale*, Justice 1999/1, p. 91 cité par RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 345, p. 307.

[1787] Pour aller plus loin : GUINCHARD S., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 8e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015 ; RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 380 s., p. 347 s. ; VITKAUSKAS D., DIKOV G., *La protection du droit à un procès équitable par la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2012, p. 51 s.

[1788] CEDH, 28 juillet 1999, *Bottazzi c/ Italie*, req. n° 34884/97, § 22.

[1789] Pour aller plus loin : RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, *op. cit.*, n° 423 s., p. 387 s. ; VITKAUSKAS D., DIKOV G., *La protection du droit à un procès équitable par la Convention européenne des droits de l'homme*, *op. cit.*, p. 91 s.

§1. Un recours effectif devant une instance nationale

294. L'existence de voies de recours internes. Aux termes de l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, « *toute personne dont les droits et libertés reconnus dans la présente Convention ont été violés, a droit à l'octroi d'un recours effectif devant une instance nationale, alors même que la violation aurait été commise par des personnes agissant dans l'exercice de leurs fonctions officielles* ». Les États parties à la Convention ont, au titre de l'article 13, l'obligation d'offrir aux personnes détenues un recours effectif devant une instance nationale qui sera alors tenue de statuer sur les allégations de violation des droits garantis par la Convention[1790]. Et selon le professeur Jean-François Akandji-Kombé, « *l'idéal est que l'instance en question soit juridictionnelle, et on peut dire qu'il y a une forte incitation jurisprudentielle à ce qu'il en soit ainsi. Mais une instance non juridictionnelle sera également acceptable du point de vue de cette disposition si elle présente des garanties certaines d'indépendance et d'impartialité* »[1791]. Il ressort de l'arrêt *Klass contre Allemagne* du 6 septembre 1978 que, « *pour s'analyser en une "instance nationale" au regard de l'article 13, un organe doit au moins se composer de membres impartiaux et jouissant des garanties de l'indépendance judiciaire* » et que cet organe « *peut ne pas être forcément, dans tous les cas, une institution judiciaire au sens strict* »[1792].

En matière pénitentiaire, le droit au recours effectif est une arme décisive permettant de contester les décisions prises à l'encontre des personnes détenues, tant par l'administration pénitentiaire que par l'autorité judiciaire. Le droit au recours effectif apparait également, une fois l'instance nationale intervenue comme un moyen de légitimer les décisions prises auprès des personnes détenues[1793]. Aussi, l'exercice du droit au recours implique un contrôle de l'activité pénitentiaire et en particulier, dans le cadre de la prise en charge de la santé des personnes détenues. Mais encore faut-il que les voies de recours instituées au sein des États membres soient véritablement effectives.

[1790] Sur la montée en puissance et la force actuelle de l'article 13 de la Convention, V. RENUCCI J.-F., *Droit européen des droits de l'homme*. *Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH, op. cit.,* p. 315-318.
[1791] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006.
[1792] CEDH, 6 septembre 1978, *Klass c/ Allemagne*, req. n° 5029/71, § 65.
[1793] FALXA J., « Regards comparés sur le droit au recours effectif en matière pénitentiaire », *AJ Pénal* 2015, p. 358.

295. L'effectivité des voies de recours internes. La mesure de l'effectivité tient compte des « *effets qui sont en adéquation avec la finalité de la règle de droit qui les produit, qu'il s'agisse d'effets voulus ou d'effets non désirés mais désirables, ou même d'effets non prévus tant qu'ils ne sont pas contradictoires avec la dite finalité* »[1794]. Une voie de recours n'est alors effective que si elle produit des effets adéquats à sa finalité. Dans l'affaire Kaya contre Turquie du 19 février 1998 la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que « *l'article 13 de la Convention garantit l'existence en droit interne d'un recours permettant de se prévaloir des droits et libertés de la Convention, tels qu'ils peuvent s'y trouver consacrés* » et que « *cette disposition a donc pour conséquence d'exiger un recours interne habilitant à examiner le contenu du grief fondé sur la Convention et à offrir le redressement approprié, même si les États contractants jouissent d'une certaine marge d'appréciation quant à la manière de se conformer aux obligations que leur fait cette disposition* »[1795]. Afin de préciser cette exigence d'effectivité, la Cour a alors dégagé des critères auxquels les recours mis en œuvre par les États membres doivent répondre, conformément à l'article 13. Aussi, le juge européen a rappelé que, pour être jugés effectifs et accessibles, les recours internes « *doivent exister à un degré suffisant de certitude, en pratique comme en théorie, sans quoi leur manquent l'effectivité et l'accessibilité voulues* »[1796]. À cet égard, l'exercice du recours exigé par l'article 13 « *ne doit pas être entravé de manière injustifiée par les actes ou omissions des autorités de l'État défendeur* »[1797]. En outre, l'exigence d'effectivité impose que le recours soit « *susceptible de remédier directement à la situation incriminée et présenter des perspectives raisonnables de succès* »[1798]. Par le biais de ce recours, la personne détenue doit pouvoir de manière effective faire valoir le respect de ses droits**.** Cependant, le juge européen a précisé que « *le simple fait de nourrir des doutes quant aux perspectives de succès d'un recours donné qui n'est pas de toute évidence voué à l'échec ne constitue pas une raison*

[1794] LEROY Y. [dir. MARRAUD C.], *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail,* Thèse de doctorat d'Université, Droit privé, Nancy, Université Nancy 2, 2008, p. 415.
[1795] CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 158/1996/777/978, § 106.
[1796] CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 71. V. aussi CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 158/1996/777/978, § 106 ; CEDH, 16 septembre 1996, *Akdivar et autres c/ Turquie*, req. n° 21893/93, § 66.
[1797] CEDH, 19 février 1998, *Kaya c/ Turquie*, req. n° 158/1996/777/978, § 106.
[1798] CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 74.

propre à justifier la non-utilisation du recours en question »[1799]. Ces critères d'effectivité seront davantage précisés dans les prochains développements.

Il conviendra de démontrer que l'obligation d'offrir un recours effectif devant une instance nationale, tirée de l'article 13 de la Convention, est une véritable garantie du fonctionnement du mécanisme de protection européen des droits de l'homme. Cette obligation apparaît même comme une garantie décisive au service de la protection des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé.

A. Une garantie du fonctionnement du mécanisme européen de protection

296. Une manifestation du principe de subsidiarité. Du latin *subsidiara*, dérivé de *subsidium* (secours), le terme « subsidiaire » désigne ce « *qui a vocation à venir en second lieu (à titre de remède, de garantie, de suppléance, de consolation), pour le cas où ce qui est principal, primordial, vient à faire défaut* »[1800]. Le principe de subsidiarité sur lequel repose le système européen de protection des droits de l'homme implique que les États parties à la Convention répondent à l'obligation d'offrir un recours effectif devant une instance nationale[1801]. Au travers de cette obligation, la manifestation du principe de subsidiarité apparaît utile pour garantir non seulement l'effectivité des droits et libertés fondamentaux mais également la réactivité du système de protection.

1) L'effectivité des droits et libertés fondamentaux

297. Un moyen procédural au service d'une fin conventionnelle plus vaste : la protection effective des droits et libertés. L'exigence d'effectivité des recours internes a pour objectif de confier aux États parties la responsabilité première « *de veiller à ce que les*

[1799] *Ibidem*. V. aussi CEDH, 16 septembre 1996, *Akdivar et autres c/ Turquie*, req. n° 21893/93, § 71. Le juge européen a en outre précisé, en ce qui concerne la charge de la preuve, qu' « *il incombe au Gouvernement excipant du non-épuisement de convaincre la Cour que le recours était effectif et disponible tant en théorie qu'en pratique à l'époque des faits. Une fois cela démontré, c'est au requérant qu'il revient d'établir que le recours évoqué par le Gouvernement a en fait été employé ou bien que, pour une raison quelconque, il n'était ni adéquat ni effectif compte tenu des faits de la cause, ou encore que certaines circonstances particulières dispensaient l'intéressé de l'exercer* ». CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 77. V. aussi CEDH, 16 septembre 1996, *Akdivar et autres c/ Turquie*, req. n° 21893/93, § 68.

[1800] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Subsidiaire.

[1801] MICHEL J.-P., GÉLARD P., *Rapport d'information n° 705 (2011-2012), fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur la Cour européenne des droits de l'Homme*, déposé le 25 juillet 2012, p. 37-39 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-705/r11-7051.pdf

droits et libertés consacrés par la Convention soient respectés et protégés au niveau interne ». Cette exigence limite la portée du mécanisme européen de protection des droits de l'homme institué par la Cour européenne des droits de l'homme. Elle témoigne en effet du caractère subsidiaire du contrôle opéré par la Cour qui implique un épuisement préalable des voies de recours internes et ce, conformément à l'article 35 § 1 de la Convention[1802]. Pour cela, les requérants doivent faire « *un usage normal des recours disponibles et suffisants pour leur permettre d'obtenir réparation des violations qu'ils allèguent* »[1803]. En ce sens, la Cour européenne des droits de l'homme a réaffirmé par son arrêt *Vučković et autres contre Serbie* que « *le mécanisme de sauvegarde instauré par la Convention revêt, et c'est primordial, un caractère subsidiaire par rapport aux systèmes nationaux de garantie des droits de l'homme. La Cour a la charge de surveiller le respect par les États contractants de leurs obligations découlant de la Convention. Elle ne doit pas se substituer aux États contractants, auxquels il incombe de veiller à ce que les droits et libertés fondamentaux consacrés par la Convention soient respectés et protégés au niveau interne. La règle de l'épuisement des recours internes se fonde sur l'hypothèse, reflétée dans l'article 13 de la Convention, avec lequel elle présente d'étroites affinités, que l'ordre interne offre un recours effectif quant à la violation alléguée. Elle est donc une partie indispensable du fonctionnement de ce mécanisme de protection* »[1804].

L'intervention du juge européen est alors limitée aux hypothèses dans lesquelles les États membres ont manqué d'assurer la jouissance des droits et libertés consacrés par la Convention. « *L'ouverture d'une voie de recours interne n'est qu'un moyen procédural au service d'une fin conventionnelle plus vaste : la protection effective des droits et libertés* »[1805]. Dès lors, les États sont tenus d'offrir un recours effectif devant une instance nationale afin de permettre aux éventuels requérants d'obtenir une réparation au niveau national pour les

---

[1802] CEDH, 23 juillet 1968, *Affaire relative à certains aspects du régime linguistique de l'enseignement en Belgique c/ Belgique*, req. n° 1474/62, 1677/62, 1691/62, 1769/63, 1994/63 et 2126/64, § 10 : la Cour « *ne saurait se substituer aux autorités nationales compétentes, faute de quoi elle perdrait de vue le caractère subsidiaire du mécanisme international de garantie collective instauré par la Convention. Les autorités nationales demeurent libres de choisir les mesures qu'elles estiment appropriées dans les domaines régis par la Convention. Le contrôle de la Cour ne porte que sur la conformité de ces mesures avec les exigences de la Convention* ». V. aussi CEDH, 7 décembre 1976, *Handyside c/ Royaume-Uni*, req. n° 5493/72, § 48.

[1803] CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 71.
Cependant, le juge européen a rappelé qu' « *il faut appliquer la règle de l'épuisement des recours internes avec une certaine souplesse et sans formalisme excessif* ». V. CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 76.

[1804] CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11.

[1805] HERVIEU N., « Une condamnation européenne des conditions carcérales en France à conjuguer à tous les temps » in *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 29 avril 2013 [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://revdh.org/2013/04/29/droits-des-detenus-condamnation-europeenne-conditions-carcérales/

violations alléguées à la Convention. En matière pénitentiaire, le droit à un recours effectif confère aux personnes détenues la possibilité de contester les décisions prises à leur égard et de faire valoir le respect des droits énoncés par la Convention. En outre, derrière cette recherche d'effectivité des droits et libertés fondamentaux se cache un enjeu essentiel, la sauvegarde de la réactivité du mécanisme européen de protection des droits de l'homme qui est essentielle à la protection effective de la santé des personnes détenues et des droits qui en découlent.

2) La réactivité du mécanisme européen de protection

298. Un moyen procédural au service d'un désengorgement du rôle de la Cour européenne. La réaffirmation de l'exigence d'effectivité des recours internes par la jurisprudence européenne n'a pas pour unique intérêt de conforter le principe de subsidiarité inhérent au mécanisme européen de protection des droits de l'homme. En effet, « *la constance avec laquelle la Cour réaffirme cette posture tient pour beaucoup à son désir de juguler le flot de contentieux qui assaille son prétoire. […] De cette manière les juges européens espèrent désamorcer en amont, et dès le stade national, les requêtes futures* »[1806]. Depuis une vingtaine d'années, la Cour doit faire face « *à une situation d'engorgement chronique qui nuit à sa crédibilité et, du fait de l'allongement des délais de jugement, confine parfois au déni de justice* »[1807]. Cette situation d'engorgement est préjudiciable aux personnes détenues ou à leurs proches qui justifient bien souvent d'une nécessaire intervention rapide du juge européen et ce, eu égard aux allégations d'atteintes graves de la Convention et en particulier des articles 2 et 3[1808]. Aussi, l'effectivité du droit à la protection de la santé et des droits qui en découlent en faveur de la personne détenue est liée, en cas de défaillances des autorités nationales, à l'effectivité du système européen de protection des droits fondamentaux.

[1806] *Ibidem.*

[1807] MICHEL J.-P., GÉLARD P., *Rapport d'information n° 705 (2011-2012), fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur la Cour européenne des droits de l'Homme*, déposé le 25 juillet 2012 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-705/r11-7051.pdf

[1808] Aucune analyse statistique publiée par la Cour européenne des droits de l'homme a permis d'identifier précisément les motifs des requêtes adressées par les personnes détenues. En revanche, il est à noter que, en 2015, 30 % des constats de violation ont porté sur des atteintes graves à la Convention, à savoir le droit à la vie ou l'interdiction de torture ou de traitements inhumains ou dégradants (articles 2 et 3). En 2015, 23 % des arrêts de violations constatées par la Cour ont concerné l'interdiction de torture ou traitements inhumains ou dégradants (article 3) et près de 7 % des arrêts de violations ont concerné le droit à la vie (article 2). V. COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, *La Cour européenne des droits de l'homme en faits et en chiffres 2015*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, mars 2016, p. 7 [consulté le 25 septembre 2016]. Disponible sur : www.echr.coe.int/Documents/Facts_Figures_2015_FRA.pdf

Dans un rapport du 25 juillet 2012 portant sur la Cour européenne des droits de l'homme, les sénateurs français Jean-Pierre Michel et Patrice Gélard ont fait état de l'engorgement chronique du rôle de la juridiction européenne[1809]. À cet égard, ils ont relevé d'une part que le nombre de requêtes soumises à la Cour a connu une croissance exponentielle entre 1999 et 2011[1810]. D'autre part, ils ont constaté que, au cours de cette période, la Cour a été non seulement « *submergée de requêtes irrecevables* »[1811] mais également « *confrontée à un nombre très élevé de requêtes portant sur des problèmes structurels sur lesquels la Cour s'est déjà prononcée et qui font l'objet d'une jurisprudence bien établie* »[1812]. D'après l'analyse des statistiques de la Cour européenne des droits de l'homme pour l'année 2015, la croissance exponentielle du flux de requêtes soumises à la Cour a atteint son apogée en 2013[1813]. En 2015, 40 650 nouvelles requêtes ont été attribuées à une formation judiciaire, ce qui représente une diminution globale de près de 40 % par rapport au chiffre de 2013[1814]. Le nombre d'affaires pendantes a quant à lui atteint un niveau record en 2011, le chiffre était de 151 600 et, en 2015, ce nombre est passé à 64 850, ce qui représente une diminution globale de près de 60 % par rapport au chiffre de 2011[1815]. En dépit de ces améliorations notables, la Cour européenne des droits de l'homme doit toujours faire face à un engorgement de son rôle et par conséquent à une surcharge de travail altérant le mécanisme européen de protection des droits de l'homme.

Dans leur rapport sur la Cour européenne des droits de l'homme, les sénateurs français ont conclu que « *cette surcharge de travail se traduit inévitablement par un allongement des délais de jugement : à l'heure actuelle, la Cour s'efforce de traiter les affaires dans les trois ans suivant leur introduction, mais ce délai peut être bien supérieur, notamment lorsque*

[1809] MICHEL J.-P., GÉLARD P., *Rapport d'information n° 705 (2011-2012), fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur la Cour européenne des droits de l'Homme, op. cit.*

[1810] En 1999, 8 400 requêtes ont été attribuées à une formation judiciaire. En 2003, ce chiffre a été de 27 200, alors qu'environ 65 000 affaires étaient déjà pendantes. En 2009, 57 200 requêtes ont été attribuées à une formation judiciaire et le nombre d'affaires pendantes a atteint le chiffre de 119 300. En 2011, 64 500 nouvelles requêtes ont été attribuées à une formation judiciaire, 52 188 requêtes ont été clôturées par une décision judiciaire et le nombre d'affaires pendantes a atteint le chiffre de 151 600.

[1811] 90% des requêtes soumises à la Cour sont en général irrecevables. En 2011, ce sont 50 677 requêtes qui ont été déclarées irrecevables ou rayées du rôle par un juge unique, un comité ou une chambre.

[1812] Ces requêtes, dites « répétitives », représentent chaque année près de 60% des arrêts rendus par la Cour et, en 2011, le nombre de requêtes ayant donné lieu au prononcé d'un arrêt s'est élevé à 1 511.

[1813] En 2013, 65 800 nouvelles requêtes ont été attribuées à une formation judiciaire, 93 396 requêtes ont été clôturées par une décision judiciaire et le nombre d'affaires pendantes a atteint le chiffre de 151 600.

[1814] COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Analyse statistique 2015*, Conseil de l'Europe, janvier 2016 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_analysis_2015_FRA.pdf

[1815] *Ibidem*.

l'affaire est renvoyée devant la Grande Chambre »[1816]. Il est essentiel de préciser que la Cour n'est pas et ne doit pas être une juridiction de première instance. Elle ne doit intervenir qu'à titre ultime et donc uniquement en cas de défaillances des autorités nationales. Par son arrêt *Vučković et autres contre Serbie*, la *Cour* a clairement affirmé qu'elle « *ne saurait trop souligner qu'elle n'est pas une juridiction de première instance ; elle n'a pas la capacité, et il ne sied pas à sa fonction de juridiction internationale, de se prononcer sur un grand nombre d'affaires qui supposent d'établir les faits de base ou de calculer une compensation financière – deux tâches qui, par principe et dans un souci d'effectivité, incombent aux juridictions internes* »[1817]. Il en va de la réactivité du système européen de protection des droits et libertés fondamentaux. Or, l'engorgement chronique de son rôle gêne la Cour européenne des droits de l'homme dans l'accomplissement de son devoir de justice. Il entrave la réactivité du système européen de protection des droits de l'homme et nuit ainsi à l'effectivité des droits énoncés par la Convention.

La mise en œuvre de recours internes effectifs par les autorités nationales apparait alors comme une arme procédurale déterminante en matière pénitentiaire. Les autorités nationales doivent rendre effectifs les droits reconnus aux personnes détenues, en particulier les droits en matière de santé. Cette exigence est d'autant plus fondamentale lorsque la santé ou la vie même des personnes détenues est menacée. Dans les cas où les autorités nationales n'ont pas satisfait à leur obligation, la Cour européenne des droits de l'homme se charge à titre subsidiaire d'assurer une protection effective de ces droits. Mais l'engorgement du rôle de la Cour peut allonger de manière considérable le traitement des affaires dans lesquelles la santé ou la vie des personnes détenues est menacée et ainsi, nuire à la réactivité du système européen de protection des droits de l'homme. C'est pourquoi, la Cour peut, en cas de risque de dommage grave et irréparable à la vie ou à la santé des personnes détenues, user de mesures d'urgences prévues aux articles 39 et 41 de son règlement. Par conséquent, « *c'est aux autorités et juridictions nationales, en leur qualité de protecteurs et juges de droit commun de la Convention, qu'il revient prioritairement de rendre effectifs les droits et libertés conventionnels, sous la surveillance ultime de la juridiction européenne* »[1818]. La tâche de la Cour européenne des droits de l'homme est de contrôler le respect des droits

[1816] MICHEL J.-P., GÉLARD P., *Rapport d'information n° 705 (2011-2012), fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur la Cour européenne des droits de l'Homme*, *op. cit.*
[1817] CEDH, 25 mars 2014, *Vučković et autres c/ Serbie*, req. n° 17153/11, § 70.
[1818] HERVIEU N., « Cour européenne des droits de l'homme : de l'art de la résilience juridictionnelle », *La Revue des droits de l'homme*, 16 février 2015 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/1062

garantis par la Convention et par là même, de veiller à la protection, tant substantielle que procédurale, de la santé des personnes détenues.

Afin de renforcer la réactivité du mécanisme européen de protection, il est à préciser que l'Observatoire international des prisons et d'autres organisations non gouvernementales (O.N.G.) prônent la création d'un recours d'intérêt collectif permettant aux associations de porter devant la Cour européenne des droits de l'homme un litige en rapport avec leur objet social, à savoir pour la défense des droits fondamentaux et des libertés individuelles des personnes détenues. Ces O.N.G. soulignent que l'introduction de ce recours « *constituerait une forme efficiente de traitement contentieux des dysfonctionnements de grande ampleur, permettant une saisine de la Cour à la fois rapide – avant que les situations en cause n'aient suscité d'importants contentieux, et efficace – les argumentations développées étant généralement plus affutées que celles de requérants isolés* »[1819]. Cependant, il en va de l'intérêt même des personnes détenues de faire preuve de prudence quant à l'exercice éventuel de ce recours collectif. Si ce recours est destiné à protéger les personnes détenues, il peut néanmoins présenter un risque de « placement sous tutelle » de ces personnes en ce que l'organisation, en exerçant un recours collectif, agirait en leur nom et pour leur compte. Or, les personnes détenues sont pour la plupart en état de veiller à leurs propres intérêts. Ce recours peut alors mettre à mal l'autonomie des personnes détenues, tant revendiquée et déjà grandement fragilisée par les contraintes du milieu carcéral. De même, le traitement d'une requête individuelle adressée par une personne détenue est susceptible d'être écrasée sous le poids d'un recours collectif exercé pour dénoncer des faits similaires et alléguer des violations à la Convention.

B. Une garantie décisive pour une protection de la santé en détention

299. Une combinaison des articles 2, 3 et 13 de la Convention. La possibilité pour une personne détenue d'user d'un recours effectif devant une instance nationale constitue une arme décisive pour la protection de sa santé et des droits qui en découlent. Il découle ainsi de l'exercice de ce droit à un recours effectif une protection effective des exigences des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Eu égard à ces dispositions, toute

[1819] OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, « L'O.I.P. s'associe à la déclaration de 41 O.N.G. européennes pour faire reculer le recours à la prison et améliorer la défense des droits des détenus » [consulté le 10 mai 2016]. Disponible sur : http://www.oip.org/index.php/bibliotheque/item/1177-declaration-de-bruxelles

personne concernée doit pouvoir, en application de l'article 13 de la Convention, user d'un recours effectif devant une instance nationale pour contester des conditions de détention inappropriées à l'état de santé ou pour agir en responsabilité en cas de décès d'une personne détenue. À l'occasion de plusieurs affaires, la Cour européenne des droits de l'homme n'a pas manqué de rappeler que « *l'article 13 de la Convention garantit l'existence en droit interne d'un recours permettant de se prévaloir des droits et libertés de la Convention tels qu'ils peuvent s'y trouver consacrés* » et que « *cette disposition a donc pour conséquence d'exiger un recours interne habilitant à examiner le contenu d'un "grief défendable" fondé sur la Convention et à offrir le redressement approprié* »[1820]. Un grief invoqué est qualifié de « défendable » dès lors qu'il concerne l'un des droits et libertés fondamentaux énoncés dans la Convention européenne des droits de l'homme.

En matière pénitentiaire, une violation alléguée de l'article 13 de la Convention est souvent combinée à une violation alléguée de l'article 2 et/ou de l'article 3. Mais qu'en est-il de l'autonomie de cet article 13 ? S'agissant de l'autonomie de l'article 13 de la Convention, le professeur Jean-Paul Céré a relevé « *dans un premier temps,* [que] *la protection de l'article 13 ne jouait que si le requérant arrivait à démontrer la violation d'un autre article de la Convention* » mais que « *dans un second temps,* [que] *la Cour a rendu plus autonome l'article 13 en acceptant des cas de violation de la Convention établis sur la seule base du non-respect de l'article 13* »[1821]. Un mouvement d'autonomisation de l'article 13 s'est alors engagé[1822]. Et, par son arrêt *Ramirez Sanchez contre France* du 27 janvier 2005, la Cour européenne des droits de l'homme a pleinement consacré l'autonomie de l'article 13 en précisant que « *cette disposition a pour conséquence d'exiger un recours interne permettant l'examen du contenu d'un "grief défendable" fondé sur la Convention* »[1823]. Par cette interprétation autonome de l'article 13, le juge européen a ainsi pu constater, notamment dans l'affaire *Ramirez Sanchez contre France* une violation de cette disposition, sans qu'une violation de l'article 3 de la Convention ou d'autres articles ne soit également constatée.

[1820] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 64 ; CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 127 ; CEDH, 27 janvier 2005, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 127 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 123.

[1821] CÉRÉ J.-P., « Tsunami pénitentiaire », *D.* 2011, p. 643. V. aussi CÉRÉ J.-P., « L'isolement en prison d'un terroriste ne constitue pas un traitement inhumain et dégradant, mais viole l'article 13 de la Convention européenne », *D.* 2005, p. 1272.

[1822] Sur le mouvement d'autonomisation de l'article 13 de la Convention, V. CÉRÉ J.-P., « L'isolement en prison d'un terroriste ne constitue pas un traitement inhumain et dégradant, mais viole l'article 13 de la Convention européenne », *D.* 2005, p. 1272.

[1823] CEDH, 27 janvier 2005, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 127. V. aussi CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 64 ; CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 122 ;

En matière pénitentiaire, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté dans certaines affaires que les États membres n'ont pas permis aux personnes détenues de disposer d'un recours effectif leur permettant de contester une violation alléguée des droits et libertés reconnus par la Convention mettant en danger leur santé ou même leur vie. Il conviendra d'observer, à travers une analyse jurisprudentielle non exhaustive, que la portée de l'obligation tirée de l'article 13 à la charge des États membres varie en fonction de la nature du grief du requérant[1824].

1) La contestation des conditions de détention

300. Des conditions générales de détention. Dans l'affaire *Bamouhammad contre Belgique* du 17 novembre 2015, la Cour européenne des droits de l'homme a précisé que « *dans l'appréciation de l'effectivité des recours concernant des allégations de mauvaises conditions de détention, la question décisive est de savoir si la personne intéressée peut obtenir des juridictions internes un redressement direct et approprié, et pas simplement une protection indirecte de ses droits garantis par l'article 3 de la Convention* »[1825]. De cette manière, pour le juge européen, « *un recours exclusivement en réparation ne saurait être considéré comme suffisant s'agissant des allégations de conditions d'internement ou de détention prétendument contraires à l'article 3, dans la mesure où il n'a pas un effet "préventif" en ce sens qu'il n'est pas à même d'empêcher la continuation de la violation alléguée ou de permettre aux détenus d'obtenir une amélioration de leurs conditions matérielles de détention* »[1826]. Ainsi, « *le meilleur redressement possible est la cessation rapide de la violation du droit à ne pas subir des traitements inhumains et dégradants* »[1827]. Dans cette affaire, le requérant avait fait valoir que les recours qu'il avait eus à sa disposition n'étaient ni effectifs ni adaptés pour se plaindre des transferts et des modalités d'exécution de sa détention. Le juge européen a constaté, eu égard aux transfèrements répétés du requérant, que la protection offerte par le juge en référé visant à ordonner l'adoption d'une mesure individuelle pour mettre un terme à une situation contraire aux droits subjectifs de la personne

[1824] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 65 ; CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 127 ; CEDH, 27 janvier 2005, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, § 128 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 123.
[1825] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 166.
[1826] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 166.
[1827] V. aussi, CEDH, 8 janvier 2013, *Torreggiani et autres c/ Italie*, req. n° 43517/09, n° 46882/09, n° 55400/09, n° 57875/09, n° 61535/09, n° 35315/10 et n° 37818/10, §50.

détenue, n'a pas été effective[1828]. Or, la santé psychologique de la personne détenue était dégradée par la répétition des transfèrements. Et puisque, en raison de ces transfèrements répétés, les procédures mises en mouvement par le requérant ont été rendues sans objet et n'ont pas permis d'établir l'urgence justifiant la compétence du juge des référés, le requérant n'a ainsi pas pu disposer d'« *une possibilité réaliste d'utiliser le recours en référé* »[1829].

Par l'arrêt *Yengo contre France*, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné l'État français pour l'absence, à l'époque des faits, d'un recours effectif devant une instance nationale permettant de faire cesser ou d'améliorer des conditions de détention inhumaines et dégradantes[1830]. À cette occasion, le juge européen a rappelé qu' « *un recours préventif concernant des allégations de mauvaises conditions de détention doit permettre à la personne intéressée d'obtenir des juridictions internes un redressement direct et approprié, de nature à empêcher la continuation de la violation alléguée ou de lui permettre d'obtenir une amélioration de ses conditions matérielles de détention* »[1831]. En outre, l'instance nationale devant laquelle le recours doit être exercé « *peut ne pas être forcément, dans tous les cas, une institution judiciaire au sens strict* »[1832]. Il est en effet à noter que, selon le juge européen, un recours exercé devant une autorité administrative en vue de contester des conditions de détention peut satisfaire aux exigences de l'article 13 de la Convention. Mais cette autorité administrative doit :

- « *être indépendante des autorités chargées du système carcéral* » ;
- « *s'assurer de la participation effective des détenus à l'examen de leurs griefs* » ;
- « *veiller au traitement rapide et diligent desdits griefs* » ;
- « *disposer d'une large gamme d'instruments juridiques permettant de mettre fin aux problèmes à l'origine des griefs* » ;
- « *être capable de rendre des décisions contraignantes et exécutoires* » ;

[1828] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13, § 171.
[1829] *Ibidem*, § 172. V. aussi CEDH, 9 juillet 2015, *Martzaklis et autres c/ Grèce*, req. n° 20378/13, § 76-79 : la Cour a relevé que les requérants n'ont pas disposé d'un recours effectif par lequel ils auraient pu non seulement se plaindre efficacement de leurs conditions de détention et de leur traitement médical dispensé à l'hôpital de la prison mais aussi demander leur mise en liberté sous condition.
[1830] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12. V. LÉNA Maud, « Quel recours contre l'indignité des conditions de détention ? », *Dalloz actualité*, note sous CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, 26 mai 2015.
[1831] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 59. V. aussi CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/ Russie*, req. n° 42525/07 et 60800/08, § 96, 98 et 214.
[1832] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 60.

- « *permettre un redressement dans un délai raisonnable* »[1833].

La Cour a également rappelé que « *l'affaire doit avoir été effectivement examinée en conformité avec les normes découlant de la jurisprudence de la Cour* » pour qu'un recours préventif contre des conditions de détention soit effectif[1834]. Seule la réalité de la situation compte. Et, lorsque l'instance saisie constate « *une violation de l'article 3 de la Convention à raison des conditions dans lesquelles l'intéressé est ou a été détenu* », elle est alors tenue d'accorder un redressement approprié[1835]. Selon le juge européen, « *ce redressement peut, selon la nature du problème en cause, consister soit en des mesures ne touchant que le détenu concerné ou – lorsqu'il y a surpopulation – en des mesures plus générales propres à résoudre les problèmes de violations massives et simultanées des droits des détenus résultant de mauvaises conditions dans tel ou tel établissement pénitentiaire* »[1836]. Cependant, dans cette affaire *Yengo contre France*, aucun recours n'a permis au requérant de faire cesser ses conditions de détention contraires à l'article 3 de la Convention ou d'en obtenir une amélioration. Ni la demande de mise en liberté, ni la réclamation administrative suivie d'un recours pour excès de pouvoir, ni la procédure de référé-liberté n'ont présenté, à l'époque des faits, les garanties de célérité requises pour être effectives au sens de l'article 13 de la Convention[1837].

Concernant les conditions de détention, le juge européen a même fait le choix d'user de la procédure de l'arrêt pilote pour garantir le respect de l'article 13 de la Convention et notamment la protection effective des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Cette procédure permet à la Cour européenne des droits de l'homme, en application de l'article 61 de son règlement, « *d'identifier les problèmes structurels sous-jacents aux affaires répétitives dirigées contre de nombreux pays et demander aux États concernés de traiter les problèmes en question* »[1838]. De cette manière, « *la Cour n'a pas seulement pour fonction de*

[1833] *Ibidem.*V. aussi CEDH, 8 janvier 2013, *Torreggiani et autres c/ Italie*, req. n° 43517/09, n° 46882/09, n° 55400/09, n° 57875/09, n° 61535/09, n° 35315/10 et n° 37818/10 ; CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/ Russie*, req. n° 42525/07 et n° 60800/08.

[1834] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 62.

[1835] *Ibidem.*

[1836] *Ibid.*,§ 63. V. aussi CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/ Russie*, req. n° 42525/07 et n° 60800/08, § 129.

[1837] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 66-69. S'agissant de la procédure de référé-liberté, elle n'était pas encore, à l'époque des faits, une voie de recours effective au sens de l'article 13 de la Convention (§ 68). V. CE, réf., 22 décembre 2012, *Section française de l'Observatoire international des prisons et autres*, req. n° 364584, 364620, 364621 et 364647.

[1838] COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Fiche thématique - Les arrêts pilotes*, septembre 2016 [consulté le 9 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Pilot_judgments _FRA.pdf

se prononcer sur la question de savoir s'il y a eu ou non violation de la Convention européenne des droits de l'homme dans telle ou telle affaire, mais aussi d'identifier le problème systémique et de donner au gouvernement concerné des indications claires sur les mesures de redressement qu'il doit prendre pour y remédier »[1839]. Aussi, par un arrêt pilote *Varga contre Hongrie*, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que les recours internes offerts par le gouvernement hongrois ne permettaient pas aux personnes détenues de se plaindre de manière effective de leurs conditions de détention[1840]. Le juge européen a alors invité l'État hongrois à adopter des mesures pour résoudre le problème généralisé de la surpopulation carcérale, altérant la santé tant physique que morale des personnes détenues, en permettant notamment à ces personnes de disposer d'un recours effectif pour se plaindre de leurs conditions de détention. La procédure de l'arrêt pilote a pour objectifs, selon la Cour, d' « *aider les 47 États européens qui ont ratifié la Convention européenne des droits de l'homme à régler les problèmes structurels ou systémiques au niveau national* », d'« *offrir aux individus concernés une possibilité de redressement plus rapide* » et d' « *aider la Cour européenne des droits de l'homme à gérer sa charge de travail avec plus d'efficacité et de diligence en réduisant le nombre d'affaires analogues, d'ordinaire complexes, qui doivent faire l'objet d'un examen de détail* »[1841]. Eu égard au contentieux en matière de conditions de détention existant dans chacun des États membres, cette procédure s'avère essentielle à la protection effective des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé et, par là-même, à l'efficacité du mécanisme européen de protection.

301. Des conditions de détention en cellule disciplinaire. Dans l'affaire *Keenan contre Royaume-Uni*, la requérante a soutenu, à l'appui des articles 2, 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, que son fils s'est suicidé en prison faute pour les autorités pénitentiaires d'avoir protégé sa vie, qu'il a subi des traitements inhumains et dégradants en raison de ses conditions de détention et qu'elle-même ne dispose d'aucun recours effectif quant à ses griefs[1842]. L'une des questions qui s'est posée dans cette affaire est de savoir si la personne détenue a disposé d'une voie de recours effective pour contester la sanction disciplinaire qui lui a été infligée, à savoir sept jours d'isolement dans le quartier disciplinaire

[1839] *Ibidem*.
[1840] CEDH, 10 mars 2015, *Varga c/ Hongrie*, req. n° 14097/12, n° 45135/12, n° 73712/12, n° 34001/13, n° 44055/13 et n° 64586/13, § 53-65.
[1841] COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Fiche thématique - Les arrêts pilotes*, *op. cit.*
[1842] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95.

et vingt-huit jours de détention supplémentaires[1843]. La Cour européenne des droits de l'homme a relevé que la personne détenue « *n'a pas disposé du moindre recours pour contester la sanction au cours des sept jours d'isolement ni même au cours des vingt-huit jours de détention supplémentaires* » et que, même si un contrôle juridictionnel aurait pu permettre de contester cette sanction, « *il n'existait pas de procédure de plainte rapide pour les détenus ayant besoin d'un redressement à bref délai* »[1844]. Le juge européen a donc conclu à une violation de l'article 13 de la Convention au motif que la personne détenue n'a pas bénéficié d'un recours effectif « *visant à annuler cette sanction avant qu'elle ne soit exécutée ou parvenue à son terme* »[1845].

Conformément à l'exigence d'effectivité des recours internes, la personne détenue doit donc disposer de moyens effectifs pour se plaindre de ses conditions de détention en cellule disciplinaire, autrement dit de moyens qui peuvent empêcher la survenance ou la continuation de la violation alléguée ou peuvent lui fournir un redressement approprié pour toute violation s'étant déjà produite[1846]. Dans l'affaire *Payet contre France*, la Cour a dû déterminer si la personne détenue a pu bénéficier de voies de recours effectives lui permettant de contester ses conditions de détention, pendant une période de quarante-cinq jours, en cellule disciplinaire[1847]. Le constat du juge européen s'est avéré négatif. En effet, si l'ancien article 250-2 du Code de procédure pénale permettait à la personne détenue de saisir au préalable le directeur interrégional des services pénitentiaires pour contester la sanction disciplinaire dont elle est l'objet, cette disposition était dépourvue d'effet suspensif. Or, comme l'a remarqué la juridiction européenne, la sanction de mise en cellule disciplinaire est généralement mise à exécution immédiatement[1848]. Aussi, la Cour a rappelé qu' « *un recours inapte à prospérer en temps utile n'est ni adéquat ni effectif* » et a considéré que, « *compte tenu de l'importance des répercussions d'une détention en cellule disciplinaire, un recours effectif permettant au détenu de contester aussi bien la forme que le fond, et donc les motifs, d'une telle mesure devant une instance juridictionnelle est indispensable* »[1849]. Une personne détenue doit

[1843] L'autre question qui s'est posée dans cette affaire est de savoir si la requérante a pu bénéficier de voies de recours lui permettant non seulement d'obtenir une réparation de son préjudice moral découlant du décès de son fils mais aussi d'établir les responsabilités s'agissant du décès de son fils.
[1844] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 126.
[1845] *Ibidem*, § 127.
[1846] CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 130. V. SENNA É., « Changements d'affectation et pouvoir disciplinaire en détention sous le regard de la CEDH », note sous CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 111, p. 11.
[1847] CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08.
[1848] CEDH, 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, § 132.
[1849] *Ibidem*, § 133.

pouvoir affirmer que son état de santé est incompatible avec la mesure de placement en cellule disciplinaire et exercer de manière effective un recours pour faire valoir ses droits. Un recours interne doit donc présenter des garanties minimales de célérité pour être effectif au sens de l'article 13 de la Convention[1850]. Et lorsque les personnes détenues allèguent une violation des droits de la Convention mettant en danger leur santé ou même leur vie, cette exigence de célérité trouve tout son sens.

2) L'action en réparation du décès d'une personne détenue

302. Indemnisation du préjudice et détermination des responsabilités. Dans l'affaire *Keenan contre Royaume-Uni*, citée précédemment, la Cour européenne des droits de l'homme a dû déterminer si la requérante a pu bénéficier de voies de recours effectives lui permettant, non seulement d'obtenir la réparation de son préjudice moral découlant du décès de son fils mais aussi, d'établir les responsabilités s'agissant de ce décès. Or, la requérante n'a pu bénéficier d'aucun de ces recours. Avant de conclure à une violation de l'article 13 de la Convention, le juge européen a précisé que, « *en cas de violation des articles 2 et 3 de la Convention, qui sont les dispositions les plus fondamentales de la Convention, la réparation du dommage moral découlant de la violation doit en principe figurer au nombre des recours possibles* »[1851]. Et, le juge européen a énoncé que la possibilité d'user d'un recours effectif visant à établir les responsabilités s'agissant de la mort d'une personne est « *un aspect essentiel du recours prévu par l'article 13 pour un parent qui a perdu son enfant* »[1852]. Conformément à l'article 13 de la Convention, les États sont par conséquent tenus d'offrir aux familles la possibilité d'obtenir réparation au titre de dommage moral et d'établir les responsabilités s'agissant du décès d'une personne détenue.

À défaut d'avoir pu exercer un recours effectif devant une instance nationale afin de faire valoir le respect de ses droits, la personne détenue peut saisir la Cour européenne des droits de l'homme. Aux termes de l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme, « *la Cour peut être saisie d'une requête par toute personne physique, toute organisation non gouvernementale ou tout groupe de particuliers qui se prétend victime d'une*

[1850] *Ibid.*, § 131.
[1851] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 130.
[1852] *Ibidem*, § 132.

violation par l'une des Hautes Parties contractantes des droits reconnus dans la Convention ou ses protocoles ». Après l'épuisement des voies de recours internes, toute requête doit être introduite, conformément à l'article 35 de la Convention, dans un délai de six mois à partir de la date de la décision interne définitive. Mais, par le biais d'une telle requête, la personne détenue peut surtout solliciter une intervention en urgence du juge européen aux fins de garantir notamment le respect de ses droits en matière de santé.

§ 2. Une intervention en urgence du juge européen

303. L'urgence à agir pour la santé en détention : requêtes prioritaires et mesures provisoires. Compte tenu de l'encombrement du rôle de la Cour européenne des droits de l'homme, un délai d'un an peut s'écouler avant que la requête ne fasse l'objet d'un premier examen de recevabilité[1853]. Or, dans certaines situations, la ou les violations de la Convention alléguées peuvent exposer, durant l'écoulement de ce délai, la personne requérante à un risque réel de dommages graves et irréversibles. Aussi, pour parer ce risque, la Cour peut, en vertu des articles 39 et 41 de son règlement, soit traiter en priorité la requête qui lui a été déposée, soit prononcer des mesures provisoires en attendant qu'elle puisse se prononcer sur l'affaire.

A. Le traitement prioritaire des requêtes

304. Un ordre chronologique de traitement des requêtes préjudiciables pour la santé. La Cour européenne des droits de l'homme a longtemps traité par ordre chronologique les requêtes qui lui étaient soumises. Or, en raison d'un accroissement manifeste des affaires devant la Cour, cet ordre chronologique de traitement des requêtes s'est montré inefficace et même véritablement dommageable. Les allégations de violations graves à la Convention européenne des droits de l'homme n'étaient pas traitées dans un délai suffisamment raisonnable. Non seulement les personnes requérantes étaient de fait assurément exposées à un dommage grave et irréversible mais les requêtes étant majoritairement dirigées contre les autorités nationales, d'autres victimes risquaient de se manifester. Des affaires

[1853] *Cour européenne des droits de l'homme, Questions & Réponses*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, [consulté le 16 août 2016]. Disponible sur : http://www.echr.coe.int/Documents/Questions_Answers_FRA.pdf

particulièrement graves n'étaient examinées qu'à compter d'un délai excessivement long, notamment celles dans lesquelles le risque d'atteinte à la vie ou à la santé des personnes détenues était particulièrement important. L'urgence de la situation n'était donc pas prise en compte par la Cour européenne des droits de l'homme. À cet égard, la protection des droits conférés aux personnes détenues en matière de santé offerte par la Cour était évidemment défaillante.

305. Une « prioritisation » des affaires pour une garantie renforcée des droits en matière de santé. En 2009, la Cour européenne des droits de l'homme a révisé la procédure de traitement des requêtes en adoptant une politique de « prioritisation »[1854] des affaires. Conformément à l'article 41 de son règlement modifié le 29 juin 2009, la Cour tient désormais compte de l'importance et de l'urgence des questions soulevées, sur la base de critères définis, pour déterminer l'ordre dans lequel les affaires doivent être traitées[1855]. Dans une communication du 9 novembre 2010 relative à sa politique de prioritisation des affaires, le juge européen a alors identifié sept catégories d'affaires afin d'évaluer le degré de priorité de chaque affaire qui lui est soumise[1856]. Une affaire relevant d'une catégorie à niveau de priorité élevé est donc traitée par la Cour européenne des droits de l'homme avant une autre affaire relevant d'une catégorie à niveau de priorité moins important[1857].

Au sommet de cette hiérarchie des requêtes figurent les affaires urgentes impliquant un risque pour la vie, la santé, la situation personnelle ou familiale du requérant ou pour le bien-être des enfants (niveau 1) tandis qu'à la base de cette échelle de priorité sont placées les requêtes de comité manifestement irrecevables (niveau 7). Dès lors, les sept catégories identifiées par la Cour allant des plus au moins prioritaires sont :

[1854] Le terme « *prioritisation* » est employé par la Cour européenne des droits de l'homme pour qualifier la politique de traitement des affaires mise en œuvre sur le fondement de l'article 41 de son règlement. Cette politique visant à instaurer un traitement prioritaire des affaires sera explicitée dans les développements qui suivront. En usant de ce terme « *prioritisation* », le juge européen semble s'être inspiré du terme « prioritize » signifiant « donner la priorité ». V. COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, « La politique de priorisation de la Cour », 9 novembre 2010 [consulté le 10 septembre 2016]. Disponible sur : www.echr.coe.int/ Documents/Priority_policy_FRA.pdf

[1855] Au 31 décembre 2015, il y avait 11 490 requêtes dites « prioritaires ». V. COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, Analyse statistique 2015, Conseil de l'Europe, janvier 2016, p. 5[consulté le 27 août 2016]. Disponible sur http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_analysis_2015_FRA.pdf

[1856] LAVRIC S., « Points sur l'ordre de traitement des requêtes devant la CEDH », *Dalloz Actu Étudiant*, 7 décembre 2010 [consulté le 17 août 2016]. Disponible sur : http://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la- une/article/point-sur-lordre-de-traitement-des-requetes-devant-la-cedh/h/6a97d96f822d4f118367ce7eed2da2da1ec.html

[1857] Mais, l'article 41 du règlement de la Cour précise que « *la chambre et son président peuvent toutefois déroger à ces critères et réserver un traitement prioritaire à une requête particulière* ».

- les affaires urgentes (risque pour la vie, la santé, la situation personnelle du requérant ou le bien-être des enfants) ;
- les affaires soulevant des questions susceptibles d'avoir une incidence sur l'efficacité du système de la Convention (problème structurel ou situation endémique nouvelle, procédure de l'arrêt pilote) ou une question importante d'intérêt général (risque de répercussions majeures sur les systèmes juridiques) et les affaires interétatiques ;
- les affaires mettant en jeu les articles 2, 3, 4 ou 5 § 1 de la Convention ;
- les affaires mettant en cause d'autres articles de la Convention ;
- les affaires « répétitives » (à savoir les questions déjà traitées dans un arrêt pilote ou de principe) ;
- les requêtes soulevant un problème d'irrecevabilité ;
- et les requêtes manifestement irrecevables[1858].

Par cette politique de « prioritisation », « *la juridiction européenne a tâché d'adapter son rythme contentieux à chacune des affaires, afin que les plus importantes soient traitées avant les autres et ne soient donc pas noyées dans le flot de requêtes. À n'en pas douter, cette politique de "prioritisation" quant à l'ordre de traitement des affaires constitue l'une des grandes réussites récentes de la Cour, même* si *elle n'est que peu visible au premier regard. Une communication rapide de la requête au Gouvernement défendeur permet en effet qu'une question conventionnelle majeure soit rapidement tranchée par la Cour, tant afin de faire cesser au plus vite une violation grave des droits et libertés que pour tarir immédiatement la source de possibles requêtes répétitives* »[1859]. Et, en plaçant les affaires dans lesquelles un risque pèse sur la vie ou la santé du requérant parmi celles les plus urgentes, cette politique de « prioritisation » mise en œuvre par la Cour contribue à garantir, de manière effective, une protection de la santé des personnes détenues et des droits qui en découlent. Toute affaire, dans laquelle un risque pour la santé ou même la vie d'une personne détenue est avéré, fait l'objet d'un traitement prioritaire par le juge européen afin que les violations graves à la Convention européenne des droits de l'homme cessent et surtout qu'aucun dommage grave et irréversible ne soit causé à la personne détenue. L'ordre de traitements des requêtes s'appuie par conséquent sur une hiérarchie des valeurs protégées par

[1858] LAVRIC S., « Points sur l'ordre de traitement des requêtes devant la CEDH », *op. cit.*
[1859] HERVIEU N., « Une Cour européenne des droits de l'homme maîtresse de son destin », *La Revue des droits de l'homme* [consulté le 22 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/658#quotation

la Convention européenne des droits de l'homme, hiérarchie dans laquelle la vie constitue la valeur suprême.

B. Les mesures provisoires

306. Une protection provisoire du juge européen. En vertu du paragraphe premier de l'article 39 de son règlement, la Cour européenne des droits de l'homme peut « *soit à la demande d'une partie ou de toute autre personne intéressée, soit d'office, indiquer aux parties toute mesure provisoire qu'*[elle] *estime devoir être adoptée dans l'intérêt des parties ou du bon déroulement de la procédure* »[1860]. Saisie d'une requête, la Cour peut alors demander à un État partie à la Convention d'appliquer une ou plusieurs mesures en attendant qu'elle puisse se prononcer tant sur la recevabilité que sur le fond de l'affaire. Les mesures prononcées impliquent le plus souvent une abstention ou une non-ingérence des États. Ces mesures provisoires (ou conservatoires) peuvent être indiquées soit pour toute la durée de la procédure, soit pour une durée limitée seulement. Il est à noter que le prononcé de mesures provisoires n'a aucune incidence sur la suite de la procédure. « *Il s'agit de mesures prises dans le cadre du déroulement de la procédure devant la Cour et qui ne présagent pas de ses décisions ultérieures sur la recevabilité ou sur le fond des affaires en question* »[1861]. De même, le prononcé d'une mesure provisoire n'est en rien définitif. À tout moment, la Cour peut décider d'arrêter l'exécution de la mesure. Des mesures provisoires n'ont été adressées aux États membres que dans des domaines limités. Le juge européen a constaté que « *les demandes ont trait le plus souvent au droit à la vie (article 2), au droit de ne pas être soumis à la torture et aux traitements inhumains (article 3), et exceptionnellement au droit au respect de la vie privée et familiale (article 8) ou à d'autres droits garantis par la Convention* » et que « *la grande majorité des mesures provisoires ont été indiquées dans des affaires d'expulsion et d'extradition* »[1862].

[1860] DE SCHUTTER O., « La protection juridictionnelle provisoire devant la Cour européenne des droits de l'homme », in RUIZ-FABRI H., SOREL J.-M. [dir.], *Le contentieux de l'urgence et l'urgence dans le contentieux devant les juridictions internationales : regards croisés*, Paris, Pedone, 2001, p. 142.
[1861] COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Fiche thématique - Les mesures provisoires*, avril 2016 [consulté le 25 août 2016]. Disponible sur : http://www.echr.coe.int/Documents/FS_ Interim_measures_ FRA. pdf
[1862] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie*, req. n° 46827/99 et 46951/99, § 104.

1) La prescription de mesures d'urgence

307. Un risque imminent de dommage grave et irréparable. Le prononcé de mesures provisoires, par la Cour européenne des droits de l'homme est conditionné par l'existence d'une urgence. Dès l'affaire *Soering contre Royaume-Uni* du 7 juillet 1989, le juge européen s'est reconnu compétent pour indiquer aux États parties à la Convention européenne des droits de l'homme des mesures provisoires lorsque le requérant risque de subir, de manière imminente, un dommage grave et irréparable à sa vie[1863]. Ces mesures sont donc considérées comme des mesures d'urgence. L'intervention du juge européen permet de parer provisoirement ce risque réel de dommage grave et irréversible aussi bien à la vie qu'à l'intégrité auquel la personne détenue était exposée ou était susceptible d'être exposée[1864]. Les prochains développements s'efforceront à démontrer d'une part, que la portée conférée à ces mesures provisoires a été renforcée et d'autre part, que l'utilité de telles mesures est toutefois discutée.

a. Une portée renforcée

308. Des mesures longtemps restées indicatives. La Convention européenne ne contient aucune disposition expresse sur les mesures provisoires. Et la Cour n'a apporté, dans l'affaire *Soering contre Royaume-Uni*, aucune précision sur la portée de ces mesures. Revêtent-elles un caractère obligatoire ? Les États membres sont-ils tenus de respecter les mesures provisoires que la Cour européenne des droits de l'homme leur adresse ? Dans l'arrêt *Cruz Varas et autres contre Suède* du 20 mars 1991, la Cour a d'abord reconnu une valeur

[1863] CEDH, 7 juillet 1989, *Soering c/ Royaume-Uni*, req. n° 14038/88, § 90. Dans cette affaire, un requérant allemand avait introduit une requête dirigée contre le Royaume-Uni devant la Commission européenne des droits de l'homme. Il s'était en particulier plaint de son extradition imminente vers les États-Unis où il craignait d'être condamné à mort pour les assassinats qu'il avait commis. La Commission avait alors « *indiqué au gouvernement britannique qu'il serait souhaitable de ne pas extrader le requérant vers les États-Unis avant l'issue de la procédure pendante devant elle* » (§ 4.).

[1864] En 2015, le nombre total de décisions relatives à des demandes de mesures provisoires était de 1 458. Dans 161 des cas, la Cour a fait droit à la demande alors que, dans 630 des cas, la demande a été rejetée. Les autres demandes ne relevaient pas du champ d'application de l'article 39 du règlement de la Cour. V. COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Analyse statistique 2015*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, janvier 2016, p. 5 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_analysis_2015_FRA.pdf

purement indicative aux mesures provisoires qu'elle peut adresser aux États[1865]. Même si ces mesures étaient dépourvues de caractère obligatoire, la Cour a observé que les autorités nationales ont presque toujours suivi les indications adressées[1866]. Aussi, « *l'usage consistant à respecter lesdites indications ne peut avoir été fondé sur la conviction qu'elles revêtaient un caractère contraignant ; il reflète plutôt le souci de coopérer loyalement avec la Commission quand l'État en cause le juge possible et raisonnable* ». Le juge européen n'a alors pas manqué de préciser, puisque aucune source n'étaye le pouvoir d'ordonner des mesures provisoires, qu'« *il appartient aux États contractants d'apprécier l'opportunité de remédier à cette situation en adoptant une nouvelle disposition malgré la bonne foi que les gouvernements montrent d'habitude en la matière* »[1867]. La protection d'urgence offerte par le juge européen à l'égard de la santé des personnes détenues n'avait donc pas de force contraignante.

309. Des mesures obligatoires pour une garantie de l'efficacité du système de la Convention. Par son arrêt *Mamatkoulov et Askarov contre Turquie* du 4 février 2005, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré qu'elle disposait d'un pouvoir d'ordonner aux États membres des mesures provisoires ayant une force obligatoire[1868]. Cela étant, le verbe « indiquer » employé dans l'article 39 du règlement de la Cour ne doit pas être entendu comme « *conseiller* » mais bien comme « *ordonner* »[1869]. Les États ont alors l'obligation d'exécuter les mesures provisoires que la Cour peut leur adresser[1870]. Lorsque « *l'existence d'un risque de préjudice irréparable à la jouissance par le requérant de l'un des droits qui relèvent du noyau dur des droits protégés par la Convention est alléguée de manière plausible, une mesure provisoire a pour but de maintenir le statu quo en attendant que la*

[1865] CEDH, 20 mars 1991, *Cruz Varas et autres c/ Suède*, req. n° 15576/89. V. aussi CEDH, 13 mars 2001, *Čonka et Ligue des droits de l'homme c/ Belgique*, req. n° 51564/99 (décision sur la recevabilité).
[1866] CEDH, 20 mars 1991, *Cruz Varas et autres c/ Suède*, req. n° 15576/89, § 100.
[1867] *Ibidem*, § 102.
[1868] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie*, req. n° 46827/99 et n° 46951/99.
Certaines affaires dans lesquelles la Cour européenne des droits de l'homme a prescrit des mesures provisoires pour parer le risque d'atteinte à la santé des personnes détenues seront analysées dans les développements qui suivront.
[1869] Pour reprendre le vocabulaire employé par la Cour européenne des droits de l'homme, le terme « indiqué » sera utilisé dans les développements qui suivront mais il devra être entendu comme « ordonné ».
[1870] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie*, req. n° 46827/99 et n° 46951/99. V. FRUMER P., « Un arrêt définitif sur les mesures provisoires : la Cour européenne des droits de l'homme persiste et signe », Comm. sous CEDH *Mamatkoulov et Askarov contre Turquie* du 4 février 2005, *RTDH* 2005, p.799-826.
V. FRUMER P., « Un arrêt définitif sur les mesures provisoires : la Cour européenne des droits de l'homme persiste et signe », comm. sous CEDH *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie* du 4 février 2005, *RTDH* 2005, p. 799-826.

Cour se prononce sur la justification de la mesure »[1871]. En ce qu'elle touche au fond du grief tiré de la Convention, la mesure provisoire a par conséquent pour finalité de « *prolonger l'existence de la question qui forme l'objet de la requête* »[1872]. Du fait de la possibilité pour les individus de demander à la Cour d'ordonner des mesures provisoires, le prononcé d'une telle mesure permet de garantir « *l'exercice efficace* » du droit de recours individuel visé à l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme[1873]. Ainsi, « *l'inobservation de mesures provisoires par un État contractant doit être considérée comme empêchant la Cour d'examiner efficacement le grief du requérant et entravant l'exercice efficace de son droit et, partant, comme une violation de l'article 34* »[1874]. Or, le droit de recours individuel apparaît comme un des piliers essentiels de l'efficacité de la Convention. Les États membres ne doivent donc pas entraver l'exercice de ce droit[1875]. Par son arrêt *Mamatkoulov et Askarov contre Turquie*, le juge européen a précisé que « *l'obligation énoncée à l'article 34 in fine exige que les États contractants non seulement s'abstiennent d'exercer des pressions sur les requérants mais aussi se gardent de tout acte ou omission qui, en détruisant ou faisant disparaître l'objet d'une requête, rendrait celle-ci inutile ou empêcherait la Cour de toute autre manière de l'examiner selon sa méthode habituelle, au détriment des intérêts des individus concernés* »[1876].

Outre l'efficacité du droit de recours individuel, il en va également de l'efficacité de la garantie assurée par chacune des dispositions de la Convention[1877], et notamment par les articles 2 et 3. Le terme « efficacité » désigne les effets souhaités par les normes juridiques tirées du texte européen, autrement dit les effets pour lesquels elles ont donc été établies. L'efficacité ne tient donc compte, contrairement à l'effectivité, que des effets désirés parmi ceux produits par les normes juridiques. En sus de l'effectivité, c'est donc l'efficacité même de la Convention qui est garantie par l'application des mesures provisoires. Les mesures provisoires visent en effet à satisfaire de manière provisoire les exigences notamment des articles 2 et 3 de la Convention. En l'absence de mesures provisoires, le grief invoqué à

[1871] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie*, req. n° 46827/99 et n° 46951/99, § 108. V. aussi CEDH, 7 juillet 1989, *Soering c/ Royaume-Uni*, req. n° 14038/88, § 90.
[1872] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/Turquie*, req. n° 46827/99 et 46951/99, § 108.
[1873] *Ibidem*, § 108. V. aussi CEDH, 10 mars 2009, *Paladi c/ Moldova*, req. n° 39806/05, §§ 86-90.
[1874] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie*, req. n° 46827/99 et n° 46951/99, § 128.
[1875] *Ibidem*, § 100. V. aussi CEDH, 7 juillet 2009, *Grori c/ Albanie*, req. n° 25336/04, § 181.
[1876] CEDH, 4 février 2005, *Mamatkoulov et Askarov c/Turquie*, req. n° 46827/99 et n° 46951/99, § 102.
[1877] *Ibidem*, § 125 : « *Les mesures provisoires, telles qu'elles ont été constamment appliquées en pratique se révèlent d'une importance fondamentale pour éviter des situations irréversibles qui empêcheraient la Cour de procéder dans de bonnes conditions à un examen de la requête et, le cas échéant, d'assurer au requérant la jouissance pratique et effective du droit protégé par la Convention qu'il invoque* ».

l'appui d'une disposition du texte européen aurait été irréparable rendant alors inopérant le système européen de protection des droits fondamentaux. En somme, par le biais du prononcé de mesures provisoires, la Cour renforce non seulement « *l'effectivité des droits garantis par la Convention en améliorant la voie de recours européenne mise à la disposition des individus pour en contester la violation* » mais « *assure également l'efficacité de la Convention puisqu'il est désormais possible aux individus d'éviter la réalisation de conséquences irréversibles suite à la violation d'un droit de la Convention tant que la Cour n'a pas statué sur leur cas* »[1878]. En matière pénitentiaire, la procédure des mesures provisoires est un outil essentiel permettant aux personnes détenues, dans les cas où leur santé serait menacée, de demander à la Cour d'ordonner des mesures afin d'éviter que cette menace ne cause un dommage grave et irréversible aux droits des personnes détenues[1879]. Une fois la survenance de ce dommage évitée, la Cour pourra par la suite examiner les allégations de violation de la Convention. L'utilité des mesures visées à l'article 39 du règlement de la Cour européenne des droits de l'homme est pourtant discutée.

b. Une utilité discutée

310. Une effectivité des droits au détriment de l'efficacité du système de la Convention. Si l'utilité des mesures provisoires est indéniablement réelle à court terme, il est possible de douter de cette utilité à plus long terme[1880]. Il est incontestable que l'application par les États membres des mesures provisoires que la Cour européenne des droits de l'homme leur adresse permet de protéger les individus d'un risque de dommage grave et irréparable causé à l'exercice de leurs droits fondamentaux. Mais le pouvoir d'ordonner des mesures provisoires ayant force obligatoire ne risque-t-il pas à long terme de placer les États membres

[1878] DELZANGLES B., « Effectivité, efficacité et efficience dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme » in CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle [dir.], *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 46.

[1879] Il conviendra, dans les prochains développements, d'analyser les hypothèses dans lesquelles le juge européen a ordonné des mesures provisoires aux fins de pallier le risque d'atteinte irréversible à la santé des personnes détenues.

[1880] V. HERVIEU N., « Une Cour européenne des droits de l'homme maîtresse de son destin », *La Revue des droits de l'homme* [consulté le 26 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/658#quotation
Nicolas Hervieu a cependant relevé que, la Cour européenne des droits de l'homme a mis en place, depuis 2011, « *une politique drastique qui s'est traduite par une baisse très significative du nombre de mesures provisoires accordées : de 1 443 en 2010, ce nombre de mesures a chuté à 342 en 2011 puis 103 en 2012* ». Et « *en 2013, 108 mesures ont été accordées, dont une large part à l'encontre d'un trio d'États pourtant relativement dissemblables : les Pays-Bas, la Russie et la France* ». Nicolas Hervieu a constaté, « *plus significatif encore, [que] le nombre total de décisions relatives à des demandes de mesures provisoires en 2013 a diminué de 20 % par rapport à 2012 (de 1 591 à 1 979), beaucoup de requérants ayant manifestement renoncé à solliciter une telle mesure du fait de l'inflexibilité grandissante de la Cour* ».

sous la tutelle du juge européen ? Or, conformément au principe de subsidiarité, « *l'objectif de la Convention européenne* […] *est de faire en sorte que la protection des droits de l'homme soit d'abord assurée par les États eux-mêmes* »[1881]. Les mesures provisoires adoptées par le juge européen sont alors susceptibles de mettre en péril l'efficacité du système de la Convention européenne des droits de l'homme. À cet égard, Béatrice Delzangles a démontré que « *là où les mesures provisoires indicatives jouaient un rôle pédagogique en s'inscrivant dans un dialogue entre le juge européen et les autorités nationales, les mesures provisoires obligatoires sont susceptibles de déresponsabiliser les États parties en leur ôtant toute autonomie* »[1882]. Il apparaît essentiel, pour assurer une garantie des droits de l'homme, que les États soient capables d'assurer seuls la protection de ces droits. Aussi, Béatrice Delzangles invite à nous « *demander si, dans une vision à long terme et plus globale des objectifs à atteindre par la Convention européenne, il n'est pas parfois moins effectif dans l'immédiat, certes, mais plus efficace à long terme pour la protection des droits de l'homme de ne pas se concentrer uniquement sur les comportements concrets des États mais de prendre aussi en compte l'effet de la jurisprudence sur les représentations de ses destinataires* »[1883]. Il en va de l'efficacité du système de la Convention.

Nicolas Hervieu a néanmoins observé une évolution positive au sein de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, affirmant alors que « *lorsqu'elle est saisie d'une demande de mesure provisoire, la Cour tend parfois à profiter de la fenêtre pré-contentieuse ainsi ouverte pour demander des informations complémentaires à l'État défe*ndeur »[1884]. De fait, selon lui, « *les autorités de ce dernier sont incitées à réagir au plus vite, conscientes que leur passivité pourrait inciter la Cour à adopter une mesure provisoire ou serait, à tout le moins, perçue négativement à l'heure d'évaluer au fond la conventionalité de la situation* »[1885]. En outre, Nicolas Hervieu a mis en évidence que « *la demande de mesure provisoire offre également à la Cour l'occasion de décider plus rapidement d'une communication de la requête au gouvernement défendeur* » et que « *la Cour n'hésite plus à*

[1881] DELZANGLES B., « Effectivité, efficacité et efficience dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *op. cit.*, p. 46.
[1882] *Ibidem.* Cette critique trouve une résonnance en droit interne dans le cadre de la procédure de référé applicable devant le juge administratif.
[1883] DELZANGLES B., « Effectivité, efficacité et efficience dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *op. cit.*, p. 48.
[1884] HERVIEU N., « Une Cour européenne des droits de l'homme maîtresse de son destin », *La Revue des droits de l'homme* [consulté le 22 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/658#quotation
[1885] *Ibidem.*

adopter des mesures provisoires au-delà même du seul théâtre du droit des étrangers »[1886]. C'est notamment le cas dans le cadre de la prise en charge de la santé des personnes détenues.

2) Des prescriptions en cas de risque d'atteinte à la santé en détention

311. Une ouverture du champ d'application des mesures provisoires. Le prononcé de mesures provisoires n'a longtemps concerné que les affaires d'expulsion et d'extradition permettant ainsi à la Cour européenne des droits de l'homme, le temps qu'elle examine la requête, d'éviter l'expulsion ou l'extradition du requérant[1887]. La Cour a finalement élargi le champ d'application de ces mesures. Mais elles restent principalement appliquées dans les cas où sont à craindre des menaces contre la vie (article 2 de la Convention) et des mauvais traitements prohibés par l'article 3 de la Convention) et, de manière exceptionnelle, des atteintes au droit au respect de la vie privée et familiale (article 8 de la Convention)[1888]. Aussi, il conviendra, dans les développements qui vont suivre, d'étudier les hypothèses dans lesquelles la Cour européenne des droits de l'homme a adressé des mesures aux États membres en vue de sauvegarder les droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Analysées dans les développements qui vont suivre, les principales hypothèses concernent le défaut de soins appropriés et le cas particulier des grèves de la faim.

a. Le défaut de soins médicaux appropriés

312. Un transfert dans un centre médical spécialisé. Dans l'affaire *Kotsaftis contre Grèce*, la personne détenue, atteinte d'une cirrhose hépatique, a dénoncé le manque de soins adaptés à sa pathologie[1889]. Alléguant un risque de dommage grave et irréparable, la personne détenue a saisi la Cour européenne des droits de l'homme d'une demande de mesures provisoires, au titre de l'article 39 du règlement de la Cour. En réponse, le président de la

---

[1886] *Ibidem.*

[1887] CEDH, 23 mars 2016, *F. G. c/ Suède*, req. n° 43611/11 ; CEDH, 8 avril 2015, *M. E. c/ Suède*, req. n° 71398/12 ; CEDH, 8 avril 2015, *W. H. c/ Suède*, req. n° 49341/10 ; CEDH, 1er septembre 2010, *Y. P. et L. P. c/ France*, req. n° 32476/06 ; CEDH, 20 janvier 2009, *F. H. c/ Suède*, req. n° 32621/06 ; CEDH, 1er décembre 2009, *M. c/ Royaume-Uni*, req. n° 16081/08 ; CEDH, 27 mai 2008, *N. c/ Royaume-Uni*, req. n° 26565/05 ; CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/Turquie*, req. n° 46221/99 ; CEDH, 3 juillet 2001, *Nivette c/ France*, req. n° 44190/98 (décision sur la recevabilité) ; CEDH, 2 mai 1997, *D. c/ Royaume-Uni*, req. n° 30240/96.

[1888] COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Fiche thématique - Les mesures provisoires*, avril 2016 [consulté le 25 août 2016]. Disponible sur : http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Interim_measures_FRA.pdf

[1889] CEDH, 12 juin 2008, *Kotsaftis c/ Grèce*, req. n° 39780/06.

chambre à laquelle l'affaire avait été attribuée a indiqué au gouvernement grec « *d'ordonner le transfert du requérant dans un centre médical spécialisé afin d'y être soumis à tous les examens nécessaires et de rester hospitalisé jusqu'à ce que les médecins traitants considèrent qu'il peut réintégrer la prison sans mettre sa vie en danger* »[1890]. Les autorités nationales ont satisfait à cette obligation de transférer le requérant dans un établissement hospitalier. Par conséquent, « *le requérant a dû attendre l'indication de mesures par la Cour pour être suivi de manière régulière* »[1891]. L'application de cette mesure provisoire a sans nul doute permis de sauvegarder la santé de la personne détenue dans l'attente d'un examen de sa requête par la Cour. Cela étant, elle a garanti « l'exercice efficace » du droit de recours individuel visé à l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme afin que le requérant puisse contester une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans l'affaire *Paladi contre République de Moldova*, la Cour européenne des droits de l'homme avait également été saisie d'une demande de mesures provisoires visant à permettre au requérant de poursuivre un traitement dans un centre médical spécialisé[1892]. Le juge européen avait relevé que la santé du requérant était exposée à un risque immédiat et irréparable. C'est pourquoi le transfert dans un centre médical spécialisé avait été indiqué aux autorités nationales. Mais ces autorités avaient pris du retard pour se conformer à l'indication de cette mesure provisoire ce qui a exposé le requérant à un risque de dommage grave et irréparable, et ce malgré la brièveté de ce retard. Le requérant n'ayant été transféré que tardivement dans un centre médical spécialisé, la Cour a donc conclu à une violation de l'article 34 de la Convention[1893].

313. Une commission médicale consultative pour un diagnostic des problèmes de santé. Dans l'affaire *Alexanian contre Russie*, la Cour européenne des droits de l'homme a invité le gouvernement russe, en vertu de l'article 39 de son règlement, à garantir immédiatement par des moyens appropriés le traitement de la personne détenue dans un centre médical spécialisé[1894]. Cette personne était infectée par le virus de l'immunodéficience à un certain stade de gravité et souffrait des sévères répercussions du virus sur son état de santé. En sus de la précédente mesure, la Cour a indiqué aux autorités russes de constituer une

---

[1890] *Ibidem*, § 36. V. aussi CEDH, 22 décembre 2008, *Alexanian c/ Russie*, req. n° 46468/06.
[1891] CEDH, 12 juin 2008, *Kotsaftis c/ Grèce*, req. n° 39780/06, § 60.
[1892] CEDH, 10 mars 2009, *Paladi c/ République de Moldova*, req. n° 39806/05.
[1893] *Ibidem*, § 99 et 100. V. aussi CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13 ; CEDH, 14 mars 2013, *Salakhov et Islyamova c/ Ukraine*, req. n° 28005/08 ; CEDH, 7 juillet 2009, *Grori c/ Albanie*, req. n° 25336/04 ; CEDH, 22 décembre 2008, *Alexanian c/ Russie*, req. n° 46468/06.
[1894] CEDH, 22 décembre 2008, *Alexanian c/ Russie*, req. n° 46468/06, § 76.

commission médicale bipartite pour diagnostiquer les problèmes de santé du requérant et proposer un traitement[1895]. La commission devait également être chargée de déterminer si une prise en charge médicale, adaptée à l'état de santé de la personne détenue, pouvait être mise en œuvre au sein de l'établissement pénitentiaire[1896]. En dépit de l'état de santé de la personne détenue, les autorités russes n'ont pas appliqué les mesures que la Cour leur a adressées aux motifs que le requérant pouvait recevoir le traitement médical adéquat dans l'unité médicale de l'établissement pénitentiaire et que son examen par une commission médicale mixte était contraire à la loi russe[1897]. Le juge européen a pourtant relevé que l'état de santé de la personne détenue nécessitait un transfert dans un centre médical spécialisé en soulignant qu'une hospitalisation au sein de l'établissement pénitentiaire n'était pas appropriée[1898]. Contrairement aux prétentions du gouvernement russe, aucun obstacle pratique sérieux pour le transfert n'a été observé[1899]. Et, en rejetant la mise en place d'une commission médicale, les autorités n'ont pas permis de réaliser l'examen de la personne détenue. Cet examen aurait pourtant permis de recueillir des informations précises sur son état de santé, sur les installations médicales existantes dans l'établissement de santé ainsi que sur la capacité de ces installations à prendre en charge de manière appropriée la santé de la personne détenue[1900]. Dans cette affaire, la personne détenue a été exposée à un véritable risque pour sa santé et même pour sa vie. Aussi, le non-respect des mesures indiquées par la Cour témoigne par conséquent d'un refus de coopérer des autorités russes portant atteinte au droit à un recours individuel énoncé à l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme[1901].

a. La grève de la faim prolongée

314. Des conditions de détention conformes au respect des droits garantis par la Convention. Par son arrêt *Ilaşcu et autres contre Moldova et Russie,* la Cour européenne des droits de l'homme a fait usage de l'article 39 de son règlement, pour inviter les autorités nationales à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer à la personne détenue, en grève de la faim prolongée, des conditions de détention conformes au respect de ses droits

[1895] *Ibidem.*, § 80.
[1896] *Ibid.*
[1897] *Ibid.*, § 82.
[1898] *Ibid.*, § 156.
[1899] *Ibid.*, § 157 et 230.
[1900] CEDH, 22 décembre 2008, *Alexanian c/ Russie*, req. n° 46468/06, § 231.
[1901] *Ibidem*, § 232.

garantis par la Convention[1902]. Et les parties ont été invitées à fournir des renseignements sur la mise en œuvre des mesures provisoires demandées.

315. Un sursis à l'exécution d'un mandat d'arrêt. Dans une cinquantaine d'affaires, la Cour européenne des droits de l'homme a indiqué au gouvernement turc, sur le fondement de l'article 39 de son règlement, d'appliquer un sursis à l'exécution d'un mandat d'arrêt prononcé à l'encontre de personnes condamnées souffrant d'une maladie neuro-dégénérative, le syndrome de Wernicke-Korsakoff[1903]. Dans ces affaires, les requérants, condamnés à des peines d'emprisonnement du fait de leur appartenance à des organisations terroristes, avaient tous entamé une grève de la faim pour protester contre leurs conditions de détention qu'ils estimaient contraires à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. En raison de la durée prolongée de leur grève de la faim, les requérants ont contracté le syndrome de Wernicke-Korsakoff. En raison de cette maladie, ils avaient tous bénéficié d'un sursis à l'exécution du mandat d'arrêt prononcé à leur encontre. Mais le risque de réincarcération était susceptible de leur causer un dommage grave et irréversible. Aussi, à titre d'exemple, dans l'affaire *Hun contre Turquie*, suite à la levée du sursis à l'exécution de sa peine dont il bénéficiait, le requérant a fait valoir le syndrome de Wernicke-Korsakoff dont il est atteint et a soutenu que sa réincarcération éventuelle risquerait de lui coûter la vie et, par conséquent, constituerait en soi un traitement et une peine contraires à l'article 3 de la Convention[1904]. En application de l'article 39 de son règlement, la Cour a alors indiqué aux autorités étatiques de ne pas procéder temporairement à l'arrestation du requérant[1905]. Un comité d'experts devait procéder d'abord à une évaluation des antécédents médicaux du requérant, puis soumettre ce dernier à des examens neuropsychiatriques afin de déterminer son aptitude à purger une peine privative de liberté[1906]. Toutefois, la mesure provisoire a par la suite été levée par la Cour en raison du non-respect par le requérant de la mesure provisoire qui lui a également été indiquée.

[1902] CEDH, 8 juillet 2004, *Ilaşcu c/Moldova et Russie*, req. n° 48787/99, § 10.

[1903] Par ex. : CEDH, 10 novembre 2005, *Hun c/ Turquie*, req. n° 5142/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Tekin Yildiz c/ Turquie*, req. n° 22913/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Sinan Even c/ Turquie*, n° 8062/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Gülü c/ Turquie*, req. n° 1889/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Eğilmez c/ Turquie*, req. n° 21798/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Mürrüvet Küçuk*, req. n° 21784/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Uyan c/ Turquie*, req. n° 7454/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Yilmaz c/ Turquie*, req. n° 24030/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Özgür c/ Turquie*, req. n° 28480/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Erdogdu c/ Turquie*, req. n° 25723/94 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Gürbüz c/ Turquie*, req. n° 26050/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Ates c/ Turquie*, req. n° 14390/04.

[1904] CEDH, 2 septembre 2004, *Hun c/ Turquie*, req. n° 5142/04 (décision sur la recevabilité). Cette affaire fait partie d'un groupe de cinquante-trois requêtes.

[1905] CEDH, 10 novembre 2005, *Hun c/ Turquie*, req. n° 5142/04, § 27.

[1906] *Ibidem*, § 26.

316. Des indications exceptionnelles faites aux requérants (cesser une grève de la faim, se soumettre à un examen ou une surveillance médicale). Les mesures provisoires sont généralement adressées aux États membres. Mais le juge européen a également, dans certaines affaires, adressé de telles mesures aux personnes détenues requérantes. Ces indications ont été principalement formulées dans les affaires où la personne détenue s'est soumise à une grève de la faim prolongée. Dans l'affaire *Bamouhammad contre Belgique* du 17 novembre 2015, si la Cour européenne des droits de l'homme a indiqué, en application de l'article 39 de son règlement, aux autorités belges de transférer la personne détenue dans un hôpital civil afin qu'elle bénéficie des soins nécessités par son état de santé, elle a en outre invité la personne détenue requérante à mettre un terme à sa grève de la faim[1907]. Dans cette affaire, la personne détenue requérante s'est exposée à un risque imminent de dommage grave et irréparable en poursuivant une grève de la faim prolongée. Cette grève de la faim a en effet fait peser un risque grave pour la santé et même pour la vie de la personne détenue. Aussi, en attendant qu'elle puisse examiner sa requête, la Cour a invité la personne détenue à mettre fin à sa grève de la faim. Il est à noter que la poursuite d'une grève de la faim est de nature à compromettre l'exercice efficace du droit de recours individuel visé à l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans cette hypothèse, le juge européen intervient alors de sorte que la personne détenue n'entrave pas elle-même son droit à un recours individuel.

Dans les affaires où la Cour européenne des droits de l'homme a indiqué aux autorités turques d'appliquer un sursis à l'exécution d'un mandat d'arrêt prononcé à l'encontre de personnes condamnées souffrant du syndrome de Wernicke-Korsakoff, elle a aussi prononcé d'autres mesures provisoires, aux fins de garantir le bon déroulement de la procédure, qui ont consisté pour les requérants à se soumettre à un examen ou une surveillance médicale[1908]. Et le juge européen n'a pas manqué de préciser qu'en cas de non application de ces mesures, les requérants risquaient d'être rayés du rôle. Pourtant, en dépit des avertissements adressés,

---

[1907] CEDH, 17 novembre 2015, *Bamouhammad c/ Belgique*, req. n° 47687/13. V. aussi CEDH, 27 mai 2008, *Rodić et autres c/ Bosnie-Herzégovine*, req. n° 22893/05 ; CEDH, 8 juillet 2004, *Ilaşcu c/Moldova et Russie*, req. n° 48787/99.

[1908] Par ex. : CEDH, 10 novembre 2005, *Hun c/ Turquie*, req. n° 5142/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Tekin Yildiz c/ Turquie*, req. n° 22913/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Sinan Even c/ Turquie*, n° 8062/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Gülü c/ Turquie*, req. n° 1889/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Eğilmez c/ Turquie*, req. n° 21798/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Mürrüvet Küçuk*, req. n° 21784/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Uyan c/ Turquie*, req. n° 7454/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Yilmaz c/ Turquie*, req. n° 24030/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Özgür c/ Turquie*, req. n° 28480/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Erdogdu c/ Turquie*, req. n° 25723/94 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Gürbüz c/ Turquie*, req. n° 26050/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Ates c/ Turquie*, req. n° 14390/04.

certains requérants n'ont pas respecté la mesure provisoire que le juge européen leur avait indiquée. Dans ces affaires, la Cour a donc jugé qu'il ne se justifiait plus de poursuivre l'examen des griefs des requérants relatifs au risque de réincarcération et a décidé de les radier du rôle[1909]. Cette décision est respectable eu égard d'une part, à la force contraignante du système européen de protection des droits fondamentaux imposable à tous et d'autre part, à la contribution de la personne détenue à la survenance de son dommage. Si le juge européen veille à ce que les États membres n'entravent pas l'exercice efficace du droit de recours individuel garanti par l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'homme, il s'assure également que la personne détenue requérante ne porte pas elle-même atteinte à l'exercice efficace de son droit. Se cache alors derrière cette protection du droit à un recours individuel, une protection de l'ensemble des droits garantis par la Convention, notamment ceux tirés des articles 2 et 3 de la Convention dont résulte la garantie des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Mais il ne faut pas oublier que la grève de la faim est un moyen non-violent de protestation ou de revendication auquel certaines personnes détenues choisissent de recourir afin de faire valoir leurs droits ou contester une situation particulière. Il est alors compréhensible que certaines personnes détenues refusent de renoncer à ce moyen de protestation tant que la Cour européenne des droits de l'homme n'aura pas examiné l'affaire. Aussi, une radiation du rôle peut alors consister en une entrave au droit de recours individuel et par là même au mécanisme européen de protection des droits fondamentaux.

Conformément aux précédents développements, la mise en œuvre de la garantie procédurale prévue par l'article 39 du règlement de la Cour ou le traitement prioritaire des requêtes encadré par l'article 41 du règlement contribuent à renforcer « *l'effectivité non seulement du droit de recours individuel, mais de l'ensemble du mécanisme européen de protection des droits de l'homme* »[1910].

[1909] CEDH, 10 novembre 2005, *Hun c/ Turquie*, req. n° 5142/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Gülü c/ Turquie*, req. n° 1889/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Eğilmez c/ Turquie*, req. n° 21798/04 ; CEDH, 10 novembre 2005, *Mürrüvet Küçuk*, req. n° 21784/04.

[1910] FRUMER P., « Un arrêt définitif sur les mesures provisoires : la Cour européenne des droits de l'homme persiste et signe », comm. sous CEDH *Mamatkoulov et Askarov c/ Turquie* du 4 février 2005, *RTDH* 2005, p. 826.

Conclusion du Chapitre 2

317. Des « *remèdes adéquats aux violations des droits* ». Les garanties procédurales renforcent le mécanisme européen de protection des droits fondamentaux en ce qu'elles « *commandent* […] *l'aménagement de remèdes adéquats aux violations des droits* »[1911]. Ces garanties contribuent ainsi à l'effectivité des droits fondamentaux et, par là même, à l'effectivité des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Aussi, elles permettent aux personnes détenues de faire valoir le respect de leurs droits. Dans le cadre de la protection procédurale, l'action de la Cour européenne des droits de l'homme est double. D'une part, elle exerce *a priori* (en aval) une pression sur les États parties à la Convention européenne des droits de l'homme afin que ceux-ci mettent en place « *une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations* »[1912]. À cet égard, la Cour oblige les autorités nationales non seulement à conduire une enquête efficace ayant pour but d'identifier et de punir les responsables de ces violations mais aussi de prévoir des voies de recours effectives pour remédier aux manquements à la Convention. La personne détenue doit dès lors pouvoir exercer un recours lui permettant de se prévaloir des droits énoncés par la Convention. Ce recours doit nécessairement être effectif. Il en va de l'effectivité de la protection substantielle mise en œuvre par le juge autrement dit de l'effectivité des droits reconnus à la personne détenue en matière de santé. D'autre part, le juge européen intervient en cas de défaillances des autorités nationales, après épuisement des voies de recours internes, pour remédier aux violations des droits. Et lorsqu'une menace pèse sur la santé ou même la vie des personnes détenues, l'urgence est de mise. Son intervention dans les situations d'urgence est alors primordiale en ce qu'elle procure aux personnes détenues une jouissance effective de leur droit à la protection de la santé et des droits qui en découlent.

L'ensemble des garanties procédurales, tirées du mécanisme européen de protection des droits et libertés fondamentaux, concourent à assurer une protection effective des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé.

[1911] AKANDJI-KOMBÉ J.-F., *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006, p. 18.

[1912] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, req. n° 27229/95, § 89.

Conclusion du Titre 1

318. Une protection européenne du droit à la protection de la santé des personnes détenues. Eu égard à sa jurisprudence, la Cour européenne des droits de l'homme ne s'est pas contentée d'accorder une simple protection par ricochet aux personnes détenues mais elle a édifié un véritable droit européen de la détention particulièrement soucieux de la protection de la santé des personnes détenues. Aussi, le juge européen a non seulement étendu les exigences substantielles de la Convention européenne des droits de l'homme mais aussi créé des exigences procédurales visant à garantir une jouissance effective des droits fondamentaux. Ce droit européen de la détention n'a pas pour autant nié les impératifs de sécurité inhérents au milieu carcéral. De manière générale, « *on relèvera que la jurisprudence de la Cour de Strasbourg a fortement contribué à imposer le respect, par les États membres, d'obligations qui, sans remettre en cause ni la nécessité et la nature des privations de liberté ni les difficultés parfois rencontrées par les autorités internes, font exister, de manière "concrète et effective", un certain nombre de droits fondamentaux dans les prisons. Renforcée, notamment, par les efforts conjugués du CPT et du Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, ainsi que par des prises de conscience au niveau de certains États, avec l'intervention des gouvernements, des parlements, d'autorités indépendantes (à l'instar de l'institution remarquable du Contrôleur général des lieux de privation de liberté) et bien évidemment, des juges nationaux, l'action de la Cour contribue à donner plus de portée aux concepts de démocratie et d'État de droit, ainsi qu'à l'édification d'un ordre public européen des droits de l'homme, pour toutes les personnes relevant de la juridiction de l'un des quarante-sept États membres, sans laissés-pour compte* »[1913]. Cela étant, le droit européen de la détention cherche à concilier la peine privative de liberté, les exigences sécuritaires inhérentes aux établissements pénitentiaires et la santé des personnes détenues. Pour autant, « *the European Convention on Human Rights does not guarantee a right to health-care or a right to be heathy* » [1914]. Les garanties mises en œuvre par le juge européen tendent à garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé et des droits qui en découlent en faveur des

[1913] DOURNEAU-JOSETTE P., « Les conditions de détention et la CEDH : les droits fondamentaux à l'assaut des prisons », *Gaz. Pal.* 2013, n° 40, p. 12.

[1914] La Convention européenne des droits de l'homme ne garantit pas un droit à la santé ou un droit à être en bonne santé. V. EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, *Thematic Report, Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, juin 2015, p. 4.

personnes détenues. Il reste aux autorités nationales à se conformer à l'édifice normatif issu de la jurisprudence européenne. L'influence de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme sur les juges nationaux, et par là même sur les autorités nationales, est considérable.

TITRE 2

UNE PROTECTION CROISSANTE DES JUGES NATIONAUX

« *Les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives. Les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions* »[1915].

319. Le contentieux de l'exécution des peines, une répartition des compétences juridictionnelles[1916]. Le juge administratif a longtemps refusé de contrôler les actes pris dans le domaine de l'exécution des peines. Par l'arrêt *Scrosoppi* du 3 mai 1901, le juge a décliné sa compétence pour connaître de la décision du procureur de la République remettant un condamné, à l'expiration de sa peine, à un gouvernement étranger. Dans l'arrêt *Brochard* du 26 janvier 1927, le juge a opposé un même refus à l'encontre d'une décision ordonnant le transfert d'une personne détenue en maison centrale. Dès lors, il appartenait exclusivement au juge judiciaire de statuer sur les décisions relatives à l'exécution des peines et de la détention provisoire. Or, le Tribunal des conflits a mis fin à cette exclusivité dans les arrêts *Préfet de Guyane* du 27 novembre 1952 et *Dame Fargeaud d'Epied* du 22 février 1960 en considérant que « *s'il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire de connaître des litiges relatifs à la nature et aux limites d'une peine infligée par une juridiction judiciaire et dont l'exécution est poursuivie à la diligence du ministère public, un litige relatif au retard apporté à transférer un condamné aux travaux forcés dans une maison de force intéresse le fonctionnement*

[1915] Loi des 16 et 24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, Recueil Duvergier p. 361, art. 13. Les dispositions de cet article posent le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires qui sera confirmé par le décret du 16 fructidor an III (2 septembre 1795) qui défend aux tribunaux de connaître des actes d'administration et annule toutes procédures et jugements intervenus à cet égard, JORF du 21 août 1944 p. 315.

[1916] V. CÉRÉ J.-P., « Prospective sur la répartition juridictionnelle des compétences en droit de l'exécution des peines », *RSC* 1999, p. 874 ; HERZOG-EVANS M., *La gestion du comportement du détenu : essai de droit pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 1998, p. 560-563.

administratif du service pénitentiaire, lequel […] *ne relève que de la juridiction administrative* »[1917].

Le juge administratif est ainsi compétent pour connaître des litiges relatifs au « *fonctionnement administratif du service pénitentiaire* »[1918]. De fait, relèvent de la compétence de la juridiction administrative le transfert d'une personne détenue dans un établissement pénitentiaire[1919] ou dans un quartier plus sécurisé[1920], les sanctions disciplinaires[1921], les fouilles corporelles[1922], la gestion de compte nominatif des personnes détenues[1923] et enfin le refus ou déclassement d'emploi[1924]. Mais surtout, dans deux décisions du 22 juillet 1980 et du 23 janvier 1987, le Conseil constitutionnel a conféré une valeur constitutionnelle à l'indépendance et à la compétence de la juridiction administrative[1925]. En somme, toute question relative aux conditions d'exécution de la peine privative de liberté relève de la compétence du juge administratif. Il en est de même pour les conditions d'exécution de la détention provisoire.

Le juge judiciaire est, quant à lui, compétent lorsque les litiges se rattachent « *à la nature et aux limites de la peine* ». Le principe d'indépendance des magistrats de l'ordre judiciaire est posé à l'article 64 de la Constitution du 4 octobre 1958. Relèvent alors de la compétence du juge judiciaire, la décision du juge de l'application des peines relative à une réduction de peine[1926], à une permission de sortie[1927] ou accordant ou révoquant une libération conditionnelle[1928] mais aussi la décision du juge d'instruction suspendant ou supprimant un permis de visite à un prévenu[1929]. Toute question relative à l'exécution de la peine privative de liberté et de la détention provisoire relève donc de la compétence du juge judiciaire.

La Cour de cassation a davantage précisé la répartition des compétences entre les juridictions administratives et judiciaires, dans un arrêt de la chambre criminelle du 20 janvier

---

[1917] T. confl., 22 février 1960, *Dame Fargeaud d'Epied*, Lebon 855 ; T. confl., 27 novembre 1952, *Préfet de Guyane*, req. n° 01420, Lebon 642.
[1918] Pour aller plus loin : GUYOMAR M., « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA* 2009, p. 413.
[1919] CE, 8 décembre 1967, *Kayanakis*, Lebon 475 ; CE, 1 février 2001, *Belin*, Lebon 884-1036.
[1920] T. confl., 4 juillet 1983, *Caillol*, Lebon 541.
[1921] CE, 17 février 1995, *Marie*, req. n° 97754, Lebon 83.
[1922] CE, 12 mars 2003, *Frérot*, req. n° 237437, Lebon 121 ; CE, 14 novembre 2008 *El Shennawy*, req. n° 315622.
[1923] CE, 6 juin 2007, *Garnier*, Lebon 128.
[1924] CE, 14 décembre 2007, *Planchenault*, Lebon 475.
[1925] Cons. const., n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 sur la loi portant validation d'actes administratifs, considérant n° 6 ; Cons. const., n° 86-224 DC, du 23 janvier 1987 sur la loi transférant à la juridiction judiciaire le contentieux des décisions du Conseil de la concurrence, considérant n° 15.
[1926] CE, 9 novembre 1990, *Théron*, req. n° 101168, Lebon 313.
[1927] CE, 9 février 2001, *Malbeau*, req. n° 215405, Lebon 54.
[1928] CE, 4 novembre 1994, *Korber*, req. n° 157435, Lebon 489.
[1929] CE, 15 avril 2011, *Ribailly*, req. n° 346213.

2009[1930]. Dans cette affaire, une personne détenue a déposé une plainte contre X sur le fondement de l'article 225-14 du Code pénal en soutenant qu'elle avait été soumise, lors de sa détention en maison d'arrêt, à des conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine. Aux termes de l'article 225-14 du Code pénal, « *le fait de soumettre une personne, dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* ». Et le juge judiciaire est seul compétent pour juger cette infraction pénale. Mais, dans cet arrêt, la Cour de cassation a exclu du champ d'application de l'article 225-14 du Code pénal tout fait portant sur des conditions de détention contraires à la dignité humaine. En effet, « *si le législateur a entendu, en adoptant les dispositions de l'article 225-14 du code pénal, protéger avant tout les travailleurs contre les conditions indignes de travail ou d'hébergement* », la Cour a précisé que les conditions de détention indignes n'entraient pas dans les prévisions de cet article 225-14 et ne pouvaient admettre aucune qualification pénale. De toute façon, cet arrêt n'est pas sans rappeler l'irresponsabilité pénale de l'État. Ainsi, pour contester d'éventuelles conditions de détention contraires à la dignité humaine, les personnes détenues disposent de recours, non pas devant le juge judiciaire, mais devant le juge administratif. Les conditions de détention sont inhérentes au fonctionnement du service public pénitentiaire et relèvent ainsi de la compétence du juge administratif.

Dans l'affaire *Canali contre France* du 25 avril 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a implicitement confirmé l'incompétence du juge judiciaire en matière de conditions de détention contraires à la dignité humaine[1931]. En invoquant l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, le requérant s'était plaint de n'avoir pu accéder au juge pénal pour soumettre son grief relatif à ses conditions de détention. La Cour a ainsi rappelé que l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme garantit « *l'existence en droit interne d'un recours permettant de se prévaloir des droits et libertés de la Convention tels qu'ils peuvent s'y trouver consacrés* »[1932]. Dans cette affaire, le juge européen a également précisé que « *lorsque la voie pénale a été fermée par l'arrêt de la Cour de cassation du 20 janvier 2009, le recours indemnitaire devant la juridiction administrative restait disponible pour se plaindre de conditions de détention contraires à la dignité* » et, dans ces conditions, elle a alors estimé que « *le requérant ne peut soutenir que la décision*

[1930] Cass. Crim, 20 janvier 2009, n° 08-82807, Bull. crim. 2009, n° 18.
[1931] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 57. V. aussi, CEDH, 13 septembre 2011, *Lienhardt c/ France*, req. n° 12139/10.
[1932] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 56.

rendue par la Cour de cassation l'a privé de tout recours effectif ». Et, par son arrêt *Yengo contre France* du 21 mai 2015, la Cour européenne des droits de l'homme a clairement affirmé que « *l'"instance" dont parle l'article 13 peut ne pas être forcément, dans tous les cas, une institution judiciaire au sens strict* »[1933]. Aussi, conformément aux exigences de l'article 13, un recours peut être exercé devant une autorité administrative en vue de contester des conditions de détention dès qu'il présente un caractère effectif[1934].

Afin de faire valoir leurs droits en matière de santé, les personnes détenues peuvent, eu égard à cette répartition des compétences juridictionnelles, agir devant le juge administratif pour tout litige relevant des conditions d'exécution de la détention (Chapitre 1), mais aussi devant le juge judiciaire pour tout litige portant sur la capacité à la détention (Chapitre 2).

[1933] CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, § 60.
[1934] *Ibidem*. Le juge européen a cependant précisé que les pouvoirs et les garanties procédurales que présente la juridiction administrative entrent en ligne de compte pour déterminer si le recours est effectif.

CHAPITRE 1 :
LE CONTRÔLE DU JUGE ADMINISTRATIF SUR LES CONDITIONS D'EXÉCUTION DE LA DÉTENTION

« *Le juge administratif est aujourd'hui devenu pleinement le juge du service public pénitentiaire* »[1935].

320. Un juge du service public pénitentiaire : entre droits des personnes détenues et actes de l'administration pénitentiaire. Comme tout administré, la personne détenue dispose de voies de recours pour contester une décision administrative, en l'occurrence une décision prise par l'administration pénitentiaire chargée de sa garde[1936]. Compétent pour trancher les litiges relatifs aux conditions d'exécution de la peine privative de liberté et de la détention provisoire, le juge administratif est doté d'un véritable pouvoir de contrôle sur les actes de l'administration pénitentiaire. Il assure ainsi aux personnes détenues une protection contre l'arbitraire de l'administration pénitentiaire. Le juge administratif, manifestement influencé par la Cour européenne des droits de l'homme, n'est cependant intervenu que tardivement et progressivement en matière pénitentiaire. Selon Jean-Marc Sauvé, vice-président du Conseil d'État, « *l'enjeu du contrôle de l'administration pénitentiaire est essentiel. Il s'agit à la fois d'assurer la protection des droits fondamentaux des personnes incarcérées et d'assurer le fonctionnement régulier d'un service public dont la mission est extrêmement difficile en l'absence de consentement de ses usagers et, par conséquent,*

[1935] GUYOMAR M., « Le juge administratif, juge du service public pénitentiaire », in BOUSSARD S. [dir.], *Les droits de la personne détenue. Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*, Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2013, p. 147.

[1936] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Administré: le « *terme* [d'administré est] *traditionnellement employé pour désigner le citoyen dans ses rapports avec l'Administration. Sans traduction dans les langues des autres grands États, il est un vestige de la conception monarchique et napoléonienne ayant longtemps marqué les relations, fortement inégalitaires, entre les individus et la puissance publique* ».

en raison des contraintes lourdes d'ordre et de sécurité publics qui pèsent sur lui »[1937]. Le juge administratif se positionne alors comme arbitre entre, d'un côté, le maintien de la sécurité et de l'ordre dans les établissements pénitentiaires, et de l'autre, la sauvegarde des droits des personnes détenues. Mais surtout, « *il a* […] *accompagné, suivi, suscité le mouvement continu de réforme des établissements et de la vie pénitentiaires dans un dialogue implicite, constant avec les juges européens et les pouvoirs publics nationaux* »[1938].

Il convient de préciser que l'administration pénitentiaire dispose, comme toute administration, du privilège du préalable. Ce « *droit conféré législativement à l'Administration, dans de nombreuses matières,* [lui permet] *de prendre des décisions exécutoires par elles-mêmes, c'est-à-dire sans que l'Administration ait à respecter la règle du droit privé selon laquelle nul ne se décerne un titre à soi-même* »[1939]. Ainsi, les actes pris par l'administration pénitentiaire s'imposent obligatoirement à la personne détenue, sans décision préalable du juge. Toutefois, la personne détenue peut remettre en cause ce privilège et contester l'acte administratif en exerçant un recours devant le juge administratif. Ce recours de la personne détenue n'a en principe pas d'effet suspensif.

Aux fins de rétablir la personne détenue dans ses droits, le juge administratif peut annuler les actes illégaux pris par l'administration pénitentiaire mais aussi retenir la responsabilité de l'administration pénitentiaire et ordonner l'indemnisation du préjudice subi par la personne détenue (Section 2). Mais, à titre provisoire et/ou en cas d'urgence, le juge des référés peut prononcer des mesures nécessaires à la sauvegarde des droits des personnes détenues (Section 1).

[1937] SAUVÉ J.-M., « Le contrôle de l'administration pénitentiaire par le juge administratif », Institut d'études judiciaires de l'Université de Lille II, 2008 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-controle-de-ladministration-penitentiaire-par-le-juge-administratif.html
[1938] *Ibidem.*
[1939] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017, op. cit.,* V° Privilège du préalable.

Section 1 : La procédure en référé

321. Des mesures provisoires ou conservatoires. Le référé consiste en « *une procédure juridictionnelle d'urgence, de caractère contradictoire* »[1940]. Aux termes de l'article L. 511-1 du Code de justice administrative, « *le juge des référés statue par des mesures qui présentent un caractère provisoire. Il n'est pas saisi du principal et se prononce dans les meilleurs délais* ». Le juge administratif, statuant en référé, peut ainsi ordonner des mesures provisoires ou conservatoires afin de préserver les droits du requérant et ce, dans l'attente d'un règlement au fond du litige[1941].

Le référé administratif a été institué par la loi n° 55-1557 du 28 novembre 1955 dont l'unique procédure prévoyait que « *dans tous les cas d'urgence et sauf pour des litiges intéressant l'ordre et la sécurité publiques, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue peut ordonner toutes mesures utiles sans faire préjudice au principal et sans faire obstacle à l'exécution d'aucune décision administrative* »[1942]. Par la suite, plusieurs procédures de référé sont progressivement apparues. Le décret n° 59-515 du 10 avril 1959 a repris la procédure de référé-constat, initiée par la loi du 22 juillet 1889, qui permet, en cas d'urgence, au Président du tribunal administratif de désigner un expert pour constater sans délai des faits qui seraient susceptibles de donner lieu à un litige devant le tribunal administratif[1943]. Trois procédures de référé ont été instituées par le décret n° 88-907 du 2 septembre 1988, le référé-instruction, le référé-provision et le référé-conservatoire. Ces procédures de référé permettaient au Président du tribunal administratif soit de prescrire toute mesure utile d'expertise ou d'instruction, soit d'accorder une provision, soit d'ordonner en cas d'urgence toutes mesures utiles[1944]. Toutefois, « *les procédures d'urgence devant le juge administratif, en particulier le sursis à exécution des décisions administratives, appliqué parcimonieusement et soumis à des conditions interprétées de façon restrictive par la*

[1940] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Référé.
[1941] Pour aller plus loin : LOMBARD M., DUMONT G., SIRINELLI J., *Droit administratif*, 11e éd., Paris, Dalloz, coll. « HyperCours », 2015. V. aussi GILTARD D., *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Référés (Urgence), octobre 2011 (actu. avril 2016) ; GILTARD D., *Rép. resp. puiss. publ. Dalloz*, V° Référé provision, mars 2011, (actu. avril 2016).
[1942] Loi n° 55-1557 du 28 novembre 1955, JORF du 1er décembre 1955 p. 11646, art. 1er.
[1943] Décret n° 59-515 du 10 avril 1959 modifiant la procédure à suivre devant les tribunaux administratifs, JORF du 10 avril 1959, p. 4070. V. loi du 22 juillet 1889 relative à la procédure à suivre devant les conseils de préfecture (tribunaux administratifs), JORF du 24 juillet 1889 p. 3637.
[1944] Décret n° 88-907 du 2 septembre 1988 portant diverses mesures relatives à la procédure administrative contentieuse, JORF du 3 septembre 1988 p. 11253, art. 2.

jurisprudence, ne correspondaient plus à l'attente des justiciables, qui avaient tendance à se tourner vers le juge civil des référés, plus rapide, en invoquant abusivement la voie de fait[[1945]] ». Pour remédier à ces défaillances, le législateur a créé deux nouvelles procédures d'urgence, encadrées par la loi n° 2000-597 du 30 juin 2000, le référé-suspension et le référé-liberté[1946]. Le législateur a également repris le référé-instruction, le référé-provision et, avec certaines modifications, le référé-constat et le référé-conservatoire[1947].

Ces procédures de référé ont pour intérêt principal de permettre aux personnes détenues, eu égard à leurs conditions de vie en détention, de bénéficier de mesures ordonnées par le juge administratif tenant à la sauvegarde de leurs droits et notamment, en matière de santé. « *La procédure de référé est gouvernée par un principe : l'urgence qu'il y a à prendre la mesure même si elle n'est pas nécessairement conditionnée par l'urgence, comme le référé-constat,* [le référé-instruction et le référé-provision] »[1948]. Parmi ces procédures de référé, les référés administratifs d'urgence sont donc à distinguer des référés administratifs traditionnels, exemptés de toute condition d'urgence[1949].

§1. Une intervention provisoire du juge

322. Le référé-constat (ou référé-constatation). Encadrée par les dispositions de l'article R. 531-1 du Code de justice administrative, cette procédure permet au juge des référés de désigner un expert pour constater sans délai les faits qui seraient susceptibles de donner lieu à un litige devant la juridiction et ce, même en l'absence d'une décision administrative préalable[1950]. Le constat d'expert, demandé par le requérant au juge des référés, doit s'avérer utile. Le référé-constat, n'est certes plus conditionné par l'urgence, mais a pour intérêt

[1945] T. confl., 12 mai 1997, *Préfet de police de Paris c/ T.G.I. de Paris*, req. n° 3056, Lebon 528.
[1946] Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n° 151 du 1er juillet 2000 p. 9948 texte n° 3.
[1947] La condition d'urgence du référé-constat et la condition du référé-conservatoire selon laquelle la mesure ordonnée ne doit pas « *faire préjudice au principal* » ont été supprimées. V. GOHIN O., *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 390 et n° 393, p. 352 et 354 ; GILTARD D., *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Référés (Urgence), octobre 2011 (actu. juin 2015).
[1948] GOHIN O., *Contentieux administratif*, *op. cit.*, n° 194, p. 195.
[1949] GILTARD D., *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Référés (Urgence), *op. cit.*
[1950] La règle de la décision administrative préalable est une « *règle de procédure selon laquelle les juridictions administratives ne peuvent être saisies, en règle générale, que par voie d'un recours dirigé contre une décision administrative, explicite ou implicite, contraire aux intérêts du requérant* ». V. GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Décision préalable.

principal d' « *éviter le dépérissement des preuves avant l'engagement d'un éventuel procès administratif* »[1951], ce qui justifie le caractère urgent de la réalisation des constatations. Mais la procédure du référé-constat reste conditionnée par l'utilité des constatations[1952]. Cette condition est d'origine jurisprudentielle. Dans un arrêt du 26 juillet 1982, le Conseil d'État a énoncé que « *le président peut notamment refuser d'ordonner le constat lorsque, eu égard à l'objet de la demande et aux conditions dans lesquelles il peut être procédé aux constatations sollicitées, le demandeur dispose de la possibilité de faire constater les faits par un huissier de justice* »[1953]. Dans deux arrêts du 28 septembre 2011, le Conseil d'État a réaffirmé la condition d'utilité à laquelle est assorti le recours en référé-constat introduit par des personnes détenues[1954]. Dans l'arrêt *Gallois*, le Conseil d'État a jugé que la demande formée par la personne détenue, tendant à ce que les conditions matérielles de sa détention en maison d'arrêt fassent l'objet d'un constat, présente un caractère utile, dès lors qu'il ne résulte pas de l'instruction que des constatations auraient été établies dans les mêmes locaux ou des locaux similaires de cette maison d'arrêt, durant la période d'incarcération du requérant. *A contrario*, dans l'arrêt *Levèque*, la condition d'utilité n'était pas remplie. La demande formée par la personne détenue tendant à ce que soient constatés le contenu de kits d'hygiène personnelle et la périodicité à laquelle ces derniers lui étaient remis, ne présentait pas de caractère utile aux motifs que la demande se rapportait à des faits révolus dont les conséquences ne pouvaient plus être appréciées à la date du constat et que la mesure de constat relevait donc des pouvoirs généraux d'instruction du juge saisi sur le fond.

Ainsi, afin de faire respecter ses droits en matière de santé, toute personne détenue peut saisir le juge des référés sur le fondement de l'article R. 531-41 du Code de justice administrative. Cette procédure de référé permet aux personnes détenues de saisir le juge statuant en référé aux fins de désignation d'un expert chargé de constater leurs conditions de détention incompatibles avec leur état de santé et contraires à la dignité humaine. Ainsi, par une ordonnance du 4 septembre 2012, le juge des référés du tribunal administratif de Nancy a accueilli la demande d'une personne détenue handicapée aux fins de désigner un expert pour

---

[1951] GOHIN O., *Contentieux administratif*, *op. cit.*, p. 355.

[1952] CE, 28 septembre 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ M. Gallois*, req. n° 345309 (utilité du constat de l'état des lieux d'une cellule) ; CE, 28 septembre 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ M. Levèque*, req. n° 347585 (inutilité du constat portant sur des faits révolus).

[1953] CE, 26 juillet 1982, *Sous-traitants associés de l'électronique*, req. n° 40701.

[1954] CE, 28 septembre 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ M. Gallois*, req. n° 345309 (utilité du constat de l'état des lieux d'une cellule) ; CE, 28 septembre 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ M. Levèque*, req. n° 347585(inutilité du constat portant sur des faits révolus). V. aussi CE, 21 mars 2012, req. n° 353511 ; CE, réf., 17 juillet 2012, req. n° 353460.

constater ses conditions de détention incompatibles avec son handicap[1955]. Il était notamment question pour l'expert de décrire l'état de la cellule de la personne détenue ainsi que des accès aux bâtiments au regard des normes en vigueur dans les établissements pénitentiaires et de leur compatibilité avec son état de santé et de déterminer la largeur des seuils de portes des parties communes visitées au regard de son handicap.

323. Le référé-instruction (ou référé-expertise). En vertu de l'article R. 532-1 du Code de justice administrative, le juge des référés peut ordonner toute mesure utile d'expertise ou d'instruction et ce, même en l'absence d'une décision administrative préalable. À l'instar du référé-constat, le référé-instruction est conditionné, non pas par l'urgence, mais par l'utilité de l'expertise ou de l'instruction sollicitée. Mais la procédure de référé-instruction s'avère contradictoire, contrairement à celle du référé-constat. Aux termes de l'article R. 532-2 du Code de justice administrative, « *notification de la requête présentée au juge des référés est immédiatement faite au défendeur éventuel, avec fixation d'un délai de réponse* ». Toute mesure utile d'expertise ou d'instruction peut ainsi être ordonnée par le juge statuant en référé, sur le fondement de l'article R. 532-1 pour sauvegarder les droits de la personne détenue en matière de santé. Ainsi, le juge des référés a par exemple prescrit en urgence une expertise en vue de déterminer les conséquences d'une modification du régime alimentaire sur l'état de santé d'une personne détenue atteinte d'un cancer[1956]. Le juge des référés a également pu ordonner une expertise afin d'apprécier la qualité des soins qui ont été apportés à une personne détenue, depuis plusieurs années par le centre hospitalier universitaire de Caen, dans le cadre notamment de sa problématique transsexuelle[1957].

324. Le référé-provision. L'article R. 541-1 du Code de justice administrative indique que « *le juge des référés peut, même en l'absence d'une demande au fond, accorder une provision au créancier* [de l'administration] *qui l'a saisi lorsque l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable. Il peut, même d'office, subordonner le versement de la provision à la constitution d'une garantie* ». Le juge statuant en référé peut accorder au créancier « *une provision sur la somme qui lui est due avant même que le montant de sa créance ne soit exactement déterminé par la solution du procès administratif au fond sans introduction d'une*

[1955] TA Nancy, réf., 4 septembre 2012, req. n° 1201790.
[1956] TA Châlons-en-Champagne, 6 juillet 2006, req. n° 0601137.
[1957] TA Caen, 22 juillet 2011, req. n° 1101201.

demande au fond »[1958]. Mais pour être accueillie par le juge des référés, la demande de provision doit porter sur une obligation non sérieusement contestable. Or, d'après l'arrêt Centre hospitalier général d'Hyères du 10 avril 1992 rendu par le Conseil d'État, la contestation du défendeur ne suffit pas à elle-seule pour caractériser l'obligation comme sérieusement contestable[1959]. Si une contestation sérieuse du défendeur conduit le juge à rejeter la demande de provision, l'absence de contestation du défendeur n'entache pas la recevabilité du recours en référé-provision. La contestation du défendeur n'est donc pas une condition du référé-provision[1960]. Il incombe au demandeur, et non au défendeur, de prouver que cette obligation n'est pas sérieusement contestable.

Ainsi, le référé-provision permet aux personnes détenues d'obtenir une provision avant même qu'elles n'obtiennent, par le biais d'un recours en indemnisation, le versement par l'État de dommages et intérêts en réparation du préjudice subi. Il reste que l'obligation ne doit pas être sérieusement contestable par l'administration pénitentiaire. Le Conseil d'État a précisé, dans une série d'arrêts en date du 6 décembre 2013, les conditions dans lesquelles une provision pouvait être octroyée aux personnes détenues handicapées en raison de leurs conditions de détention[1961]. Pour regarder l'obligation comme sérieusement contestable, « *il appartient au juge des référés de s'assurer que les éléments qui lui sont soumis par les parties sont de nature à en établir l'existence avec un degré suffisant de certitude* ». De surcroît, si une provision peut être accordée à des personnes détenues handicapées dans des cellules ordinaires non adaptées à leur handicap, la détention dans des cellules médicalisées spécialement aménagées pour accueillir des personnes handicapées ne donne pas droit à une provision au titre de l'article R. 541-1 du Code de justice administrative.

[1958] Depuis la réforme opérée par le décret n° 2000-1115 du 22 novembre 2000, le référé-provision n'est plus nécessairement l'accessoire d'une action principale. V. GOHIN O., *Contentieux administratif, op. cit.*, n° 398, p. 358.

[1959] CE, réf., 10 avril 1992, *Centre hospitalier d'Hyères*, req. n° 108294. Le président du tribunal administratif de Nice statuant en référé avait accordé une provision au requérant à la suite de l'accident d'anesthésie dont l'intéressé a été victime à l'issue d'une intervention chirurgicale qu'il a subie le 20 décembre 1984 au centre hospitalier général d'Hyères. Pour confirmer cette ordonnance de référé, la cour administrative d'appel de Lyon s'est fondée sur « *l'ensemble des circonstances de fait à l'origine du dommage, et notamment sur les constatations du jugement devenu définitif du tribunal correctionnel de Toulon d'où il résulte que l'accident a été rendu possible par une insuffisance de la surveillance du médecin anesthésiste* ». Le Conseil d'État a alors jugé que la cour administrative d'appel n'a pas fait une inexacte application des dispositions de l'article R.102-1 du code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel « *en déduisant de l'appréciation des faits à laquelle s'est livré le juge du fond l'existence d'une obligation non sérieusement contestable à la charge du centre hospitalier, alors même que cette obligation était contestée par le défendeur* »,

[1960] LEPERS J., « Responsabilité de l'État pour mauvaises conditions de détention en prison : première condamnation en appel », *AJDA* 2010, p. 42-46.

[1961] CE, 6 décembre 2013, req. n° 363290, 363291, 363292, 363293, 363294 et 363295.

Les conditions de détention n'atteignent pas en effet un degré suffisant de gravité tel que l'obligation invoquée ne peut être regardée comme sérieusement contestable[1962].

Dans un arrêt du 7 janvier 2013, la Cour administrative d'appel de Douai a dû se prononcer sur l'existence ou non d'une obligation non sérieusement contestable par l'administration pénitentiaire[1963]. Dans cette affaire, une personne détenue souffrant de troubles mentaux a présenté en référé, en raison de ses conditions de détention, une demande de provision devant le juge administratif. Suite à l'appel formé contre l'ordonnance de rejet du tribunal administratif[1964], la Cour administrative d'appel de Douai a retenu que la personne détenue disposait à l'encontre de l'État de créances non sérieusement contestables. Atteinte d'une schizophrénie, la personne détenue a été soumise à des conditions de détention contraires à la dignité humaine et n'a pas bénéficié d'une prise en charge médicale adaptée pourtant considérée, au vu d'expertises médicales, comme nécessaire pour éviter un maintien ou une aggravation de sa maladie. Dans ces conditions, l'administration pénitentiaire est tenue à une obligation non sérieusement contestable. La personne détenue s'est alors vue accorder, au titre de ces conditions générales de détention, une provision de 3000 euros. Elle a ensuite bénéficié, au titre de l'absence de soins psychiatriques, d'une provision de 9 000 euros.

Dans un souci de protection contre le tabagisme passif, le tribunal d'Orléans a condamné l'État à verser une provision à la personne détenue requérante, non fumeuse, aux motifs qu'elle a été placée, lors de son incarcération, dans une cellule sur occupée avec des fumeurs et de fait que ses conditions de détention n'assuraient pas le respect de sa dignité[1965]. Et plus récemment, la Cour administrative d'appel de Bordeaux, par trois arrêts du 17 février 2015, a condamné l'État à verser à des personnes détenues du centre pénitentiaire de Ducos (Martinique) des provisions en raison de leurs conditions de détention contraires à la dignité humaine[1966].

[1962] Pour aller plus loin : PÉCHILLON É., « Référé-provision : état de santé des détenus et condition de détention contraires à la dignité humaine », note sous CE, 6 décembre 2013, req. n° 363290, *AJ Pénal* 2014, p. 143 ; HEDARY D., « Office du juge du référé-provision et conditions de détention », note sous CE, 6 décembre 2013, req. n° 363290, *AJDA* 2014, p. 237.
[1963] CAA Douai, 7 janvier 2013, req. n° 12DA01478.
[1964] TA Lille, 18 septembre 2012, req. n° 1204764.
[1965] TA Orléans, 28 janvier 2014, n° 1302909.
[1966] V. FLEURIOT C., « L'État condamné pour sa prison "dégradante" de Ducos, en Martinique », note sous CAA Bordeaux, 17 février 2015, n° 14BX01988, n° 14BX01989, n° 14BX01991, *Dalloz actualité*, 2 mars 2015.

§2. Une intervention d'urgence du juge

325. Le référé-suspension. La procédure de référé-suspension a été créée par le législateur pour pallier l'effet non suspensif du recours contentieux et du caractère exécutoire de la décision administrative[1967]. Conformément à l'article L. 4 du Code de justice administrative, les requêtes portées devant le juge administratif n'ont pas d'effet suspensif contre les décisions administratives. Ces décisions administratives sont exécutoires, notamment celles de l'administration pénitentiaire, et s'imposent donc à leurs destinataires administrés, sans décision préalable du juge. Or, aux termes de l'article L. 521-1 du Code de justice administrative, « *quand une décision administrative, même de rejet, fait l'objet d'une requête en annulation ou en réformation, le juge des référés, saisi d'une demande en ce sens, peut ordonner la suspension de l'exécution de cette décision, ou de certains de ses effets, lorsque l'urgence le justifie et qu'il est fait état d'un moyen propre à créer, en l'état de l'instruction, un doute sérieux quant à la légalité de la décision* ». Ainsi, cette procédure de référé permet à la personne détenue de suspendre l'exécution d'une décision de l'administration pénitentiaire. La recevabilité de ce recours en référé exige l'existence d'une décision administrative litigieuse à suspendre et d'un recours au fond contre cette décision. Et l'exercice de ce recours en référé est conditionné non seulement par l'urgence mais aussi par l'existence d'un doute sérieux sur la légalité de la décision.

Il peut ainsi être donné comme exemple un recours en référé-suspension exercé par la Section française de l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) aux fins de faire respecter les droits des personnes détenues lors des extractions médicales. L'objet de ce recours visait à suspendre, sur le fondement de l'article L. 521-1 du Code de justice administrative, l'exécution de la circulaire de la Direction de l'administration pénitentiaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale[1968]. Le Conseil d'État a jugé, dans un arrêt du 18 janvier 2005, qu'il n'y avait aucun doute sur la légalité de la circulaire aux motifs, contrairement à ce qu'a pu avancer l'Observatoire international des prisons, que cette circulaire énonce non seulement que les mesures de contraintes doivent être proportionnées

[1967] Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n° 151 du 1er juillet 2000 p. 9948 texte n° 3. Pour aller plus loin : GOHIN O., *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 370-376, p. 337-342.

[1968] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, NOR : JUSK0440155C.

aux risques présentés par la personne détenue hospitalisée, mais aussi que les mesures de sécurité ne doivent pas porter atteinte à la confidentialité de l'entretien médical et ce, quel que soit le niveau de surveillance retenu[1969]. En somme, selon la Haute juridiction, la circulaire ne porte ni atteinte au secret professionnel des médecins ni à l'exigence de proportionnalité entre les mesures de contraintes imposées et les risques encourus lors des extractions médicales.

326. Le référé-liberté (ou référé-injonction). Aux termes de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative, « *saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale* » [1970]. Par un recours en référé-liberté, la personne détenue peut alors demander au juge des référés le prononcé de mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle porte atteinte une décision de l'administration pénitentiaire. Outre l'urgence, la recevabilité de ce recours exige qu'une atteinte à une liberté fondamentale ait été portée par une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public. Cette atteinte doit être grave et manifestement illégale[1971].

Dans une décision du 15 juillet 2011, le juge des référés a enjoint au Préfet de ne pas faire obstacle à l'exercice du droit de visite des proches d'une personne détenue hospitalisée dont le pronostic vital était engagé. Le juge administratif avait été saisi, dans cette affaire, par les proches d'une personne détenue, après que leur droit de visite ait été limité par le Préfet. Le juge des référés-liberté a ainsi rappelé que le droit de mener une vie familiale normale constitue une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative.

[1969] CE, réf., 18 janvier 2005, req. n° 276018.

[1970] Le juge est tenu de se prononcer dans les quarante-huit heures qui suivent le dépôt de la requête.

[1971] Sur la question de la vidéosurveillance permanente de personnes détenues : V. PÉCHILLON É., « La vidéosurveillance en prison : une mesure exceptionnelle contrôlée par le juge », *Dalloz*, 2016, p. 1808 ; POUPEAU D., « Salah Abdeslam peut rester sous vidéosurveillance permanente », note sous CE, réf., 28 juillet 2016, req. n° 401800 , *AJDA* 2016, p. 1602.
Dans cette affaire, le juge des référés a retenu le requérant n'était pas fondé à « *soutenir que la mesure de surveillance dont il fait l'objet revêt le caractère d'une atteinte manifestement illégale à son droit à la vie privée, susceptible de justifier que le juge des référés prescrive, au titre de la procédure particulière prévue par l'article L. 521-2 du code de justice administrative cité ci-dessus, de la faire cesser ; que, par suite, sans qu'il soit besoin de se prononcer sur l'urgence qu'il invoque, il n'est pas fondé à se plaindre de ce que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Versailles a rejeté sa demande* ».

Dans une ordonnance du 22 décembre 2012, le juge des référés du Conseil d'État a estimé que la prolifération, dans les espaces communs du centre pénitentiaire des Baumettes (Marseille) et les cellules, d'animaux nuisibles (rats et insectes) et de cadavres de rats, imputable à une carence de l'administration pénitentiaire, portait atteinte à la dignité des personnes détenues et présentait un risque sanitaire pour l'ensemble des personnes fréquentant l'établissement, constituant par là-même une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale[1972]. Le juge des référés a de ce fait enjoint l'administration pénitentiaire de réaliser un diagnostic des prestations de lutte contre les animaux nuisibles à intégrer dans le prochain contrat de dératisation et de désinsectisation de l'établissement pénitentiaire ainsi que, dans l'intervalle, une opération d'envergure susceptible de permettre la dératisation et la désinsectisation de l'ensemble des locaux de cet établissement. Lutter contre la prolifération des rats est un enjeu sanitaire auquel l'administration pénitentiaire doit faire face. Il s'agit d'un véritable impératif de santé publique. La maison d'arrêt de Fresnes est particulièrement confrontée à la prolifération de ces nuisibles. Aussi, les surveillants pénitentiaires, les personnes détenues et les avocats ont transmis à l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) une série de témoignages évoquant cette prolifération et par là-même l'état d'hygiène déplorable de l'établissement pénitentiaire[1973]. Par le biais d'une requête, l'O.I.P. a demandé au juge des référés d'ordonner « *toutes mesures qu'il estimera utiles afin de faire cesser les atteintes graves et manifestement illégales portées aux libertés fondamentales* [garanties par les articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme] *des personnes détenues à la maison d'arrêt de Fresnes du fait de la prolifération d'animaux nuisibles* »[1974]. Conformément à l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, et sur le fondement de l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative, le juge des référés a enjoint l'État de prendre les mesures nécessaires pour éradiquer la prolifération de rats à savoir « *bétonner les zones sableuses de l'établissement* », « *reboucher les égouts par lesquels les rats peuvent s'infiltrer au sein de l'établissement* » et « *intensifier l'action de dératisation* »[1975].

[1972] CE, réf., 22 décembre 2012, *Section française de l'Observatoire international des prisons et autres*, req. n° 364584, 364620, 364621 et 364647.
[1973] MUCCHIELLI J., « Le tribunal administratif se prononce sur les conditions indignes de vie de Fresnes », *Dalloz actualité*, 6 octobre 2016.
[1974] TA Melun, ord. réf., 6 octobre 2016, n° 160816.
[1975] TA Melun, ord. réf., 6 octobre 2016, n° 160816. V. MUCCHIELLI J., « Prolifération de nuisibles à la prison de Fresnes : le juge contraint à agir », note sous TA Melun, ord. réf., 6 octobre 2016, n° 168016, *Dalloz actualité*, 7 octobre 2016.

La conception retenue par le juge administratif de la notion de liberté fondamentale est cependant relativement étroite[1976]. En effet, le droit à la protection de la santé[1977] est exclu du champ des libertés fondamentales énoncées à l'article L. 521-2 et ce, en dépit de sa valeur constitutionnelle. Dans l'affaire *Bunel*, le Conseil d'État a en effet, par une ordonnance de référé, exclu le droit à la protection de la santé du champ d'application de l'article L. 521.2 du Code de justice administrative[1978]. Non-fumeur mais partageant sa cellule avec des codétenus fumeurs, le requérant avait saisi le juge des référés afin que ce dernier ordonne son changement d'affectation en raison du tabagisme passif qu'il subissait. Le tribunal administratif de Nantes avait non seulement retenu que le droit à la protection de la santé figurait parmi les libertés fondamentales mais également que « *le refus d'être exposé au tabagisme est une composante du droit à la santé* »[1979]. Or, le Conseil d'État a refusé d'insérer le droit à la protection de la santé parmi les libertés fondamentales. Cette exclusion a été confirmée dans des arrêts postérieurs[1980]. Pourtant, le Conseil d'État a considéré que le droit au respect du consentement à l'acte médical entre dans le champ des libertés fondamentales évoquées à l'article L. 521-2, alors que ce droit est un corollaire du droit à la protection de la santé[1981]. Toutefois, nous pouvons espérer que le droit à la protection de la santé soit intégré aux libertés fondamentales, comme en témoigne l'arrêt *Rogier*[1982]. Dans cet arrêt, le Conseil d'État a dû se prononcer sur l'impact d'un transfert sur la protection de la santé d'une personne détenue d'une maison d'arrêt à un établissement pour peines. Il résulte de cet arrêt, selon Pierrette Poncela, qu'« *un transfert d'un détenu condamné vers un établissement pour peines, qui aurait pour effet de priver ce détenu de l'accès aux soins nécessités par son état de santé, pourrait être considéré comme une atteinte à un droit fondamental justifiant un recours pour excès de pouvoir* »[1983].

[1976] V. GOHIN O., *Contentieux administratif, op. cit.*, n° 387, p. 350.

[1977] La formulation « droit à la santé » est fréquemment utiliser pour parler du droit à la protection de la santé. Or, le droit à la santé doit être entendu, non pas comme le droit à être en bonne santé, mais comme le droit à la protection de la santé.

[1978] CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ Bunel*, req. n° 284803. HERZOG-EVANS M., « Tabagisme passif : protéger la santé d'un détenu n'est pas une liberté fondamentale », note sous CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la justice c/ Bunel*, req. n° 284803, *AJ Pénal* 2005, p. 377.

[1979] TA Nantes, réf., 24 août 2005, req. n° 0504305.

[1980] Par ex. : CE, réf., 12 août 2010, req. n° 342312.

[1981] CE, réf., 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey et Mme Isabelle Feuillatey*, req. n° 2595512 ; CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux c/ Bunel*, req. n° 284803.

[1982] CE, 9 avril 2008, *Rogier*, req. n° 308221.

[1983] CE, 9 avril 2008, *Rogier*, req. n° 308221, *RSC* 2009 p. 431, chron. PONCELA P. ; D. 2011, p. 1306, obs. CÉRÉ J.-P.

327. Le référé-conservatoire (ou référé-mesures utiles). Contrairement au référé-suspension et au référé-liberté, le référé-conservatoire ne permet pas de faire obstacle à l'exécution d'une décision administrative. Le Conseil d'État a précisé, dans un arrêt du 5 février 2016, que le juge des référés ne peut pas faire « *obstacle à l'exécution d'une décision administrative, même celle refusant la mesure demandée, à moins qu'il ne s'agisse de prévenir un péril grave* »[1984]. La Haute juridiction a également rappelé le caractère subsidiaire du référé-conservatoire. Aussi, « *le juge saisi sur ce fondement ne peut prescrire les mesures qui lui sont demandées lorsque leurs effets pourraient être obtenus par les procédures de référé régies par les articles L. 521-1 et L 521-2* »[1985]. Le juge des référés ne peut donc pas prescrire les mesures qui pourraient être obtenues par un référé-suspension ou un référé-liberté. En vertu de l'article L. 521-3 du Code de justice administrative, il permet néanmoins au juge d'ordonner toutes mesures utiles à la demande de l'administration ou de l'administré et ce, même en l'absence d'une décision administrative préalable. Pour les personnes détenues, l'intérêt de cette procédure est là encore de sauvegarder leurs droits. Les mesures utiles ordonnées par le juge des référés visent soit à « *prévenir le maintien ou l'aggravation d'une situation dommageable en fait ou irrégulière en droit* », soit à préserver ses intérêts particuliers[1986]. Conformément à l'article L. 521-3, la recevabilité de la demande impose que la mise en œuvre des mesures provisoires soit urgente, utile et ne fasse pas obstacle à l'exécution d'une décision administrative. À ces conditions, s'ajoute une condition d'origine jurisprudentielle[1987]. Les mesures conservatoires ne peuvent être ordonnées qu'en l'absence de contestation sérieuse.

Dans ces conditions et dans l'intérêt de la personne détenue requérante, le juge des référés peut ordonner comme mesures utiles, un constat d'huissier. Dans un arrêt du 15 juillet 2004, le Conseil d'État a confirmé, sur le fondement de l'article 521-3 du Code de justice administrative, la saisine du juge des référés aux fins d'ordonner un constat d'huissier de justice chargé de décrire l'état de la cellule d'une personne détenue, « *notamment en ce qui concerne la présence ou non d'équipements de chauffage et les conditions d'étanchéité à l'air de la fenêtre* » [1988]. Le juge des référés peut également prendre toute mesure conservatoire qui se révèlerait indispensable à la préservation de la confidentialité des soins et du droit au

[1984] CE, 5 février 2016, req. n° 393540. V. POUPEAU D., « Étendue des pouvoirs du juge des référés mesures utiles », note sous CE, 5 février 2016, req. n° 393540, *Dalloz actualité*, 11 février 2016.
[1985] CE, 5 février 2016, req. n° 393540.
[1986] GOHIN O., *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 390, p. 352.
[1987] CE, 8 mars 2010, req. n° 31115.
[1988] CE, 15 juillet 2004, req. n° 265594.

respect de la dignité humaine. Or, dans un arrêt du 24 juillet 2009, le Conseil d'État a rejeté le pourvoi formé par une personne détenue contre une ordonnance du juge des référés rejetant sa demande, sur le fondement de l'article L. 521-3 du Code de justice administrative, de mettre en place un dispositif de sécurité, à l'occasion d'un examen médical (endoscopie) à réaliser en milieu hospitalier, respectant la confidentialité des soins et le droit au respect de la dignité humaine[1989]. Cette demande résultait du fait que la personne détenue avait auparavant subi ce même examen médical et avait été, à cette occasion, contrainte au port de moyens de contrainte et à la surveillance d'un agent pénitentiaire. Le juge des référés n'avait pas accueilli la demande de la personne détenue aux motifs que la présence d'un surveillant pénitentiaire, pour des raisons de sécurité, ne suffisait pas à caractériser l'utilité de la mesure et que l'administration pénitentiaire s'était engagée non seulement à respecter le secret professionnel et l'intimité de la personne détenue, mais également à mettre en place un dispositif de sécurité proportionné au risque encouru.

Ce recours en référé n'a manifestement pas permis à la personne détenue de faire respecter ses droits. La France a alors été condamnée, dans cette affaire, par la Cour européenne des droits de l'homme pour violation des articles 3 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme[1990].

Le Conseil d'État a récemment précisé la notion de « mesures utiles » et de fait, les limites du pouvoir du juge statuant en référé sur le fondement de l'article L. 521-3 du Code de justice administrative[1991]. Dans un arrêt du 27 mars 2015, le Conseil d'État a énoncé qu' « *eu égard à son objet et aux pouvoirs que le juge des référés tient des articles L. 521-1 et L. 521-2 du Code de justice administrative, une demande tendant à ce qu'il soit ordonné à l'autorité compétente de prendre des mesures réglementaires, y compris d'organisation des services placés sous son autorité, n'est pas au nombre de celles qui peuvent être présentées au juge des référés sur le fondement de l'article L. 521-3* ». Une mesure règlementaire n'est donc pas une mesure utile. Dans cette affaire, le juge des référés avait rejeté une demande de la Section française de l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) consistant à enjoindre à l'administration pénitentiaire de mettre en place, au sein d'un l'établissement pénitentiaire « *soit, à titre principal, un comité consultatif des personnes détenues soit, à titre subsidiaire, un cahier de doléances ou, à défaut, de prendre toutes autres mesures utiles permettant une*

[1989] CE, 24 juillet 2009, *M. Haese*, req. n° 324555.
[1990] CEDH, 26 juillet 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08.
[1991] POUPEAU D., « Un acte réglementaire n'est pas une "mesure utile" », note sous CE, 27 mars 2015, req. n° 385332, *Dalloz actualité*, 1 avril 2015.

expression collective des détenus sur les problèmes de leur vie quotidienne ainsi que sur leurs conditions de détention »[1992]. Ainsi, suite à un pourvoi en cassation de la requérante, le Conseil d'État a jugé que le juge statuant en référé sur le fondement de l'article L. 521-3 du Code de justice administrative, ne peut pas ordonner de mesures réglementaires.

Ces procédures de référé constituent par conséquent une garantie essentielle du droit au recours effectif dont chaque personne détenue doit bénéficier. Elles renforcent la puissance du contrôle du juge administratif sur l'activité de l'administration pénitentiaire et consiste en un véritable instrument de sauvegarde des droits des personnes détenues, notamment en matière de santé. L'intervention du juge des référés reste néanmoins subsidiaire par rapport à l'intervention du juge du fond.

Section 2 : La procédure classique

328. Des recours en annulation ou en indemnisation. Un double contentieux est ouvert à la personne détenue qui souhaite contester une décision de l'administration devant le juge du fond. Les recours formés devant le juge administratif ont pour objet soit de contrôler la légalité d'une décision administrative (§1.), soit de mettre en cause la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires et/ou la responsabilité du service public hospitalier en vue d'indemniser la personne détenue, victime d'un préjudice causé par ces services (§2.).

Il convient de préciser que les recours contentieux n'ont pas d'effet suspensif sur la décision administrative contestée. Elle reste donc exécutoire sous couvert du privilège du préalable.

§1. Le contrôle de l'activité de l'administration pénitentiaire

329. L'annulation des décisions de l'administration pénitentiaire. Selon le Conseil d'État, le recours pour excès de pouvoir est un « *recours qui est ouvert même sans texte contre tout acte administratif, et qui a pour effet d'assurer, conformément aux principes*

[1992] TA Basse-Terre, 9 octobre 2014, req. n° 1400743.

généraux du droit, le respect de la légalité »[1993]. En ce sens, le recours pour excès de pouvoir est « *un recours juridictionnel dirigé, en vue de les faire annuler pour cause d'illégalité, contre des actes unilatéraux émanant soit d'une autorité administrative, soit d'un organisme privé agissant dans le cadre d'une mission de service public* »[1994]. En matière pénitentiaire, l'intervention du juge administratif est alors limitée à l'annulation des actes pris par l'administration pénitentiaire.

Formé dans un délai de deux mois à compter de la notification ou de la publication de la décision attaquée, le recours pour excès de pouvoir vise à annuler les actes administratifs faisant grief. La personne détenue, comme tout requérant, doit démontrer son intérêt à agir. La jurisprudence a admis que le requérant était fondé à agir dès lors qu'il a un intérêt personnel (matériel ou moral, individuel ou collectif), légitime, direct et certain à agir[1995]. La personne détenue peut ainsi demander l'annulation des actes réglementaires édictés par l'administration pénitentiaire tout comme les décisions prises à son égard.

Le contrôle du juge administratif sur la légalité des décisions prises par l'administration pénitentiaire à l'égard des personnes détenues s'est non seulement étendu par un élargissement progressif de son champ d'application mais également approfondi par une intensification manifeste de son contrôle.

A. Un contrôle juridictionnel étendu

330. Des décisions administratives longtemps jugées mineures. Le juge administratif a longtemps refusé de connaître des mesures prises par l'administration pénitentiaire aux motifs qu'elles ne faisaient pas grief aux personnes détenues destinataires et qu'elles ne relevaient que de la vie intérieure du service public pénitentiaire. Mais le juge administratif a progressivement élargi le domaine des décisions administratives susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Le contrôle du juge administratif sur l'activité de l'administration pénitentiaire s'est ainsi étendu. Par là-même, le niveau de protection des droits des personnes détenues a été élevé, en particulier en matière de santé.

[1993] CE, 17 février 1950, *Ministre de l'Agriculture c/ Dame Lamotte*, req. 86949, Lebon 110. V. CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif*, 13e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2008, p. 209 ; GOHIN O., *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014, n° 239, p. 234.
[1994] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Recours 2° Recours pour excès de pouvoir.
[1995] Pour aller plus loin : LOMBARD M., DUMONT G., SIRINELLI J., *Droit administratif*, 10e éd., Paris, Dalloz, coll. « HyperCours », 2013, p. 447-448 et 495-500.

1) Des mesures d'ordre intérieur insusceptibles de recours

331. La question de la recevabilité des requêtes. Le juge administratif est compétent dès lors qu'une mesure concerne l'exécution du service public pénitentiaire. Toutefois, cette compétence ne suffit pas à mettre en œuvre le contrôle sur l'administration pénitentiaire, encore faut-il que les requêtes des personnes détenues présentées devant le juge soient recevables. Le champ d'application du contrôle de légalité des décisions de l'administration pénitentiaire à l'égard des personnes détenues est longtemps resté limité. Les requêtes formées par ces dernières étaient jugées irrecevables en raison, non pas du défaut d'intérêt à agir des requérants, mais de la nature des actes pris par les services pénitentiaires considérés comme des mesures d'ordre intérieur[1996].

Le Professeur René Chapus a défini les mesures d'ordre intérieur comme des « *circulaires et directives non réglementaires, à l'égard desquelles l'irrecevabilité du recours est la conséquence de leur caractère non dérisoire – mais aussi* [comme] *de véritables décisions, dont la faible importance pratique et la minceur juridique ont paru justifier qu'elles puissent faire l'objet de débats devant la juridiction* »[1997]. Il ajoute qu'elles « *concrétisent l'existence d'une sorte de pouvoir de police interne à l'administration* […] *: un pouvoir destiné à assurer à l'égard des agents des services comme des usagers de ces derniers, un certain ordre intérieur* »[1998]. Considérées comme ne faisant pas grief aux personnes détenues, ces mesures ne sont pas susceptibles d'être déférées devant le juge administratif par la voie du recours pour excès de pouvoir et échappent ainsi à tout contrôle du juge. Tout recours pour excès de pouvoir doit être dirigé contre une décision faisant grief. Or, un acte ne revêt cette qualité que s'il produit des effets juridiques et affecte l'ordre juridique. Le Doyen Léon Duguit définit l'ordre juridique (ou ordonnancement juridique) comme l'« *état social existant à un moment donné d'après les règles de droit s'imposant aux hommes du groupement social considéré et les situations juridiques qui s'y rattachent* »[1999].

[1996] Cette notion de mesure d'ordre intérieur est d'origine jurisprudentielle : V. CE 1844, *Société des moulins du Château- Narbonnais (acte d'administration intérieure)* cité par CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif*, 13e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2008, p. 410.
[1997] CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif*, 13e éd., *op. cit.*, p. 410.
[1998] *Ibidem*, p. 41.
[1999] DUGUIT L., *Traité de droit constitutionnel*, t. I, 3e éd., Paris, Éditeurs de Boccard, 1927, p. 326-327 cité par GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, *op. cit.*, V° Ordonnancement juridique.

Les décisions de l'administration pénitentiaire affectent-t-elles cet ordre juridique ? Les mesures d'ordre intérieur n'ont qu'un impact minime sur la situation juridique de leurs destinataires et concernent uniquement la vie interne d'un service public, en l'occurrence le service public pénitentiaire. Elles ont pour objet de régir l'organisation et le fonctionnement interne de ce service. Un contrôle juridictionnel de ces mesures n'apparaît de ce fait pas nécessaire. Selon Raymond Odent, Président de la section du contentieux du Conseil d'État de 1966 à 1976, « *les mesures individuelles d'ordre intérieur, insusceptibles de recours contentieux, sont donc celles qui, d'une part, ont un caractère exclusivement interne à l'administration qui les prend, d'autre part, n'ont aucun effet sur la situation juridique de ceux qui les subissent et, enfin, sont purement discrétionnaires. Ainsi comprises, les mesures d'ordre intérieur peuvent concerner des fonctionnaires ou les usagers de certains services publics* »[2000].

Les mesures d'ordre intérieur ont longtemps été ancrées dans les domaines militaire, scolaire et pénitentiaire. En matière pénitentiaire, ont alors été jugées irrecevables les requêtes dirigées contre les sanctions infligées à une personne détenue, l'interdiction de correspondre avec une œuvre, les mesures relatives au transfert d'une personne détenue et au retrait d'un régime spécial de détention, la décision de placer une personne détenue dans un quartier de plus grande sécurité[2001]. Aussi, le juge administratif ne pouvait donc pas intervenir pour garantir le respect des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé lorsque l'organisation et le fonctionnement interne de ce service public pénitentiaire portaient atteinte à ces droits.

332. Une timide ouverture du contentieux de l'excès de pouvoir. L'irrecevabilité des requêtes formées contre les mesures d'ordre intérieur a été progressivement contestée tant par la doctrine que par les juridictions administratives. D'après Jean-Marc Sauvé, Vice-président du Conseil d'État, « *l'irrecevabilité était* […] *critiquable car, contrairement à la théorie des mesures d'ordre intérieur, elle portait préjudice aux droits individuels ou à la situation juridique des personnes, en particulier mais pas seulement lorsque celles-ci sont frappées par*

[2000] ODENT R., *Cours de contentieux administratif, Les cours du droit*, édition 1976-1981, fascicule III, p. 981-982.
[2001] CE, 28 juillet 1932, *Bruneaux*, Lebon 816 ; CE, 2 mars 1938, *Abet*, Lebon 224 ; CE, 8 décembre 1967, *Kayanakis*, Lebon 475 ; CE, 27 janvier 1984, *Caillol*, req. n° 31985, Lebon 28. V. GUYOMAR M., « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA* 2009, p. 413-416.

une sanction. Elle n'était pas davantage convaincante au regard du critère de minimis [[2002]], *ni défendable en ce qu'elle entendait préserver un pouvoir totalement discrétionnaire, voire même arbitraire, de l'administration. Un tel point de vue, jadis soutenable, devenait incompatible avec la conception contemporaine de l'État de droit. À cela s'ajoutaient les conséquences juridiques graves de l'irrecevabilité du recours en annulation contre les mesures d'ordre intérieur : leur éventuelle illégalité ne pouvait conduire à engager la responsabilité de l'administration à raison de ces mesures* » [2003]. Face à l'influence de la Cour européenne des droits de l'homme et aux évolutions de la jurisprudence du Conseil d'État, la notion de mesure d'ordre intérieur a peu à peu reculé.

L'étendue des mesures d'ordre intérieur a commencé à se réduire dans la fonction publique[2004] mais aussi dans les établissements scolaires.[2005] Mais, dès le début des années 1980, est apparu un discret mouvement d'approfondissement de la soumission de l'administration pénitentiaire au contrôle du juge administratif. Le juge administratif a admis, au cas par cas, la recevabilité des recours introduits contre des décisions de l'administration pénitentiaire, considérées jusque-là comme des mesures d'ordre intérieur, dès lors que celles-ci affectaient la situation juridique des personnes détenues. Ce fut le cas à propos d'un refus de respecter le secret des correspondances entre une personne détenue et son avocat[2006], du refus d'un directeur de prison de restituer des sommes bloquées sur le compte d'une personne détenue[2007], de l'interdiction de recevoir certaines publicités[2008] , de décisions relatives à l'installation d'un portique de détection à l'entrée de la prison[2009] et au nombre ou

---

[2002] Référence au vieil adage « *de minimis non curat praetor* » (Des affaires insignifiantes le préteur n'a cure). Dans l'exercice de son pouvoir juridictionnel, le juge ne s'intéresse pas aux affaires insignifiantes. Or, « *si, contrairement aux principes du contentieux administratif, on déclare qu'une telle décision échappe à tout contrôle juridictionnel, c'est que l'acte d'administration, qui se rapporte uniquement à l'organisation interne, est jugé indigne du recours de légalité, raison même de la médiocrité de ses implications* ». V. ROLAND H., BOYER L., *Adages du droit français*, 4e éd., Paris, Litec, 1999, n° 83, p.150-152.

[2003] SAUVÉ J.-M., « Le contrôle de l'administration pénitentiaire par le juge administratif », Institut d'études judiciaires de l'Université de Lille II, 2008 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-controle-de-ladministration-penitentiaire-par-le-juge-administratif.html

[2004] Par ex. : CE, 23 novembre 1962, *Camara*, Lebon 627 (la notation des fonctionnaires) ; CE, 31 janvier 1975, *Volff et Exertier*, Lebon 70 et 75 (la notation des magistrats).

[2005] Cette évolution s'est manifestée au travers des mesures ayant une incidence sur le statut de l'élève (ex. CE, 6 juillet 1949, *Andrade*, Lebon 331). Cette jurisprudence a été ensuite étendue aux décisions relatives à la vie intérieure des établissements scolaires (ex. CE, 8 novembre 2005, *Ministre de l'éducation nationale c/ Rudent*, Lebon 316) et surtout aux questions vestimentaires (ex. CE, 21 octobre 1938, *Lote*, Lebon 786).

[2006] CE, 12 mars 1980, *Centre hospitalier spécialisé de Sarreguenimes*, req. n° 12572, Lebon 141.

[2007] CE, 3 nov. 1989, *Pitalugue*, req. n° 85424, Lebon 830.

[2008] CE, 10 octobre 1990, *Garde des Sceaux c/ Hyver*, req. n° 107266, Lebon 911.

[2009] CE, 21 octobre 1988, *Syndicat des avocats de France*, Lebon 373.

à l'espacement des repas des personnes détenues[2010]. Cette évolution jurisprudentielle a témoigné du recul naissant du champ d'application des mesures d'ordre intérieur et du contrôle croissant de la légalité des actes pris par l'administration pénitentiaire afin de garantir le respect des droits de la personne détenue, en particulier ses droits en matière de santé.

2) Une justiciabilité progressive des mesures d'ordre intérieur

333. Un contrôle juridictionnel étendu. L'élargissement du contrôle du juge administratif sur l'administration pénitentiaire s'est traduit par la contestation devant le juge par les personnes détenues d'un nombre croissant de mesures prises à leur encontre par le service public pénitentiaire.

a. De la jurisprudence Marie du 17 février 1995

334. Une justiciabilité des sanctions disciplinaires : le double critère de la nature et des effets de la mesure. Le Conseil d'État a opéré, dans l'arrêt *Marie* du 17 février 1995, un véritable revirement de jurisprudence diminuant considérablement le champ d'application des mesures d'ordre intérieur[2011]. La Haute juridiction a posé « *le principe selon lequel le juge peut déterminer si la décision peut faire l'objet, devant lui, d'un recours en annulation, en fonction de la nature et de la gravité de la mesure, notamment de ses incidences concrètes sur la situation du détenu* ». La recevabilité d'un recours dirigé contre une sanction disciplinaire est appréciée au regard du double critère de la nature et de la gravité de la mesure. Dans l'affaire *Marie*, la sanction disciplinaire infligée à la personne détenue emportait des conséquences négatives sur sa situation en raison de son placement en cellule disciplinaire. Cette mesure consiste à placer la personne détenue seule en cellule du quartier disciplinaire et engendrait une privation de cantine et de visite, une restriction de la correspondance mais aussi des conséquences sur l'octroi de réductions de peines[2012]. De ce fait, eu égard à la gravité des effets de la sanction disciplinaire sur la situation juridique de la personne détenue et sur ses conditions de détention, la Haute juridiction a admis la recevabilité de la requête dirigée contre la sanction disciplinaire et a annulé la mesure prise par l'administration

[2010] CE, 15 janv. 1992, *Cherbonnel*, req. n° 97149, Lebon 19.
[2011] CE, 17 février 1995, *Marie*, req. n° 97754, Lebon 85.
[2012] D'après Alvaro Gil-Robles, Commissaire aux Droits de l'Homme, « *tradition de la vie carcérale, la cantine permet aux détenus d'acheter, sur leur pécule, divers produits pour améliorer leur ordinaire* ».

pénitentiaire[2013]. Il est à préciser que la personne détenue s'était vue infliger une sanction disciplinaire au motif qu'elle avait adressé une lettre au chef du service de l'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) pour se plaindre du fonctionnement du service médical de l'établissement pénitentiaire. Si la lettre énonçait des critiques dans des termes peu mesurés, elle ne contenait ni outrage, ni menace, ni imputation pouvant être qualifiés de calomnieux. Le Conseil d'État a ainsi jugé que, en prenant la décision de mise en cellule disciplinaire, le directeur de l'établissement pénitentiaire s'est fondé sur des faits qui ne sont pas de nature à justifier une sanction.

Examinée au cas par cas, la recevabilité du recours en annulation contre une décision de l'administration pénitentiaire dépend ainsi des incidences réelles de cette décision sur la situation juridique de la personne détenue et sur ses conditions matérielles de détention. Selon le commissaire du gouvernement Patrick Frydman, dans ses conclusions sur l'arrêt *Marie* : les mesures susceptibles de recours devraient être définies « *comme celles qui entraîneraient soit une atteinte sensible à des libertés ou droits protégés – critère qui intégrerait, d'ailleurs notamment, l'éventuelle aggravation sensible des conditions de vie de la personne punie –, soit une atteinte substantielle à la situation statutaire ou administrative de l'intéressé* ».

À la suite de l'arrêt *Marie*, plusieurs décisions rendues par le juge administratif ont conforté cette évolution jurisprudentielle. Le juge a notamment accepté de contrôler une mesure par laquelle le directeur d'un centre de détention a déterminé les conditions dans lesquelles les personnes détenues peuvent acquérir du matériel informatique[2014] mais aussi une mesure de mise à l'isolement d'une personne détenue[2015]. Ces solutions se sont ainsi insérées dans l'évolution générale de la jurisprudence qui restreint progressivement la catégorie des mesures d'ordre intérieur en matière pénitentiaire. Pour autant, le Conseil d'État n'a pas abandonné cette notion de mesure d'ordre intérieur. Les mesures qui ne présentaient pas de caractère disciplinaire mais aussi les sanctions disciplinaires les moins graves et adéquates n'ont pas cessé d'être qualifiées de mesures d'ordre intérieur. En ce sens, le Conseil d'État a retenu, quelques mois après l'arrêt *Marie*, que la décision d'isolement d'une personne

[2013] Le même jour, le Conseil d'État a admis la recevabilité de la requête d'un militaire contre une sanction disciplinaire prononcée à son encontre. V. CE, 17 février 1995, req n° 107766, *Hardouin*, Lebon 82.
[2014] CE, 18 mars 1998, *Druelle*, req. n° 191360, Lebon 98.
[2015] CE, 30 juillet 2003, *Garde des sceaux c/ M. Remli*, req. n° 252712, Lebon 366.

détenue n'aggravant pas les conditions de détention et n'exerçant aucune influence sur la situation juridique de l'intéressée n'était pas susceptible de recours[2016].

b. À la jurisprudence Boussouar, Payet, et Planchenault du 14 décembre 2007

335. Une justiciabilité des décisions administratives prises à l'égard des personnes détenues : un double critère confirmé mais apprécié par catégories de décisions. Par trois arrêts du 14 décembre 2007, le Conseil d'État a élargi le champ des décisions susceptibles de recours ce qui a renforcé le contrôle croissant du juge administratif sur l'administration pénitentiaire[2017]. « *Une position de principe visant à fixer un cadre d'analyse pour l'examen de la légalité des actes administratifs unilatéraux de l'administration pénitentiaire* » a alors été adoptée[2018]. Conformément à la jurisprudence *Marie,* la nature de l'acte et la gravité de ses effets sur la situation des personnes détenues doivent être examinées afin de déterminer si une décision de l'administration pénitentiaire constitue un acte administratif susceptible de recours pour excès de pouvoir. Le double critère de justiciabilité, dégagé dans l'arrêt *Marie*, est donc confirmé. Dès lors, les personnes détenues doivent qualifier avec précision la nature mais aussi les effets des décisions de l'administration sur leur situation juridique pour en contester la légalité[2019]. Jean-Marc Sauvé, Vice-Président du Conseil d'État, a précisé que « *le critère de la nature recouvre trois séries d'éléments : son objet, son caractère (disciplinaire ? civil ? conservatoire ?) et son statut juridique. Le critère des effets renvoie aux conséquences que la décision est susceptible d'entrainer. Celles-ci doivent être appréciées, compte tenu de leur gravité, tant sur le plan juridique que sur le plan matériel, ce qui renvoie aux conditions concrètes de détention* »[2020].

Dans l'affaire *Boussouar*, la Haute juridiction a jugé « *qu'en se fondant exclusivement sur l'existence et le contenu des dispositions législatives et réglementaires précitées relatives*

[2016] CE, 28 février 1996, *Fauqueux,* req. n° 106582, Lebon 52.
[2017] CE, 14 décembre 2007, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/ Boussouar,* req. n° 290730 ; *Payet,* req. n° 306432, Lebon 498 ; *Planchenault,* req. n° 290420, Lebon 475.
[2018] PÉCHILLON É., « L'activité des établissements pénitentiaires soumise à un contrôle plus rigoureux du juge administratif », *AJ Pénal* 2008, p. 100.
[2019] Ces critères de la nature et des effets de mesure sur la situation de la personne détenue sont complémentaires et non cumulatifs. V. CE, 14 décembre 2007, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/ Boussouar, req. n°* 290730.
[2020] SAUVÉ J.-M., « Le contrôle de l'administration pénitentiaire par le juge administratif », Institut d'études judiciaires de l'Université de Lille II, 2008 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-controle-de-ladministration-penitentiaire-par-le-juge-administratif.html

aux changements d'affectation des détenus, pour en déduire, sans s'attacher à en apprécier la nature et les effets, qu'une telle mesure peut être contestée par la voie du recours pour excès de pouvoir, la cour administrative d'appel de Paris a entaché son arrêt d'une erreur de droit ». En l'espèce, il était question du transfert d'une personne détenue de la maison centrale de Saint-Maur à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. Eu égard aux conditions de détention plus strictes dans les maisons d'arrêts, ce transfert a engendré une dégradation des conditions de détention. Par conséquent, du fait de sa nature et de l'importance de ses effets sur la situation des personnes détenues, la décision de changement d'affectation d'une maison centrale à une maison d'arrêt constitue un acte administratif susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir et non une mesure d'ordre intérieur. Cependant, le Conseil d'État a précisé dans cette affaire qu'il en va toutefois autrement des décisions d'affectation consécutives à une condamnation, des décisions de changement d'affectation d'une maison d'arrêt à un établissement pour peines ainsi que des décisions de changement d'affectation entre établissements de même nature, sous réserve que ne soient pas en cause des libertés et des droits fondamentaux des personnes détenues.

Dans l'affaire *Payet*, le Conseil d'État a jugé « *qu'il est constant que M. Payet a fait l'objet de vingt-trois changements d'affectation, entre des maisons d'arrêt réparties sur l'ensemble du territoire national, depuis sa réincarcération le 9 mai 2003 ; que, par suite, l'ensemble de ces éléments révèle qu'une décision soumettant M. Payet à des rotations de sécurité a bien été prise ; qu'une telle décision, qui institue un régime de détention spécifique, ne constitue pas une mesure d'ordre intérieur mais une décision administrative susceptible de recours pour excès de pouvoir* ».

Dans l'affaire *Planchenault*, le Conseil d'État a jugé qu'« *eu égard à sa nature et à l'importance de ses effets sur la situation des détenus, une décision de déclassement d'emploi constitue un acte administratif susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir ; qu'il en va autrement des refus opposés à une demande d'emploi ainsi que des décisions de classement, sous réserve que ne soient pas en cause des libertés et des droits fondamentaux des détenus* ». En effet, le travail auquel les personnes détenues peuvent prétendre constitue pour eux non seulement une source de revenus mais encore un mode de meilleure insertion dans la vie collective de l'établissement, tout en leur permettant de faire valoir des capacités de réinsertion. Un déclassement d'emploi ne constitue donc pas une mesure d'ordre intérieur mais une décision administrative susceptible de recours.

Ainsi, depuis les arrêts *Payet* et *Planchenault*, la recevabilité des mesures prises par l'administration pénitentiaire est examinée, non plus décision par décision, mais par catégories de décisions. La Haute juridiction a ainsi établi une grille des décisions prises par l'administration pénitentiaire. Dans le prolongement de cette jurisprudence, le Conseil a jugé que sont des mesures susceptibles de recours pour excès de pouvoir, les décisions relatives aux fouilles corporelles intégrales des personnes détenues lors d'extraction judiciaire[2021], les décisions de placement[2022] ou de maintien[2023] à l'isolement, d'inscription[2024] ou de maintien[2025] sur le répertoire des personnes détenues particulièrement signalées mais aussi les décisions relatives aux modalités essentielles de l'organisation des visites aux personnes détenues[2026]. Le domaine des mesures d'ordre intérieur a alors connu un nouveau rétrécissement. Le Conseil d'État a, dans un arrêt du 28 mars 2011[2027], apporté une nouvelle restriction au champ des mesures d'ordre intérieur en milieu carcéral[2028]. En l'espèce, un détenu a formé un recours devant le juge de l'excès de pouvoir contre la décision adoptée par le directeur du centre de détention de Nantes le soumettant à un régime différencié dans un secteur de détention dit « portes fermées ». Après avoir reconnu qu'elle faisait grief, les juges du fond ont annulé la mesure contestée. La Haute juridiction a considéré qu' « *à la différence des autres détenus,* [les détenus soumis à un tel régime différencié] *ne disposent pas des clés de leur cellule, dans laquelle ils doivent prendre leurs repas et où ils sont en principe enfermés seuls ; que les activités culturelles et d'enseignement sont accomplies au sein même de l'unité de vie et qu'ils ne peuvent accéder à la bibliothèque que sur un créneau horaire réservé* ». Eu égard à la nature et à ses effets sur les conditions de détention de la personne détenue, le juge de l'excès de pouvoir a estimé que « *la décision par laquelle un détenu est placé en " régime différencié " pour être affecté à un secteur dit " portes fermées ", alors même qu'elle n'affecte pas ses droits d'accès à une formation professionnelle, à un travail rémunéré, aux activités physiques et sportives et à la promenade* », est susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Le Conseil d'État a ensuite, dans un arrêt du 21 mai 2014[2029], jugé que toutes les sanctions disciplinaires infligées aux personnes détenues,

[2021] CE, 14 novembre 2008, *El Shennawy*, req. n° 315622.
[2022] CE, 17 décembre 2008, *Section française de l'O.I.P.,* req. n° 293786.
[2023] CE, 26 juillet 2011, req. n° 317547.
[2024] CE, 30 novembre 2009, req. n° 318589.
[2025] CE, 28 décembre 2009, *Alboreo*, req. n° 328768.
[2026] CE, 26 novembre 2010, *Bompard*, req. n° 329564.
[2027] CE, 28 mars 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ M. Bennay*, req. n° 316977.
[2028] DUBREUIL C.-A., « Nouvelle restriction du champ des mesures d'ordre intérieur en milieu carcéral », note sous CE 28 mars 2011, req. n° 316977, *JCP G* 2011, p. 701.
[2029] CE, 21 mai 2014, req. n°. 354672.

y compris les sanctions d'avertissement, sont susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir[2030]. La Haute juridiction a également précisé que les sanctions infligées aux personnes détenues relèvent toujours du contentieux de l'excès de pouvoir, précision qu'elle avait déjà faite dans un arrêt du 4 février 2013[2031].

c. Et à la jurisprudence Rogier du 9 avril 2008

336. Une justiciabilité des décisions administratives soumise à l'exigence de protection des libertés et droits fondamentaux. Le Conseil d'État a énoncé, dans l'arrêt *Rogier*[2032], que les changements d'affectation d'une maison d'arrêt à un établissement pour peines ainsi que les changements d'affectation entre établissements de même nature ne sont pas des décisions susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir, sous réserve que ne soient pas en cause des libertés et des droits fondamentaux des personnes détenues. Dans cette affaire, le requérant avait soulevé l'incompatibilité de son état de santé avec son changement d'affectation en établissement pour peines. De même, il avait invoqué que sa détention en établissement pour peines constituait un traitement inhumain et dégradant au regard de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Or, il n'a pas démontré que ce changement d'affectation l'empêchait d'avoir accès aux soins nécessités par son état de santé, « *dès lors notamment qu'il est constant que le centre hospitalier universitaire de Caen, au sein duquel sera assuré son suivi médical, dispose d'un service adapté à sa pathologie et d'une unité hospitalière de sécurité interrégionale* ». Dans ces conditions, en l'absence d'une atteinte à un droit ou une liberté fondamentale de la personne détenue, le Conseil d'État a jugé que la décision de changement d'affectation apparaissait comme une mesure d'ordre intérieur et donc, insusceptible de recours. Pour autant, selon le Conseil d'État, il en va autrement pour la décision de changement d'affectation d'une maison centrale, établissement pour peines, à une maison d'arrêt. Cette décision est en effet susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir.

[2030] Pour aller plus loin : GUYOMAR M., « Les sanctions d'avertissement infligées aux détenus sont susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir », note sous CE, 21 mai 2014, req. n° 354672, *Gaz. pal.* 2014, p. 176-177 ; TOUZEIL-DIVINA M., « Des sanctions disciplinaires en prison : des mesures d'ordre (de moins en moins) intérieur, note sous CE, 21 mai 2014, req. n° 354672, *JCP G* 2014, p. 1124.

[2031] CE, 4 février 2013, req. n° 344266. V. DE MONTECLER, M.-C., « L'étoile du recours pour excès de pouvoir brille encore sur les sanctions infligées aux détenus », *Dalloz actualité*, 16 février 2013 ; EVEILLARD G., « Sanctions prises à l'encontre des détenus : le contrôle reste minimal », *Dr. adm.* 2013, p. 42-44.

[2032] CE, 9 avril 2008, *Rogier*, req. n° 308221. V. aussi, CE, 13 novembre 2013, req. n° 355742 et 355817.

En somme, même si elles revêtent la qualité de mesures d'ordre intérieur, les décisions prises par l'administration pénitentiaire peuvent être contestées devant le juge administratif, si elles portent, par leur nature et l'importance de leurs effets, atteinte à une liberté ou un droit fondamental de la personne détenue. Ainsi, « *la qualification de mesure d'ordre intérieur n'est jamais qu'une présomption réfragable, c'est-à-dire que le juge peut écarter chaque fois que l'exige la protection des libertés et droits fondamentaux* »[2033]. Néanmoins, si certaines décisions de l'administration pénitentiaire appartiennent toujours à la catégorie des mesures d'ordre intérieur, le juge administratif cherche à garantir un équilibre entre les impératifs pénitentiaires et la protection des droits fondamentaux de la personne détenue. L'étendue du contrôle du juge administratif sur l'activité de l'administration pénitentiaire qui découle de cet équilibre a permis d'assurer une meilleure effectivité des droits reconnus aux personnes détenues et ce, notamment en matière de santé. Des recours pour excès de pouvoir ont notamment été introduits pour contester les instructions données par l'administration pénitentiaire relatives à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale[2034] mais aussi pour contester un changement d'affectation non adapté à l'état de santé d'une personne détenue[2035]. Toutefois, le Conseil d'État a rappelé que ces décisions, considérées comme des mesures d'ordre intérieur, ne peuvent être contestées devant les juridictions administratives que si elles portent atteinte à une liberté ou un droit fondamental[2036]. Et il convient de rappeler que le droit à la protection de la santé n'est pas reconnu par le Conseil d'État comme un droit ou une liberté fondamentale[2037].

Le contrôle du juge administratif sur l'activité de l'administration pénitentiaire dont le champ a fortement été étendu, s'est par ailleurs considérablement intensifié et ce, par un renforcement de son degré de contrôle.

[2033] CONSEIL D'ÉTAT, « *L'administration pénitentiaire et le juge administratif* », Dossier thématique, août 2014, p. 3 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Etudes-Publications/Dossiers-thematiques/L-administration-penitentiaire-et-le-juge-administratif

[2034] CE, 15 octobre 2007, *Duval*, req. n° 281131 ; CE, 30 mars 2005, req. n° 276017.

[2035] CE, 9 avril 2008, *Rogier*, req. n° 308221.

[2036] CE, 13 novembre 2013, *M. A.*, req. n° 338720 (droit au respect d'une vie privée et familiale).

[2037] CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ Bunel*, req. n° 284803.

B. Un contrôle juridictionnel intensifié

337. D'un contrôle restreint. Le contrôle du juge administratif sur la qualification juridique des faits revêt un degré d'intensité variable. Le juge a longtemps exercé un contrôle restreint sur les décisions prises par l'administration à l'égard des personnes détenues. D'après le Professeur René Chapus, « *on peut dire qu'il* [le contrôle] *est restreint dans l'hypothèse où la décision dont il s'agit d'apprécier la légalité a été prise dans l'exercice du pouvoir discrétionnaire* [[2038]], *c'est-à-dire quand doit être appréciée la légalité de la décision que l'administration a choisie comme la plus opportune* »[2039]. Dans le cadre de ce contrôle restreint, le juge vérifiait alors l'exactitude matérielle des faits, l'absence d'erreur de droit ou d'erreur manifeste d'appréciation ou de détournement de pouvoir[2040]. « *Censurer une décision pour cause d'erreur manifeste d'appréciation, c'est la censurer parce que, manifestement, les faits ne sont pas de nature à la justifier juridiquement* »[2041]. Le contrôle de l'erreur manifeste d'appréciation consistait pour le juge à censurer les erreurs particulièrement grossières et flagrantes[2042].

338. À un plein contrôle de nécessité et de proportionnalité. Les juridictions administratives exercent désormais un plein contrôle de nécessité et de proportionnalité sur les mesures prises par l'administration pénitentiaire à l'égard des personnes détenues. Selon le Professeur René Chapus, « *aux avantages d'une décision sont confrontés ses inconvénients ; ou, en d'autres termes, ses effets positifs attendus sont confrontés à ses retombées négatives. Et c'est seulement si les premiers l'emportent sur les secondes – c'est-à-dire, si le bilan est positif – que les faits dont la décision procède seront reconnus comme de nature à la justifier juridiquement* »[2043]. Il ajoute ensuite : « *C'est dire que la décision ne sera légale que si elle est adéquatement proportionnée aux faits. C'est dire, par là même, que le caractère excessif (et non pas seulement "manifestement" excessif) de la décision emporte son illégalité* »[2044].

[2038] Par opposition à la compétence liée, situation dans laquelle se trouve l'autorité administrative quand aucune possibilité de choix ne lui est ouverte. V. CHAPUS R., *Droit administratif général*, 15e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2001, p. 1058-1960.
[2039] CHAPUS R., *Droit administratif général*, *op. cit.*, p. 1061.
[2040] Par ex. : CE, 25 avril 1980, *Institut technique de Dunkerque*, req. n° 15244, cité par CHAPUS R., *Droit administratif général*, *op. cit. op. cit.*, p. 1061.
[2041] *Ibidem*., p. 1066.
[2042] CE, 13 novembre 1970, *Lambert*, req. n° 76016.
[2043] CHAPUS R., *Droit administratif général*, *op. cit.*, p. 1074.
[2044] *Ibidem*.

Dans un arrêt du 14 novembre 2008[2045], le Conseil d'État a en effet jugé que « *si les nécessités de l'ordre public et les contraintes du service public pénitentiaire peuvent légitimer l'application à un détenu d'un régime de fouilles corporelles intégrales répétées, c'est à la double condition, d'une part, que le recours à ces fouilles intégrales soit justifié, notamment, par l'existence de suspicions fondées sur le comportement du détenu, ses agissements antérieurs ou les circonstances de ses contacts avec des tiers et, d'autre part, qu'elles se déroulent dans des conditions et selon des modalités strictement et exclusivement adaptées à ces nécessités et ces contraintes ; qu'il appartient ainsi à l'administration de justifier de la nécessité de ces opérations de fouille et de la proportionnalité des modalités retenues* ». La Haute juridiction a par ailleurs décidé que les décisions de placer, soit en urgence et de manière provisoire, soit à titre préventif, une personne détenue à l'isolement ne peuvent intervenir que si elles sont strictement nécessaires pour assurer la sécurité de l'établissement pénitentiaire ou des personnes[2046].

Et le contrôle du juge sur les sanctions disciplinaires prononcées à l'encontre des personnes détenues est-il resté restreint? [2047] Dans un premier temps, le juge vérifiait l'absence d'erreur manifeste d'appréciation dans le prononcé de telle ou telle sanction disciplinaire. Mais, dans le domaine des sanctions disciplinaires infligées aux fonctionnaires, le Conseil d'État a opté, dans un arrêt du 13 novembre 2013, pour un plein contrôle de proportionnalité et de nécessité des mesures prises par l'administration en précisant qu' « *il appartient au juge de l'excès de pouvoir* […] *de rechercher si les faits reprochés à un agent public ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire constituent des fautes de nature à justifier une sanction et si la sanction retenue est proportionnée à la gravité de ces fautes* » [2048]. Ainsi, dans un second temps, le Conseil d'État a finalement retenu, dans un arrêt du 1er juin 2015, *M. Boromée*, qu'« […] *il appartient au juge de l'excès de pouvoir, saisi de moyens en ce sens, de rechercher si les faits reprochés à un détenu ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire constituent des fautes de nature à justifier une sanction et si la sanction retenue est*

[2045] CE, 14 novembre 2008, req. n° 315622, Lebon 417.
[2046] CE, 17 décembre 2008, *Section française de l'O.I.P.,* req. n° 293786.
[2047] Par ex. : CE, 23 avril 2014, req. n° 378085 ; CE, 26 juillet 2011, req. n° 328535 ; CE, 20 mai 2011, req. n° 326084.
[2048] CE, 13 novembre 2013, req. n° 347704. V. ROLIN F. « L'abandon du contrôle restreint pour les sanctions infligées aux fonctionnaires : une solution politiquement correcte mais juridiquement insuffisante », note sous CE, 13 novembre 2013, *M. D.*, req. n° 347704, *Dalloz actualité,* 10 décembre 2013 ; BRETONNEAU A., LESSI J., « Sanctions infligées aux agents publics : M. Lebon sort du Recueil », note sous CE, 13 novembre 2013, *M. D.*, req. n° 347704, *AJDA* 2013, p. 2432.

proportionnée à la gravité de ces fautes »[2049]. Le juge administratif doit vérifier le choix des sanctions disciplinaires décidées par l'administration pénitentiaire. En somme, le juge administratif exerce désormais un contrôle de proportionnalité sur l'activité de l'administration pénitentiaire. Cet approfondissement du contrôle opéré par le juge a ainsi permis d'assurer une meilleure protection des droits reconnus aux personnes détenues et notamment en matière de santé. Le juge administratif veille à ce que les personnes détenues bénéficient non seulement d'une prise en charge médicale conforme à leur état de santé mais aussi de conditions de détention adaptées à cet état.

Le renforcement de l'étendue et de l'intensité du contrôle exercé par le juge administratif permet de garantir une certaine effectivité des droits reconnus aux personnes détenues en matière de santé. Les personnes détenues doivent pouvoir jouir de leurs droits de manière effective. Cependant, le recours au juge de l'excès de pouvoir est contrarié par des délais de traitements particulièrement longs mais aussi par son caractère non suspensif. De fait, les procédures de référé permettent au juge d'apporter une solution à un litige dans un délai très court. En outre, afin d'obtenir la réparation du préjudice subi en raison de conditions de détention particulièrement inadaptées à leur état de santé, les personnes détenues peuvent alors former un recours en responsabilité.

§2. La réparation du préjudice subi par la personne détenue

339. L'engagement des responsabilités administratives. Dans le cadre du contentieux de pleine juridiction (ou « de plein contentieux »), « *le juge administratif, expose Laferrière, y exerce les pouvoirs les plus larges, statuant entre l'administration et les requérants comme les tribunaux judiciaires le font entre leurs justiciables, et notamment en prononçant des condamnations pécuniaires* »[2050]. En ce sens, le recours de pleine juridiction est un recours juridictionnel qui permet au requérant de demander au juge administratif non seulement d'annuler mais aussi de modifier ou substituer la décision contestée, ainsi que de lui allouer des dommages et intérêts. Il existe une grande variété de recours de pleine juridiction, parmi

[2049] CE, 1er juin 2015, *M. Boromée*, req. n° 380449. V. BRETONNEAU A., « Le plein contrôle disciplinaire franchit le seuil des prisons », note sous CE, 1er juin 2015, n° 380449, *AJDA* 2015, p. 1596.
[2050] LAFERRIÈRE E., *Traité de la jurisprudence administrative et des recours contentieux* (Tome second), 2e éd., Paris, Berger-Levrault et Cie, 1896 cité par CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif*, 13e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2008, p. 209.

lesquels figure le contentieux de la responsabilité[2051]. Comme le souligne le Président honoraire de la section contentieux du Conseil d'État, Daniel Labetoulle, le contentieux de la responsabilité en matière pénitentiaire présente deux facettes : la responsabilité à l'égard des tiers du fait des agissements commis par les personnes détenues et la responsabilité à l'égard des personnes détenues en tant qu'usagers du service pénitentiaire[2052]. Conformément à la seconde hypothèse, la personne détenue dispose d'un véritable droit à réparation. Eu égard au sujet de cette étude tenant aux droits des personnes détenues en matière de santé, notre attention est portée, dans les développements suivants, sur les actions en responsabilité qu'une personne détenue est susceptible d'engager pour demander réparation du ou des préjudices qu'il a subis. Il convient brièvement de préciser que la recevabilité des actions en responsabilité ouvertes aux personnes détenues est conditionnée par l'existence d'un ou plusieurs préjudices mais également d'un lien de causalité entre le préjudice et le fait générateur caractérisé.

Usager du service pénitentiaire, la personne détenue est aussi un usager du service public hospitalier. Elle est de fait doublement usager. L'usager est « *celui qui a recours à un service public ou utilise le domaine ou un ouvrage public* »[2053]. En ayant recours au service public pénitentiaire et au service public hospitalier, la personne détenue dispose de certains droits mais elle est également tenue de satisfaire certaines obligations à l'égard de ces administrations. Et si la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires peut être engagée, la responsabilité de l'établissement de santé du fait des personnels de santé est également susceptible d'être engagée à l'égard des patients détenus. Dans certains cas, l'État et l'établissement de santé peuvent même voir leurs responsabilités engagées conjointement.

A. La responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires

340. Une responsabilité pour faute. La responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires à l'égard des personnes détenues est subordonnée à l'existence d'une faute.

[2051] NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ U., « Le juge administratif et la prise en charge médicale des détenus par les établissements pénitentiaires », *RDP* 2015, p. 1281-1306.
[2052] LABETOULLE D., « *Regard du juge administratif* » in PAULIAT H., NÉGRON E., BERTHIER L.[dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 101.
[2053] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Usager.

Dès le XIXe siècle, la jurisprudence administrative a opéré une distinction entre la faute de service et la faute personnelle des agents publics. Le Commissaire du gouvernement Edouard Laferrière a développé dans ses conclusions à propos de l'affaire *Laumonnier-Carriol,* qu'une faute de service est commise, si l'acte dommageable est « *impersonnel,* [et qu'il] *révèle un administrateur plus ou moins sujet à erreur* » tandis que la faute personnelle dévoile « *l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences* » [2054]. L'agent public qui commet une faute de service engage la responsabilité de l'administration devant les juridictions administratives. Celui qui commet une faute personnelle engage sa responsabilité devant les juridictions de l'ordre judiciaire. La jurisprudence a d'abord défini la notion de faute personnelle comme une faute détachable du service en raison de son caractère intentionnel ou d'une extrême gravité. Puis, le Conseil d'État a élargi la notion de faute personnelle en retenant que la responsabilité de l'administration pouvait être engagée en raison du lien entre la faute personnelle et le service, lorsque les fautes ont été commises « *avec des moyens du service* »[2055] ou « *en raison de facilités procurées par le service* »[2056]. Un double recours est alors offert à la victime. La responsabilité de l'agent peut être mise en cause devant les tribunaux de l'ordre judiciaire et celle de l'administration devant la juridiction administrative[2057]. Par conséquent, trois catégories de fautes apparaissent, soit la faute personnelle dépourvue de tout lien avec le service engageant la seule responsabilité de l'agent, soit la faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service engageant la responsabilité de l'agent et celle de l'administration, soit la faute de service dont l'administration répond.

[2054] T. confl., 5 mai 1877, Lebon 437.
[2055] CE, 23 décembre 1987, *Époux Bachelier,* Lebon 431.
[2056] CE, 18 novembre 1988, *Ministre de la défense c/ Époux Raszewski,* Lebon 416.
[2057] Dans cette hypothèse, l'administration peut intenter une action récursoire contre l'agent ayant causé, par une faute personnelle, un préjudice à la collectivité (CE, 28 juillet 1951, req. n° 01074, *Laruelle,* Lebon 464). Quant à l'agent public, il peut agir contre l'administration, s'il a payé l'intégralité des indemnités versées à la victime alors que le dommage résultait d'une faute personnelle et d'une faute de service (CE, 28 juillet 1951, *Delville,* req. n° 04032, Lebon 464). Les contributions sont évaluées en fonction de la part contributive de chacune des fautes. Le statut général des fonctionnaires oblige par ailleurs, l'administration à couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre lui, en l'absence de faute personnelle détachable du service (Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF du 14 juillet 1983 p. 2174, article 11).

1) Une responsabilité publique traditionnellement limitée

341. L'exigence originelle d'une faute manifeste et d'une particulière gravité. En 1918, le principe de la responsabilité étatique du fait des services pénitentiaires a été affirmé et reconnu formellement dans deux arrêts du Conseil d'État, les arrêts *Mineurs Zulemaro* et *Duchesne*[2058]. Mais toute faute ne suffisait pas à mettre en jeu la responsabilité de l'État. La preuve d' « *une faute manifeste et d'une particulière gravité* » devait en effet être rapportée. L'exigence de cette faute a été réaffirmée par la jurisprudence dite « *des veuves* »[2059]. L'État était alors susceptible de voir sa responsabilité engagée uniquement pour des actes particulièrement et exceptionnellement graves. Mais cette exigence de « *faute manifeste et d'une particulière gravité* » a progressivement cédé sa place à l'exigence d'une faute lourde permettant ainsi d'améliorer quelque peu la situation des victimes, en l'occurrence les personnes détenues et leurs ayants droits[2060].

342. L'hégémonie de la faute lourde en matière de responsabilité publique. La notion de faute lourde fait référence à « *une faute grossière, d'une gravité si évidente qu'elle s'imposerait comme telle, même aux yeux d'un observateur peu averti des règles de fonctionnement de l'administration. Mais, même ainsi dégrossie, elle paraît plus intuitivement perceptible que véritablement objectivable* »[2061]. La responsabilité étatique ne pouvait alors être engagée que si l'existence d'une faute lourde était démontrée. Or, cette preuve était difficilement démontrable. La mission de maintien de l'ordre et de la sécurité qui incombe à l'administration pénitentiaire justifiait la marge de manœuvre qui lui était laissée quant à son organisation et constituait donc un moyen de limitation de la responsabilité de l'État. Cette exigence de la faute lourde avait certes pour effet de limiter les possibilités d'engagement de la responsabilité de l'État mais ne signifiait pas pour autant que l'État était irresponsable.

[2058] CE, 4 janvier 1918, *Mineurs Zulemaro*, Lebon 9 ; CE, 4 janvier 1918, *Duchesne*, Lebon 10.
[2059] CE, 9 avril 1948, *Dame Veuve Ciais*, Lebon 156 ; CE, 30 avril 1948, *Dame Veuve Bernard*, Lebon 47 ; CE, 10 novembre 1950, *Dame Veuve Desjardins*, Lebon 549 ; CE, 23 novembre 1951, *Dame Veuve Gene*, Lebon 554 ; CE, 13 février 1952, *Dame Veuve Labat*, Lebon 107.
[2060] CE, 20 juin 1951, *Hilaire-Darigrand*, Lebon 357 ; CE, 24 octobre 1952, *Laurent*, Lebon 458 ; CE, 3 octobre 1958, *Rakotoarinovy*, Lebon 470.
[2061] ALBERT N., « L'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire », *AJDA* 2004, p. 157.

Dans un arrêt du 14 novembre 1973[2062], le Conseil d'État a jugé à propos de l'isolement d'une personne détenue dont les tendances suicidaires étaient connues, que « *compte tenu du comportement passé de l'intéressé, des conditions dans lesquelles il avait commis le délit qui avait provoqué son incarcération, de son état anxieux, la circonstance que le sieur Z... a été regardé comme peu dangereux, laissé sans traitement particulier pendant plusieurs semaines sans qu'ait été prise aucune précaution contre le risque de suicide* alors *que les tentatives antérieures de l'intéressé en montraient la gravité, a constitué de la part des services médicaux de la prison une faute lourde de nature à engager la responsabilité de l'État* ». La faute lourde pouvait aussi découler d'une faute de surveillance du personnel pénitentiaire. Dans un arrêt du 16 novembre 1988[2063], le Conseil d'État a jugé « *qu'il est constant que deux surveillants ont aperçu, au cours d'une ronde* […] *M. X... étendu inanimé à même le sol de sa cellule ; qu'ils ont, selon leurs dires, vainement tenté de le réveiller et, après cet échec, se sont bornés à le replacer sur son matelas sans prendre aucune mesure de surveillance complémentaire et, notamment, sans aviser de ces circonstances leurs supérieurs hiérarchiques ou le service médical ; que les époux X... soutiennent à bon droit que ce comportement révèle une faute lourde du service pénitentiaire, compte tenu des affections psychiques que présentait M. Robert X... et pour lesquelles il faisait l'objet d'une surveillance et de soins particuliers de la part du service médico-psychologique de l'établissement* »[2064].

Ainsi, si la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires pouvait être engagée par les personnes détenues, elle n'en demeurait pas moins limitée. Par la suite, l'exigence de cette faute lourde s'est peu à peu atténuée.

2) Une responsabilité publique assurément affirmée

343. Un abandon progressif du critère de la faute lourde. L'existence d'une faute lourde s'était révélée ne plus être la seule cause d'engagement de la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires. La jurisprudence avait en effet dégagé des cas d'application de la

[2062] CE, 14 novembre 1973, *Ministère de la justice c/ Dame Zanzi*, req. n° 86752, Lebon 645. V. CE, 13 décembre 1981, *Garde des Sceaux, Ministre de la Justice*, req. n° 0244179 ; CE, 28 octobre 1983, *Garde des Sceaux c/ Mme Fermandez*, req. n° 44268. V. aussi, TA Lyon, 6 mars 1980, *Époux Jaspard* ; TA Paris, 3 novembre 1982, *Oberto* ; CAA Nantes, 26 juillet 1991, *Consorts Onno*, req. n° 89NT00852.
[2063] CE, 16 novembre 1988, *Époux Dévillier*, req. n° 68224, Lebon 408.
[2064] *Ibidem*. V. CAA Nantes, 22 février 1989, *Consorts Mingot*, req. n° 89NT00010, Lebon T. 919 ; TA Rouen, 5 décembre 2001, *Thomas*, req. n° 001105.

faute simple. Ceci ne constituait pas une évolution générale mais simplement des décisions d'espèce. Le fait d'exiger une faute simple pour engager la responsabilité publique a alors permis, non plus seulement de sanctionner un fait grave, mais également de réprimer un manquement aux obligations normales des services publics. Il était même parfois arrivé au juge de condamner l'administration sur la base d'une faute sans en préciser la nature[2065]. Dans d'autres cas, une faute simple suffisait à engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire[2066]. Ces solutions pouvaient s'expliquer par le fait qu'il n'y avait, dans ces cas d'espèce, aucun enjeu relatif au maintien de l'ordre et de la sécurité pénitentiaire. Par conséquent, dès le début des années 2000, le critère de la faute lourde a progressivement cédé la place à la seule exigence d'une faute simple permettant dès lors, aux personnes détenues, de mettre en jeu de manière plus aisée la responsabilité de l'État[2067].

a. De la jurisprudence Chabba du 23 mai 2003

344. Une succession de fautes simples : recul ou abandon du critère de la faute lourde ? La responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires est fondée, non plus sur l'existence d'une faute lourde, mais sur l'existence d'une succession de fautes simples. Cette évolution résulte d'un revirement jurisprudentiel opéré par le Conseil État, en 2003, dans l'arrêt *Chabba*[2068]. Dans cette affaire, la Haute juridiction a considéré l'État responsable d'une succession de fautes, cause directe du décès et l'a condamné à réparer le préjudice causé à la veuve d'une personne détenue suicidée. En l'espèce, la personne détenue ne présentait aucune prédisposition particulière au suicide. Ainsi, si une faute commise par le personnel pénitentiaire a été retenue comme étant à l'origine du décès, elle n'aurait pu, de

[2065] CE, 23 avril 1937, *Cattaruza*, Lebon 430.
[2066] Par ex., CE, 2 juin 1950, *Marly*, Lebon 875 (précautions insuffisantes dans la réalisation de travaux effectués par les personnes détenues) ; TA Versailles, 10 octobre 1997, *Mouesca*, req. n° 955528, Lebon 778 (ouverture de courriers échangés entre une personne détenue et un avocat) ; CAA, Lyon 3 décembre 1998, *Theis*, req. n° 96LY000352 (perte d'objets appartenant au détenu lors d'un transfert).
[2067] V. DE SILVA I., « La rénovation du régime de responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires », *AJDA* 2009, p. 416-421.
[2068] CE, 23 mai 2003, *Mme Chabba*, req. n° 244663, Lebon 240 : « *Considérant que, dans les circonstances particulières de l'espèce, le suicide de M. X doit être regardé comme la conséquence directe d'une succession de fautes imputables au service pénitentiaire qui, en premier lieu, a omis de lui notifier l'ordonnance prolongeant sa détention dans les délais les plus brefs conformément aux prescriptions de l'article 183 du code de procédure pénale dans sa rédaction alors en vigueur, ensuite, s'est abstenu de vérifier immédiatement le bien-fondé des affirmations de M. X qui, à défaut de cette notification, pouvait alors légitimement se croire maintenu en détention sans titre, enfin s'est borné à l'informer de ce que cette vérification serait remise à plus tard sans prendre les mesures de surveillance qu'appelaient les véhémentes protestations de M. X ; qu'ainsi, en jugeant que les faits reprochés au service pénitentiaire étaient dépourvus de lien de causalité directe avec le suicide de M. X, la cour a inexactement qualifié les faits de l'espèce ; que, dès lors, Mme X est fondée à demander l'annulation de l'arrêt attaqué* […] ».

manière certaine, être qualifiée de faute lourde. La responsabilité de l'État n'aurait donc pas forcément été engagée. Ainsi, en se substituant à l'exigence de faute lourde, ce critère de la faute simple permet d'étendre les hypothèses dans lesquelles la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires peut être engagée par les personnes détenues.

Le jugement du tribunal administratif de Rouen du 17 septembre 2004 est la première décision d'instance à condamner l'État au titre d'une succession de fautes qui a pour conséquence directe la mort d'une personne détenue[2069]. Dans cette affaire, la personne détenue a mis feu à son matelas et est morte asphyxiée. Son état psychologique (dépressif, suicidaire et incendiaire) était connu du service pénitentiaire. Pourtant, à la suite d'une tentative d'incendie, cette personne détenue a été placée seule en cellule disciplinaire, avec six boîtes d'allumettes. En outre, le système d'aération de la fenêtre, qui ne pouvait être ouvert, était insuffisant pour permettre l'évacuation des fumées. Enfin, le matelas auquel la personne détenue a mis feu était inflammable et sa combustion était susceptible d'entrainer le décès d'une personne en dix minutes. Au vu de ces éléments, le tribunal a reproché une succession de fautes à l'administration pénitentiaire pour retenir sa responsabilité à la suite du décès de cette personne détenue et donc d'indemniser ses ayants droits. Ainsi, en raison de succession de fautes commises par les services pénitentiaires, la responsabilité de l'État a pu être mise en cause à plusieurs reprises dans le cadre du suicide d'une personne détenue et ce, que les services pénitentiaires aient eu ou non connaissance du risque suicidaire[2070]. La responsabilité de l'État a pu aussi être engagée, suite au suicide d'une personne détenue, du fait d'une succession de fautes commises par le personnel pénitentiaire résultant non seulement d'une ceinture laissée à cette personne détenue qui présentait un risque suicidaire connu, mais aussi d'un défaut d'intervention rapide pour la secourir[2071]. Et même, lorsque le placement en détention provisoire a été décidé par l'autorité judiciaire à l'égard d'une personne présentant un risque suicidaire, la responsabilité de l'État a pu être engagée du fait d'un défaut de surveillance adaptée par les services pénitentiaires[2072].

[2069] TA Rouen, 17 septembre 2004, req. n° 0200443.
[2070] CE, 23 mai 2003, *Mme Chabba*, req. n° 244663, Lebon 240 ; TA Marseille, 18 février 2004, req. n° 005869 et n° 013967 ; TA Versailles, 18 mai 2004, *M. et Mme Salah Z*, req. n° 0101135 ; TA Versailles, 22 novembre 2004, req. n° 0401367.
[2071] CAA Nancy, 17 mars 2005, *Sidhoum*, req. n° 00NC00415. V. aussi CAA Nantes, 26 juillet 1991, req. n° 89NT00852 ;
[2072] CAA Marseille, 15 novembre 2004, req. n° 02MA00449.

Cette succession de fautes exigée pour engager la responsabilité de l'État a également pu être caractérisée par l'absence d'intervention rapide d'un surveillant pénitentiaire après la pendaison d'une personne détenue placée en cellule disciplinaire qui présentait un risque suicidaire caractérisé, au vu de ses nombreuses tentatives de suicides antérieures. Ce risque avait d'ailleurs été signalé, quelques semaines auparavant, par le père de cette dernière[2073].

Malgré la multiplication des hypothèses de responsabilité, peut-on parler d'un abandon véritable de la faute lourde comme cause d'engagement de la responsabilité publique en matière pénitentiaire ?[2074] D'une part, dans l'arrêt *Chabba,* le Conseil d'État a restreint son analyse à l'espèce jugée et ce, en employant la formule « *dans les circonstances particulières de l'espèce* ». L'abandon de la faute lourde n'a pas été généralisé à toute la matière pénitentiaire. L'existence d'une succession de fautes devait être démontrée. La faute devait donc être suffisamment caractérisée. Certes plus favorable aux personnes détenues, cette exigence n'en était pas moins contraignante. En effet, la preuve d'un enchaînement de fautes est plus compliquée à démontrer que celle d'une faute unique. D'autre part, les cours administratives d'appel ont maintenu, dans certains arrêts, l'exigence d'une faute lourde. À titre d'exemple, la Cour administrative d'appel de Paris a jugé, dans un arrêt du 12 juin 2006, « *que le tribunal administratif n'a commis aucune erreur d'appréciation en estimant que, dès lors que M. X ne s'était pas signalé par une tendance suicidaire, la faute commise en laissant à sa disposition* […] *des objets potentiellement dangereux pour lui-même* […], *ne constituait pas une faute lourde seule de nature à engager la responsabilité de l'administration* » [2075]. Ainsi, la jurisprudence *Chabba*, n'a pas été, pour certains juges administratifs, généralisée. Pour autant, aucune justification n'a été apportée quant au maintien de l'exigence d'une faute lourde. Les difficultés rencontrées par l'administration dans l'exercice de son activité pourraient être exposées mais cette justification n'apparait ni explicitement ni implicitement dans les arrêts des cours administratives d'appel.

[2073] TA Amiens, 20 juillet 2004, req. n° 0200717 et n° 0200718.
[2074] ALBERT N., « L'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire », *AJDA* 2004, p. 157.
[2075] CAA Paris, 12 juin 2006, *Mialet*, req. n° 03PA03642. V. aussi, CAA Paris, 29 septembre 2003, *Mahdjoub*, req. n° 00PA02317 ; CAA Marseille, 1er mars 2004, *Bensola-Nouri*, req. n° 00MA02328 ; CAA Marseille, 29 mars 2004, *Lebon*, req. n° 01MA02289.

345. La nécessité d'un lien de causalité direct *ratione temporis*[2076]. Dans l'arrêt *Chabba*, le Conseil d'État a estimé que le suicide de la personne détenue devait « *être regardé comme la conséquence directe d'une succession de fautes imputables au service pénitentiaire* ». La responsabilité de l'État, par cette formule, ne pouvait être engagée qu'à raison de cet enchainement de fautes et d'un lien de causalité direct entre celles-ci et le dommage. Cet arrêt a certes annoncé un net recul de l'exigence d'une faute lourde en matière pénitentiaire, mais la preuve de cet enchaînement de fautes est restée très difficile à apporter et ce, notamment en raison du lien de causalité exigé. Dans cette affaire, une action en responsabilité contre l'État a été engagée par la requérante, eu égard aux circonstances dans lesquelles son mari s'était suicidé en détention. Les juges du fond l'ont déboutée de sa demande au motif qu'aucun lien de causalité direct n'existait entre les faits reprochés à l'administration pénitentiaire et le suicide de la personne détenue[2077]. Le Conseil d'État a alors été appelé à se prononcer, non pas sur l'existence du lien de causalité, mais sur son caractère « direct ». Pour apprécier le caractère de ce lien causal, le juge administratif a préféré la théorie de la causalité adéquate à celle de l'équivalence des conditions[2078]. Il s'est alors attaché à rechercher la cause adéquate, cause « *qui, normalement, est de nature à provoquer le dommage considéré* »[2079]. Conformément à la théorie de la causalité adéquate, le lien de causalité est établi dès lors qu'une ou plusieurs fautes, caractérisées par une abstention et/ou une action des services pénitentiaires, ont facilité ou déclenché le suicide de la personne détenue. Dans l'affaire *Chabba*, l'administration pénitentiaire avait commis plusieurs négligences fautives en omettant de notifier à la personne détenue la prolongation de sa détention et en manquant d'agir en conséquence eu égard à l'agitation de cette personne invoquant, à défaut de cette notification, une détention arbitraire. Aussi, pour apprécier le rapport causal, le Conseil d'État a fait appel à un autre élément, l'élément *ratione temporis* qui correspond, en l'espèce, au laps de temps écoulé entre les fautes pénitentiaires et le suicide de la personne détenue. De ce fait, la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires ne peut être engagée que si le dommage est intervenu dans un laps de temps relativement court après la commission des actes fautifs par les services pénitentiaires. En l'espèce, la personne détenue s'était pendue « *quelques minutes* » après que les agents pénitentiaires lui avaient demandé de se calmer,

---

[2076] ALBERT N., « L'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire », *AJDA* 2004, p. 157.
[2077] CAA Paris, 19 juin 2001, req. n° 00PA02988.
[2078] Cette théorie, formulée par un allemand Friedrich Carl Von Buri, en 1885, consiste à considérer tous les événements qui ont conditionné le dommage comme équivalents
[2079] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Causalité.

sans même vérifier le bien-fondé de ses protestations. En raison de ce laps de temps très court, le lien de causalité direct entre les négligences fautives de l'administration pénitentiaire et le suicide de la personne détenue, était par conséquent caractérisé.

L'exigence d'un lien de causalité direct, entre le préjudice subi par la personne détenue et la faute commise par le service pénitentiaire, est depuis reprise par les juges du fond[2080].

b. À la jurisprudence Delorme du 9 juillet 2007

346. Une faute unique du service public pénitentiaire[2081]. Par l'arrêt *Delorme* du 9 juillet 2007, le Conseil d'État a posé un principe selon lequel « *la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires en cas de dommage résultant du suicide d'un détenu, même mineur, peut être recherchée seulement en cas de faute* » [2082]. En ce sens, le Conseil d'État a admis, pour la première fois, l'exigence d'une faute, et non d'une succession de fautes, pour engager la responsabilité de l'État suite au suicide d'une personne détenue. En l'espèce, la seule et unique faute identifiée par la Haute juridiction a relevé d'un défaut de surveillance par le personnel pénitentiaire. Aucun accompagnement particulier, tenant compte de l'état psychologique de la personne détenue, n'avait été prévu avant qu'elle ne soit placée, pour la nuit, en cellule individuelle et la ronde de surveillance, normalement prévue dans la soirée où le suicide s'est produit, n'avait pas été effectuée.

Cette évolution marque-t-elle pour autant l'abandon de la jurisprudence *Chabba* ? Il convient de répondre par la négative. Reprise par plusieurs cours administratives d'appel, cette jurisprudence *Delorme* est venue préciser la portée de l'arrêt *Chabba*[2083]. En fonction des circonstances de chaque espèce, l'engagement de la responsabilité de l'État est conditionné soit à l'exigence d'une succession de fautes simples, soit à l'exigence d'une faute simple. Dans l'hypothèse où l'administration pénitentiaire ignorait l'état suicidaire de la

[2080] TA Rouen, 17 septembre 2004, req. n° 0202252 ; TA Versailles, 18 mai 2004, *M. et Mme Salah Z*, req. n° 0101135 ; TA Amiens, 20 juillet 2004, req. n° 0200717 et n° 0200718 ; CAA Nancy, 17 mars 2005, *Sidhoum*, req. n° 00NC00515 ; TA Lille, 29 octobre 2013, req. n° 1202084.

[2081] ARBOUSSET H., « Responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires : une nouvelle évolution jurisprudentielle », *AJDA* 2007, p. 2094.

[2082] CE, 9 juillet 2007, *Delorme*, req. n° 281205, Lebon, T. 1063.

[2083] Par ex : CAA Lyon, 26 mars 2009, req. n° 06LY01368 ; CAA Lyon, 31 décembre 2008, req. n° 07LY02103 ; CAA Lyon, 18 décembre 2008, req. n° 06LY01543 ; CAA Douai, 30 octobre 2008, req. n° 08MA00710 ; CAA Nancy, 20 décembre 2007, req. n° 07NC00119.

personne détenue, la preuve d'une succession de fautes est alors exigée[2084]. *A contrario*, si l'administration pénitentiaire a eu connaissance des tendances suicidaires de la personne détenue, mais n'a pas agi en conséquence, la preuve d'une seule faute suffit[2085]. Ce qui facilite l'engagement de la responsabilité de l'État et favorise ainsi l'indemnisation des ayants droits de la personne détenue décédée. En somme, le juge administratif dispose d'une grande marge de manœuvre pour apprécier le comportement des services pénitentiaires.

347. Des hypothèses de faute unique. Le juge administratif est intervenu à de multiples reprises pour condamner l'État, dans un souci de protection de la santé des personnes détenues. Si la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires a pu être engagée majoritairement en raison d'un défaut de surveillance ou d'une négligence suivie du suicide de personnes détenues[2086], l'État s'est également vu condamner pour des conditions de détention non conformes au respect de la dignité des personnes détenues[2087] et/ou d'une prise en charge non adaptée à leur état de santé, et notamment au handicap[2088]. La responsabilité de l'État a aussi été mise en cause en raison de défaut de soins[2089] ou encore d'examens médicaux réalisés à l'hôpital en présence d'une escorte pénitentiaire et/ou avec des moyens de contraintes (menottes, entraves)[2090]. Dans un jugement du 23 juillet 2014, le tribunal

---

[2084] CE, 23 mai 2003, *Mme Chabba*, req. n° 244663, Lebon 240.

[2085] CE, 9 juillet 2007, *Delorme*, req. n° 281205, Lebon, T. 1063. CE, 31 mars 2008, req. n° 291342 ; TA Lille, 29 octobre 2013, req. n° 1202084.

[2086] Par ex. : CE, 4 mars 2009, req. n° 293160 et 294134 ; CE 11 juin 2014, req. n° 359739 ; CAA Douai, 24 juin 2014, req. n° 13DA01173.

[2087] Face à la dégradation progressive des conditions de détention, le juge administratif a condamné l'État, à plusieurs reprises, à indemniser le(s) préjudice(s) subi(s) par les personnes détenues ou leurs ayants droits, en raison de leurs conditions de détention contraires à la dignité. À ce motif, l'État a été condamné, sur le fondement de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, pour la première fois par le tribunal administratif de Rouen dans un jugement du 27 mars 2008 (req. n° 0602590). Fervent défenseur de l'amélioration des conditions de détention, Maître Etienne Noel, avocat et secrétaire national de l'Observatoire international des prisons, est à l'origine de ce recours, dirigé contre l'État, qui a abouti favorablement. Depuis cette première condamnation, les recours pour conditions de détention indignes n'ont cessé d'augmenter, les condamnations de l'État également. V. NOEL É., SANSON M., *Aux côtes des détenus, un avocat contre l'État*, Paris, Bourin Editeur, 2013.

[2088] Par ex. : CE, 15 juillet 2004, req. n° 265594 ; CAA Douai, 12 novembre 2009, req. n° 09DA00782 ; CAA Douai, 20 mai 2010, *M. V*, req. n° 10DA00026 ; CAA Douai 15 juin 2010, req. n° 09DA00526 ; CAA Bordeaux, 4 octobre 2011, n° 10BX03217 ; CAA Bordeaux, 31 mai 2011, req. n° 10BX02187 ; CAA Paris, 5 juillet 2012, req. n° 5 juillet 2012 ; CAA Douai, 10 juillet 2012, req. n° 11DA01405 ; CAA Douai, 7 janvier 2013, req. n° 12DA01757 ; CAA Versailles, 5 février 2013, req. n° 12VEO1897.

[2089] Par ex. CAA Lyon, 17 décembre 2009, req. n° 07LY00178 ; CAA Versailles, 16 décembre 2010, req. n° 08VE00299. En outre, dans un arrêt du 12 novembre 2009 (req. n° 08NC01007), la Cour administrative d'appel de Nancy a rejeté la demande d'une personne détenue tendant à déclarer l'État des conséquences dommageables du défaut de soins dont elle a fait l'objet après son opération du genou au motif qu'il n'est pas démontré que la raideur de son genou est consécutive d'un refus fautif de l'administration pénitentiaire de la transférer aux hospices civils. Cet arrêt témoigne des difficultés rencontrées par les personnes détenues pour rapporter la preuve du défaut de soins.

[2090] CE 27 mai 2005, req. n° 280866 ; CE, 24 juillet 2009, req. n° 324555 ; TA Grenoble, 24 octobre 2012, req. n° 1005725.

administratif de Lille a retenu que, suite au malaise d'une personne détenue, le fait pour le personnel pénitentiaire de ne pas avoir communiqué au personnel de santé les informations précises, utiles et suffisantes dont il disposait sur l'état de santé de la personne détenue et de ne pas avoir déclenché la procédure d'urgence était constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'État[2091].

Le tribunal administratif de Caen a condamné l'État à deux reprises, en 2014 et en 2015, afin de satisfaire une exigence de santé publique, la protection contre le tabagisme passif[2092]. À cet effet, la juridiction administrative a indemnisé le préjudice subi par les personnes détenues requérantes en raison de leur placement dans une cellule sur occupée, mal aérée, avec des personnes détenues « fumeuses ». Il a ainsi été retenu que ce non-respect des conditions de salubrité, requises par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et par les articles D. 349, D. 350 et D. 351 du Code de procédure pénale, a porté une atteinte suffisamment caractérisée à la dignité humaine et a ainsi constitué une faute de nature à engager la responsabilité de l'État. Ces décisions du tribunal administratif de Caen sont audacieuses, notamment à l'égard de l'arrêt *Bunel* rendu par le Conseil d'État[2093]. Si le Conseil d'État a, par une ordonnance de référé, affirmé que « *le droit de chacun au respect de sa liberté personnelle* […] *implique en particulier qu'il ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui* », il avait pour autant retenu que la situation des personnes détenues est « *nécessairement tributaire des sujétions inhérentes à leur détention* ». Mais la position du Conseil d'État a été remise en cause par la jurisprudence européenne qui impose aux États parties à la Convention européenne des droits de l'homme de sauvegarder la santé des personnes détenues sur le fondement de l'article 3 de cette convention, notamment en les protégeant contre le tabagisme passif. De surcroit, dans l'arrêt du 26 juin 2014, le tribunal administratif de Caen a précisé que « *la circonstance que le requérant, non-fumeur, a été placé en surnombre dans des cellules avec des codétenus, au surcroit fumeurs, alors que chacun d'entre eux disposait d'une superficie inférieure à 4 m² et d'un volume d'air parfois insuffisant, suffit à caractériser* [l'atteinte à sa dignité humaine] ; *que cette méconnaissance constitue, malgré les contraintes inhérentes à l'exercice des missions qui sont confiées à*

[2091] TA Lille, 23 juillet 2014, req. n° 1106920.
[2092] TA Caen, 24 septembre 2015, req. n° 1500035 ; TA Caen, 26 juin 2014, req. n° 1301750.
[2093] CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ Bunel*, req. n° 284803. HERZOG-EVANS M., « Tabagisme passif : protéger la santé d'un détenu n'est pas une liberté fondamentale », note sous CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la justice c/ Bunel*, req. n° 284803, *AJ Pénal* 2005, p. 377.

l'administration dans le cadre du fonctionnement du service public pénitentiaire, une faute de nature à engager la responsabilité de l'État »[2094]. Ainsi, le tribunal administratif de Caen a été jusqu'à conférer au droit des personnes détenues non fumeuses à ne pas être exposées aux fumées de tabac une valeur absolue et ce, au titre du respect de la dignité humaine. Alors que le Conseil d'État a tenu compte, dans d'autres hypothèses, notamment en matière d'escortes pénitentiaires, des conditions particulières d'exercice des missions de l'administration pénitentiaire et a cherché à trouver un équilibre entre la protection des droits des personnes détenues et l'action de l'administration pénitentiaire[2095].

Cette évolution jurisprudentielle, lente et progressive, a permis de faire progresser le régime de la responsabilité de la puissance publique du fait de l'activité des services pénitentiaires en permettant aux personnes détenues ou à leurs ayants droits d'agir plus aisément en vue d'obtenir la réparation de leur préjudice. Si ce régime de responsabilité de l'État reste une responsabilité pour faute[2096], ce net assouplissement des conditions d'engagement de la responsabilité de l'État, influencé par la jurisprudence européenne, contribue à une meilleure effectivité de la protection des droits de la personne détenue en matière de santé.

B. La responsabilité du service public hospitalier

348. La responsabilité du service public hospitalier, un contentieux administratif. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a transféré l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues,

[2094] TA Caen, 26 juin 2014, req. n° 1301750.

[2095] Par ex. : CE, 30 mars 2005, *Section française de l'O.I.P.*, req. n° 276017. Dans cet arrêt, le Conseil d'État précise, au sujet des escortes pénitentiaires, que « *la mise en œuvre de mesures de sécurité particulières et le recours le cas échéant à des mesures de coercition sous la forme d'entraves, ne sauraient se limiter au seul transport des détenus, mais peuvent, si nécessaire, être étendus à la consultation et aux soins médicaux eux-mêmes lorsqu'ils ne peuvent être dispensés au sein de l'établissement de détention ; que, toutefois, les mesures de sécurité mises en œuvre par l'administration pénitentiaire lors de l'extraction et du séjour dans un établissement hospitalier d'un détenu doivent, d'une part, être adaptées et proportionnées à la dangerosité du détenu et au risque d'évasion que présente chaque cas particulier et, d'autre part, assurer en toute hypothèse, la confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent* […]».

[2096] Il convient de préciser que lorsque le décès d'une personne détenue a été causé par une autre personne détenue, la responsabilité de l'État peut être engagée sans qu'aucune faute des services pénitentiaires ne soit démontrée. En effet, aux termes du deuxième alinéa de l'article 44 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192) , « *même en l'absence de faute, l'État est tenu de réparer le dommage résultant du décès d'une personne détenue causé par des violences commises au sein d'un établissement pénitentiaire par une autre personne détenue* ».

relevant jusque-là de l'administration pénitentiaire, au service public hospitalier[2097]. Chaque établissement pénitentiaire est donc rattaché, par la signature d'un protocole, à un établissement public hospitalier. En effet, aux termes de l'article R. 6112-14 du Code de santé publique, « *le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire* »[2098]. Doté d'une personnalité juridique distincte de celle de l'État, l'établissement public hospitalier est alors responsable du fait de son personnel de santé qui participe à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ainsi, les fautes commises par le personnel de santé de l'établissement public de santé, qui intervient auprès des personnes détenues, engage la responsabilité de cet établissement public de santé devant le juge administratif et ce, qu'il intervienne en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier.

Toutefois, en vertu des dispositions des articles R. 6112-15 et R. 6112-16 du Code de santé publique, lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional, l'établissement pénitentiaire est amené à signer un protocole complémentaire avec un autre établissement public de santé ou un établissement de santé privé, désigné par l'agence régionale de santé et admis à assurer l'une des missions de service public énumérées à l'article L. 6112-1 du même code. Et parmi ces missions de service public, figurent les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier[2099]. Si une action en responsabilité à l'encontre d'un autre établissement public de santé relève du juge administratif, devant quel juge, administratif ou judiciaire, l'action en responsabilité dirigée contre un établissement de santé privé doit-elle être présentée ? À notre connaissance, la jurisprudence n'a pas encore eu à se prononcer sur cette question. Mais, au regard d'une décision du Tribunal des conflits en date du

[2097] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994, p. 960. V. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995, p. 1859. La volonté traduite dans ces textes était de permettre « *d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population* ».
[2098] C. sant. pub., R. 6112-16 al. 2.
[2099] C. sant. pub., L. 6111-1-2 2°.

23 septembre 2002[2100], confirmée par une décision du 8 juin 2009[2101], l'action en responsabilité dirigée contre un organisme privé relève du juge administratif lorsque cet organisme agit dans le cadre d'une mission qu'il exerce au nom et pour le compte d'une personne publique, qui lui a délivré un agrément à cette fin, pour l'exécution même, avec des droits exclusifs, d'un service public administratif. Ainsi, il peut en être déduit que l'action en responsabilité à l'encontre de l'établissement de santé privé désigné par l'agence régionale de santé et admis à assurer les soins psychiatriques aux personnes détenues, doit être exercée devant le juge administratif.

La responsabilité administrative hospitalière ne présentant pas de spécificités propres à la matière pénitentiaire, l'examen du régime de cette responsabilité n'est, dans les développements suivants, que succinct.

349. Une responsabilité pour faute. Par deux arrêts du 8 novembre 1935, *Dame Vion* et *Dame Philipponeau*, le Conseil d'État a mis fin à l'irresponsabilité hospitalière en raison des actes médicaux, en consacrant la responsabilité pour faute lourde du service public hospitalier. Mais, dès 1992, le Conseil d'État a abandonné, dans l'arrêt *Époux V.*[2102], cette exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité du service public hospitalier. Il a notamment retenu que les erreurs successives commises à l'occasion de l'accouchement d'une personne détenue sont constitutives d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital de rattachement. Ainsi, la responsabilité du service public hospitalier est une responsabilité pour faute simple. Ce régime de responsabilité pour faute a par la suite été consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [2103]. Aux termes de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, « *hors les cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé* […], *ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ». La faute peut ainsi être commise par le personnel

[2100] T. confl., 23 septembre 2002, *Sociétés Sotram et Metalform*, req. n° C3300.
[2101] T. confl., 8 juin 2009, req. n° C3713.
[2102] CE, 10 avril 1992, *Époux V.*, req. n° 79027, Lebon 171. V. aussi, CAA Douai, 1er décembre 2011, req. n° 10DA00944.
[2103] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

hospitalier dans l'exercice de l'activité médicale[2104] mais aussi, par l'établissement dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier. Toutefois, cette faute n'engage la responsabilité du service public hospitalier qu'à la condition qu'il en résulte des conséquences dommageables pour le patient victime. L'évolution du régime de la responsabilité des établissements publics hospitaliers poursuit la logique d'une meilleure indemnisation des patients victimes, et donc des patients détenus.

En somme, la personne détenue peut exercer, comme tout usager du service public hospitalier, un recours en responsabilité devant le juge administratif dirigé contre l'établissement public de santé dont dépend le personnel de santé qui l'a pris en charge. Ainsi, dans un arrêt du 25 juin 2002, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a jugé non seulement que l'accès limité de la personne détenue aux soins de kinésithérapie a caractérisé une faute dans l'organisation et le fonctionnement de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire, mais aussi que cette faute est de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé dont dépend l'unité sanitaire[2105]. De même, le tribunal administratif de Lyon, par un jugement du 9 mai 2006, a relevé que la personne détenue, décédée à la suite d'une absorption importante de médicaments, n'a pas « *bénéficié d'une surveillance médicale pendant six semaines et que la distribution quotidienne des médicaments n'a pas été assortie de la vigilance attendue du personnel médical en pareil cas* » [2106]. La Haute juridiction a dès lors considéré que « *ces faits sont constitutifs d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ». En outre, le tribunal administratif d'Orléans, dans un jugement du 23 février 2012, a retenu la responsabilité de l'établissement public hospitalier au motif qu'il a commis une faute dans l'organisation du service et de graves négligences causant la réalisation du dommage, le décès d'une personne détenue[2107]. En l'espèce, ce décès est survenu à la suite d'une ingestion importante de méthadone, traitement de substitution qui avait été délivré à son codétenu par l'unité de consultations et de soins ambulatoires et ce, pour deux jours sans qu'aucune précaution ne soit prise afin que ce produit dangereux ne puisse être absorbé que par ce patient. Par ailleurs, dans un jugement du 5 février 2014, le tribunal administratif de Lille a retenu, après le suicide d'une personne détenue, la responsabilité pour faute de l'établissement public hospitalier auquel est rattaché le centre

[2104] Seule une faute de service ou une faute personnelle non détachable du service commise par le personnel hospitalier dans l'exercice de l'activité médicale est susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement public de santé.
[2105] CAA Bordeaux 25 juin 2002, req. n° 99BX02809.
[2106] TA Lyon, 9 mai 2006, req. n° 0400357-1.
[2107] TA Orléans, 23 février 2012, req. n° 1101156.

pénitentiaire de Maubeuge[2108]. Alors qu'il présentait des troubles addictifs et anxieux, la personne détenue avait été placée dans une cellule du quartier disciplinaire. Le tribunal a reproché au personnel de santé de ne pas s'être assuré de la prise effective et de l'efficacité du traitement de substitution, et a, dès lors, retenu une faute à son encontre, faute engageant la responsabilité du centre hospitalier auquel ce personnel est rattaché.

350. Des hypothèses de responsabilité sans faute ou d'indemnisation au titre de la solidarité nationale. Depuis l'entrée en vigueur, le 22 mai 1998, de la loi du 19 mai 1998 transposant la directive communautaire du 25 juillet 1985, le producteur d'un produit de santé ou, le cas échéant, le vendeur ou fournisseur professionnel (comme un établissement public de santé) est responsable des dommages causés par un défaut de son produit et ce, même en l'absence de faute[2109]. Dès 2003, le Conseil d'État a retenu la responsabilité sans faute du service public hospitalier pour les dommages causés aux patients par une défaillance d'un produit ou appareil de santé[2110]. La Haute juridiction a récemment étendu cette jurisprudence en considérant que le service public hospitalier est responsable sans faute des conséquences dommageables résultant des défaillances des produits implantés dans le corps humain[2111]. Par ailleurs, aux termes de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002, les établissements de santé « *sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* »[2112]. Le patient victime n'a alors pas à rapporter la preuve d'une faute et l'établissement ne peut s'exonérer de sa responsabilité en démontrant qu'il n'a pas commis de faute mais uniquement en prouvant l'intervention d'une cause étrangère[2113]. Ainsi, la responsabilité des établissements en matière d'infections nosocomiales est une responsabilité sans faute. Cependant, l'article L. 1142-1-1 du Code de la santé publique ajoute que la réparation des infections nosocomiales correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieur à 25 % et des décès provoqués par ces infections nosocomiales doit être assurée par l'Office national

---

[2108] TA Lille, 5 février 2014, req. n° 1203711 : « *le manque de surveillance médicale de l'administration des traitements et de leur efficacité doit être regardé comme ayant contribué au passage à l'acte du détenu et constitue ainsi une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ».

[2109] Loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, JORF n°117 du 21 mai 1998 p. 7744. Les dispositions de la présente loi ont été insérées, dans le Code civil, aux articles 1386-1 à 1386-18.

[2110] CE, 9 juillet 2003, *Assistance publique des hôpitaux de Paris c/ Mme Marzouk*, req. n° 220437.

[2111] CE, 25 juillet 2013, *Centre hospitalier universitaire de Chambéry*, req. n° 339922.

[2112] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

[2113] Cette preuve est particulièrement difficile à rapporter car, selon les juges, une infection à caractère endogène ne constitue pas une cause étrangère.

d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, dit l'ONIAM, et ce, au titre de la solidarité nationale[2114]. Dans les conditions du paragraphe II. de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, il en est de même pour les dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une affection nosocomiale. Établissement public à caractère administratif de l'État qui intervient au titre de la solidarité nationale, l'ONIAM est également compétent pour connaître des litiges relatifs à l'indemnisation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire[2115], à une contamination transfusionnelle par le virus d'immunodéficience humaine[2116] ou le virus de l'hépatite B ou C[2117], ou, le virus T-lymphotropique humain[2118]. Cet office est aussi chargé de procéder à l'indemnisation des dommages résultant d'une contamination par la maladie de Creutzfeld-Jakob transmise par recours à des hormones de croissance humaine ainsi qu'au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés suite à la prise de benfluorex (médiator)[2119].

Ces hypothèses de responsabilité sans faute sont pleinement applicables aux personnes détenues.

C. La responsabilité partagée de l'État et du service public hospitalier

351. Une obligation *in solidum*. Cette obligation *in solidum* en matière pénitentiaire, entre l'État et le service public hospitalier, a été formulée par la jurisprudence. Selon le rapporteur public, Fabienne Lambolez, dans ses conclusions de l'arrêt *Bendjebel*, rendu par le Conseil d'État le 4 juin 2014, l'obligation *in solidum* consiste « *à ouvrir à la victime d'un dommage survenu à l'occasion de la collaboration de plusieurs personnes publiques à l'exécution d'un même service public la possibilité d'obtenir une réparation intégrale, soit par une action contre l'une de ces collectivités tenue à la réparation du tout envers la victime, soit contre toutes en demandant leur condamnation solidaire* ».

[2114] V. C. sant. pub., art. L. 1142-22 à L. 1142-23. V. aussi ONIAM, Rapport d'activité 2015. L'indemnisation du risque médical par la solidarité nationale.
[2115] C. sant. pub., art. L. 3111-9.
[2116] C. sant. pub., art. L. 3122-1.
[2117] C. sant. pub., art. L. 1221-14.
[2118] C. sant. pub., art. L. 1221-14.
[2119] C. sant. pub., art. L. 1142-22.

1) Un lien de causalité exigé

352. Une faute médicale concourant à la faute pénitentiaire. Le dommage subi par une personne détenue, ou ses ayants droits, peut avoir pour cause une faute des services pénitentiaires (de nature à engager la responsabilité de l'État) mais aussi une faute commise par le personnel de santé (dont répond l'établissement public de santé de rattachement). Une faute commise par le personnel de santé, participant à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, n'est pas de nature à engager la responsabilité de l'État. Le Conseil d'État a relevé, dans l'arrêt *Madranges* du 2 juillet 2010 que « *lorsqu'un dommage trouve sa cause dans plusieurs fautes qui, commises par des personnes différentes ayant agi de façon indépendante, portaient chacune en elle normalement ce dommage au moment où elles se sont produites, la victime peut rechercher la réparation de son préjudice en demandant la condamnation de l'une de ces personnes ou de celles-ci conjointement, sans préjudice des actions récursoires que les coauteurs du dommage pourraient former entre eux* »[2120]. En reprenant ce considérant de principe, le Conseil d'État a admis, dans l'arrêt *M. et Mme Massioui* du 24 avril 2012, qu'en cas de dommage résultant du suicide d'une personne détenue, la responsabilité de l'État puisse être mise en cause, par les ayants droits de la personne détenue décédée, si la faute commise par le personnel de santé a concouru à la faute du service pénitentiaire[2121]. Les juges du fond avaient rejeté la requête des ayants droits de la victime décédée aux motifs qu'elle était mal dirigée et que l'État ne pouvait pas être responsable des fautes commises par le personnel de l'établissement de santé. Mais le Conseil d'État a jugé que, dans l'hypothèse d'une conjonction de fautes, les services pénitentiaires et sanitaires peuvent alors s'avérer être responsables *in solidum*. Les personnes détenues ou, en cas de décès, leurs ayants droits, peuvent en effet rechercher la réparation de leur préjudice en demandant la condamnation de l'un de ces services ou de ceux-ci solidairement, sans préjudice des actions récursoires que ces coauteurs du dommage peuvent exercer entre eux. Dans ces conditions, les personnes détenues peuvent alors demander la condamnation de l'État pour l'indemnisation intégrale du préjudice, résultant d'une conjonction de fautes des services pénitentiaires et sanitaires, sans que la responsabilité de l'établissement public de

[2120] CE, 2 juillet 2010, *Madranges*, req. n° 323890, Lebon 236.

[2121] CE, 24 avril 2012, *M. et Mme Massioui*, req. n° 342104, Lebon 174. V. BONNE-HARBIL A., « Suicide d'un détenu : répartition des responsabilités entre l'État et les soignants », note sous CE, 24 avril 2012, *M. et Mme Massioui*, req. n° 342104, Revue Droit et Santé 2012, n° 48, p. 490-493.
Le rapporteur public, Cyril Roger-Lacan a souligné, dans ses conclusions de l'arrêt *Massioui* que le Conseil d'État avait repris maladroitement le considérant de principe de l'arrêt *Madranges* au motif que le service public hospitalier et le service public pénitentiaire n'interviennent pas de manière totalement indépendante.

santé, auquel est rattachée l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.) ne soit engagée. L'État pourra ainsi, par le biais d'une action en garantie, obtenir la condamnation de l'établissement public hospitalier.

En somme, une action en responsabilité peut être dirigée contre l'État mais encore faut-il, pour que cette action soit recevable, qu'il soit démontré que le dommage ait trouvé sa cause dans la faute du personnel de santé et que cette faute ait contribué à la faute du personnel pénitentiaire.

2) Une contiguïté des faits suffisante

353. Une faute médicale commise dans l'établissement pénitentiaire. Dans l'arrêt Consorts Bendjebel du 4 juin 2014, le Conseil d'État a confirmé sa jurisprudence issue de l'arrêt M. et Mme Massioui du 24 avril 2012[2122] dans lequel il avait jugé bien fondé le recours exercé, par les ayants droits d'une personne détenue décédée (suicide), à l'encontre de l'État, au titre du service pénitentiaire. Ainsi, le Conseil d'État a réaffirmé que « *le juge administratif, saisi par un détenu ou, en cas de décès, par ses ayants droits, d'un recours indemnitaire dirigé contre l'État et tendant à la réparation d'un dommage imputé à une carence fautive dans le suivi médical de l'intéressé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, ne peut sans erreur de droit rejeter ces conclusions comme étant mal dirigées ; qu'il appartient à l'État, s'il s'y croit fondé, d'appeler en garantie l'établissement public hospitalier dont relève l'unité de consultations et de soins ambulatoires dont la faute a pu causer le dommage ou y concourir* ».

Mais surtout, la solution rendue par le Conseil d'État, dans l'arrêt *Consorts Bendjebel*, ne se contente pas de confirmer la jurisprudence antérieure. Dans une logique d'indemnisation des personnes détenues ou de leurs ayants droits, la Haute juridiction a renforcé le bien fondé des recours en indemnisation à l'encontre de l'État. Ainsi, ces recours sont recevables dès lors que la faute du personnel de santé est « *imputable à une carence fautive dans le suivi médical de l'intéressé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire* ». L'exigence d'une causalité est donc abandonnée. Selon Hugo-Bernard Pouillaude, cette exigence fait désormais place à

[2122] CE, 24 avril 2012, *M. et Mme Massioui*, req. n° 342104, Lebon 174.

l'exigence d'une « *contiguïté de faits* »[2123]. En ce sens, l'État est responsable, au titre du service pénitentiaire, des dommages survenant dans les établissements pénitentiaires même si la faute, à l'origine du dommage subi par une personne détenue, est exclusive du personnel de l'unité sanitaire. Néanmoins, l'État dispose d'une action en garantie à l'encontre de l'établissement public hospitalier dont dépend l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.).

Cette jurisprudence facilite considérablement les recours en indemnisation formés par les personnes détenues ou, en cas de décès, leurs ayants droits et renforce de fait l'effectivité de leur droit à réparation. Pour autant, le Conseil d'État a abandonné cette exigence de causalité uniquement lorsque le dommage subi par la personne détenue, résultant d'une faute médicale exclusive, est survenu à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire[2124]. En dehors de cette hypothèse, la responsabilité de l'État ne peut être engagée en raison d'une faute commise par le personnel de santé qu'à la condition que cette faute médicale ait concouru à la faute du service public pénitentiaire. Ainsi, une action en responsabilité dirigée contre l'État sur le fondement d'une faute médicale exclusive commise en dehors de l'établissement pénitentiaire (à l'occasion d'une consultation ou d'une hospitalisation en établissement de santé) n'est pas susceptible d'engager la responsabilité de l'État. Toutefois, la solution rendue par le Conseil État, dans l'arrêt *Consorts Bendjebel,* ne serait-elle pas applicable aux unités hospitalières sécurisées interrégionales et aux unités hospitalières spécialement aménagées ? Si ces unités hospitalières sont implantées au sein d'établissements de santé, il n'en demeure pas moins qu'elles accueillent exclusivement des personnes détenues. Mais surtout, le fonctionnement de ces unités repose « *une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé* ». Lorsqu'une faute médicale exclusive est commise à l'intérieur d'une unité hospitalière, l'obligation *in solidum* entre l'État et le service public hospitalier pourrait-elle être retenue ?

[2123] POUILLAUDE H.-B., « L'extension de la responsabilité solidaire de l'État en matière de santé des détenus », note sous CE, 4 juin 2014, req. n° 359244, *AJDA* 2014, p. 2377.
[2124]CE, 4 juin 2014, *Bendjebel*, req. n° 359244.

Conclusion du Chapitre 1

354. Une protection croissante des droits des personnes détenues en matière de santé. « Il est important de souligner que le Conseil d'État est particulièrement attentif à l'application de [la] norme européenne et, ainsi, à la pénétration concrète des droits de l'homme dans les prisons françaises »[2125]. C'est pourquoi le juge administratif a non seulement intensifié son contrôle de l'activité pénitentiaire mais aussi assoupli les conditions d'engagement de la responsabilité de l'État du fait du service public pénitentiaire et/ou de la responsabilité du service public hospitalier. Aussi, le droit à réparation des personnes détenues du fait du préjudice subi en a été renforcé. Il faut néanmoins veiller à ce que le dialogue contraint entre le juge administratif et l'administration pénitentiaire ne porte pas atteinte à l'autonomie de cette autorité. Il ne faudrait pas que le contrôle du juge administratif vienne déresponsabiliser les autorités pénitentiaires en entravant leur autonomie. Pour autant, cette évolution de la jurisprudence administrative illustre la volonté du juge administratif de maintenir un certain équilibre entre la protection des droits de la personne détenue et les conditions particulières de l'action de l'administration pénitentiaire et ce, afin de garantir la meilleure effectivité des droits en matière de santé. La prise en compte de ces droits est cependant loin d'être achevée. Le juge administratif doit encore s'imprégner des normes européennes afin d'en garantir la pleine transposition en droit interne. Le juge judicaire apporte alors au juge administratif un soutien nécessaire à la poursuite de cet objectif en contrôlant, eu égard à leur état de santé, la capacité à la détention des personnes détenues.

[2125] BELDA B., « Les techniques de protection des droits des détenus mobilisées par la Cour européenne des droits de l'homme » in DEFLOU Arnaud [dir.], *Le droit des détenus. Sécurité ou réinsertion ?*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2010, p. 130.

CHAPITRE 2 :
LE CONTRÔLE DU JUGE JUDICIAIRE SUR LA CAPACITÉ A LA DÉTENTION

« *La capacité de tout individu concerné à supporter physiquement l'incarcération devrait être une condition impérative et préalable à toute forme d'enfermement* »[2126].

355. Une (re)mise en cause de la capacité à la détention. D'après la proposition de loi n° 232 relative à la création d'un dispositif de suspension de détention provisoire pour motif d'ordre médical, « *l'établissement pénitentiaire est le lieu d'exécution de la détention provisoire et de la peine privative de liberté. Il n'est en aucun cas un lieu de soin* ». Cette proposition de loi a mis en exergue la nécessité de tenir compte de la capacité d'un individu, du fait de son état de santé, à supporter la détention avant de lui infliger une mesure privative de liberté. Par trois arrêts du 30 septembre 2014, la Cour de cassation a rappelé qu' « *il appartient à l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, de veiller à ce que la privation de liberté des personnes détenues soit, en toutes circonstances, mise en œuvre dans le respect de la dignité de la personne, et de s'assurer que cette privation de liberté, dont les modalités sont adaptables à la personnalité et à l'état de santé du mis en examen est exempte de tout traitement inhumain ou dégradant* »[2127]. Ces arrêts témoignent d'une réception par la Cour de cassation du standard minimum de protection des droits des personnes détenues mis en œuvre par la Cour européenne des droits de l'homme qui impose

[2126] Proposition de loi n° 232 relative à la création d'un dispositif de suspension de détention provisoire pour motif d'ordre médical déposée au Sénat, par Mme Hélène Lipietz et autres, le 16 décembre 2013.
[2127] Cass. Crim., 30 septembre 2014, n° 14-85642, 14-84638 et 14-84637.

aux autorités étatiques de « *soigner la personne malade au cours de sa détention* » en veillant notamment à ce qu'elle soit « *capable de purger sa peine* »[2128].

Si la prison est un lieu où l'on soigne, elle n'est pas un lieu de soin et ne doit pas être un lieu de soin[2129]. La personne détenue doit alors être capable de purger sa peine ou de supporter sa détention provisoire. L'action du juge judiciaire est double. Il doit non seulement, remettre en liberté les personnes détenues dont l'état de santé n'est plus compatible avec la détention (Section 1) mais également prévenir l'incarcération des personnes, en attente de jugement ou condamnées, dont l'état de santé n'est pas compatible avec la détention (Section 2).

Section 1 : La libération pour raisons médicales

« *L'angoisse de la mort qui approche dans un univers non familier et dans l'isolement est sans doute plus terrifiante que la mort elle-même* »[2130].

356. L'absence d'obligation générale de libérer pour motif médical. Aucune disposition légale ou règlementaire n'impose de libérer une personne détenue pour raisons de santé. D'après la Recommandation n° R (98) 7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, « *les détenus souffrant de handicaps physiques graves et ceux qui sont très âgés devraient pouvoir mener une vie aussi normale que possible et ne pas être séparés du reste de la population carcérale* »[2131]. De même, « *la décision quant au moment opportun de transférer dans des unités de soins extérieures les malades dont l'état indique une issue*

[2128] CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, req. 10401/12, § 47 ; CEDH, 23 juillet 2013, *Ürfi Çetinkaya c/ Turquie*, n° 19866/04, § 90 ; CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c/ Grèce*, req. n° 1033/07, § 74.
[2129] LÉCU A., *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 173.
[2130] GORCE G., « À terme, reconnaître à chaque malade la liberté de choisir les conditions de sa mort », Bulletin officiel de l'Ordre national des médecins, Accompagner un patient en fin de vie, numéro spécial, mai-juin 2013, p. 11 cité par CASILE-HUGUES G., « La fin de vie en milieu carcéral » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 252.
[2131] Recommandation n° 50.

fatale prochaine devrait être fondée sur des critères médicaux »[2132]. Par son arrêt *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a quant à elle précisé que « *si l'on ne peut en déduire une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé, l'article 3 de la Convention* [européenne des droits de l'homme] *impose en tout cas à l'État de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté notamment par l'administration des soins médicaux requis* »[2133]. Une maladie n'emporte donc pas par nature libération de la personne détenue. Néanmoins, si « *la Convention ne comprend aucune disposition spécifique relative à la situation des personnes privées de liberté, a fortiori malades,* […] *il n'est pas exclu que la détention d'une personne malade puisse poser des problèmes sous l'angle de l'article 3 de la Convention* »[2134]. Aussi, « *l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent désormais des situations pour lesquelles la capacité à la détention est aujourd'hui posée au regard de l'article 3 de la Convention en France et au sein des États membres du Conseil de l'Europe* »[2135].

Conformément à la jurisprudence européenne, lorsque l'état de santé de la personne détenue remet en cause sa capacité à la détention, la législation française doit permettre aux autorités nationales d'ordonner sa libération. Les prochains développements s'efforceront de démontrer le contrôle exercé par le juge judiciaire sur la capacité à la détention et les différents dispositifs qui permettent de remettre en liberté la personne détenue, qu'elle soit détenue provisoirement (§ 1.) ou condamnée à exécuter une peine privative de liberté (§ 2.)

§1. La libération de la personne détenue provisoire

357. La détention provisoire, une mesure en principe d'exception. D'après l'alinéa premier de l'article 137 du Code de procédure pénale, « *une personne mise en examen, présumée innocente, reste libre* ». Néanmoins, en raison des nécessités de l'instruction ou à titre de mesure de sûreté, la personne mise en examen, autrement dit « *mise en cause en cours*

[2132] Recommandation n° 51.
[2133] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, § 40. Cf. *supra* n° 266.
[2134] *Ibidem*, § 38.
[2135] *Ibid.*

de l'instruction »[2136], peut être astreinte à une ou plusieurs obligations du contrôle judiciaire[2137] ou, si celles-ci se révèlent insuffisantes, être assignée à résidence avec surveillance électronique[2138]. À titre exceptionnel, si les obligations du contrôle judiciaire ou de l'assignation à résidence avec surveillance électronique ne permettent pas d'atteindre ces objectifs, elle peut être placée en détention provisoire[2139]. Le placement en détention consiste en l'« *incarcération dans une maison d'arrêt d'un individu inculpé de crime ou délit, avant le prononcé du jugement* »[2140]. Aux termes des articles 137-1 et 144 du Code de procédure pénale, la détention provisoire est ordonnée ou prolongée par un magistrat du siège, le juge des libertés et de la détention et ce, par ordonnance motivée[2141]. Peuvent faire l'objet d'un placement en détention provisoire, les personnes mises en examen qui encourent une peine criminelle et celles qui encourent une peine correctionnelle d'une durée égale ou supérieure à trois ans d'emprisonnement. Dans le cadre d'une comparution immédiate, les prévenus peuvent également être placés en détention provisoire, conformément aux dispositions de l'article 396 du Code de procédure pénale.

Tout placement en détention provisoire doit être décidé à titre exceptionnel. Pour cela, la détention provisoire doit être l'unique moyen de parvenir à l'un ou plusieurs des objectifs précisés à l'article 144 du Code de procédure pénale et ces objectifs doivent ne pas pouvoir être atteints en cas de placement sous contrôle judiciaire ou assignation à résidence avec surveillance électronique[2142]. En réalité, cette mesure d'incarcération provisoire n'a rien

---

[2136] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, coll. « Lexiques », 2016, V° Mise en examen.
[2137] C. pr. pén., art. 138 à 142-4.
[2138] C. pr. pén., art. 142-5 à 142-13.
[2139] C. pr. pén., art. 143-1 à 148-8, 714 à 716.
[2140] CORNU G. [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016, V° Détention provisoire.
[2141] V. aussi, C. pr. pén., art. 137-3, 137-4 et 706-71.
[2142] Conformément à l'article 144 du Code de procédure pénale, les objectifs poursuivis par le placement en détention provisoire sont les suivants :
« *1° Conserver les preuves ou les indices matériels qui sont nécessaires à la manifestation de la vérité ;*
2° Empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ainsi que sur leur famille ;
3° Empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices ;
4° Protéger la personne mise en examen ;
5° Garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice ;
6° Mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement ;
7° Mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public provoqué par la gravité de l'infraction, les circonstances de sa commission ou l'importance du préjudice qu'elle a causé. Ce trouble ne peut résulter du seul retentissement médiatique de l'affaire. Toutefois, le présent alinéa n'est pas applicable en matière correctionnelle ».

d'exceptionnel[2143]. Aussi, ce recours non exceptionnel à la détention provisoire a été dénoncé dans le « rapport Raimbourg » sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale[2144]. Qu'en est-il alors des personnes mises en examen qui font l'objet d'un placement ou d'un maintien en détention provisoire alors que leur état de santé s'avère incompatible avec la détention ? La personne détenue provisoire dispose de garanties juridictionnelles qui lui permettent de contester, eu égard à son état de santé, son placement ou son maintien en détention provisoire.

A. L'incapacité à supporter le placement en détention provisoire

358. Une incapacité arguée et vérifiée. Si une personne mise en examen entend contester son placement en détention provisoire eu égard à son état de santé, elle doit démontrer que celui-ci est incompatible avec une mesure de détention provisoire. Toutefois, les juges du fond statuant sur cette contestation doivent vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est incompatible avec cette mesure de détention.

1) Des recours contre l'ordonnance de placement

359. Appel et référé-liberté. La personne détenue peut, par le biais d'une requête en appel, contester son placement en détention provisoire. Mais cette voie de recours n'a pas d'effet suspensif. La personne détenue peut alors saisir le juge des référés afin que l'exécution de la mesure privative de liberté soit provisoirement suspendue.

[2143] Dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2015, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a observé que « *les placements en détention de "prévenus" (dans le cadre de l'instruction ou de la comparution immédiate avant condamnation définitive) restent nettement majoritaires parmi les entrées en détention* ». En 2014, le nombre de placements sous écrou dans les établissements pénitentiaires était de 46 707 pour les personnes prévenues pour un total de 90 665. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, p. 141.

[2144] Les magistrats « *sont présentés par beaucoup comme " culturellement " portés à prononcer des mesures ou des peines privatives de liberté. C'est cette culture qui est avancée pour expliquer la rareté du recours au contrôle judiciaire et à l'assignation à résidence avec surveillance électronique à la place de la détention provisoire ou la fréquence du prononcé de peines d'emprisonnement, qui sont perçues comme la bonne réponse pénale* ». Cette sévérité s'explique, selon ce rapport, par « *leur connaissance imparfaite de la réalité carcérale et des conditions de détention* », par les visites rarement effectuées ou ineffectuées des établissements pénitentiaires mais aussi, par « *la très importante charge de travail qui pèse sur les magistrats […] et sur la chaîne pénale dans son ensemble* ». V. ASSEMBLÉE NATIONALE, Rapport n° 652 d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République en conclusion des travaux d'une mission d'information sur *les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale* et présenté par MM. Dominique RAIMBOURG et Sébastien HUYGHE, Députés, 23 janvier 2013, p. 40-41 [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0652.pdf

a. L'appel contre l'ordonnance de placement en détention provisoire

360. Une voie de recours ordinaire de réformation. Conformément à l'alinéa premier de l'article 186 du Code de procédure pénale, les personnes mises en examen disposent d'un droit d'appel contre les ordonnances de placement en détention provisoire. Ces dernières peuvent alors interjeter appel dans les dix jours qui suivent la notification ou la signification de la décision[2145]. Le dossier de l'information judiciaire est ensuite transmis, avec l'avis motivé du procureur de la République, au procureur général. Ce dernier est ainsi tenu de mettre l'affaire en état dans les quarante-huit heures de la réception des pièces puis de la soumettre, avec son réquisitoire, à la chambre de l'instruction[2146]. La chambre de l'instruction doit se prononcer dans les plus brefs délais et au plus tard dans les dix jours de l'appel, « *faute de quoi la personne concernée est mise d'office en liberté, sauf si des vérifications concernant sa demande ont été ordonnées ou si des circonstances imprévisibles et insurmontables mettent obstacle au jugement de l'affaire dans* [ce délai] »[2147].

L'appel de l'ordonnance de placement en détention provisoire est une voie de recours ordinaire de réformation. Aussi, la personne détenue n'a pas à invoquer de motif particulier à l'appui de sa demande. Mais, par le biais de ce recours, la personne détenue peut invoquer un motif d'ordre médical pour contester son placement en détention provisoire et justifier alors son inaptitude à la détention et ce, en prétendant notamment suivre un traitement médical en milieu libre. La chambre de l'instruction est alors tenue de se prononcer sur le caractère adéquat des soins dispensés en détention et, par là-même, sur l'opportunité du placement en détention provisoire compte tenu de l'état de santé de la personne détenue. Mais, dans l'attente d'une décision de la chambre de l'instruction, l'effectivité de la protection du droit à la santé de la personne détenue et des droits qui en découlent est alors entravée par le caractère non suspensif de la requête en appel sur l'exécution de l'ordonnance de placement attaquée. Le temps que la chambre d'instruction statue sur l'appel, la personne détenue est maintenue en détention provisoire.

[2145] C. pr. pén., art. 186 al. 4.
[2146] C. pr. pén., art. 194.
[2147] C. pr. pén., art. 194.

b. La suspension provisoire de l'exécution de l'ordonnance de placement

361. Le référé-liberté, une procédure visant à contrer l'effet non suspensif de l'appel. La loi n° 93-1013 du 24 août 1993 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes a institué une procédure d'urgence dite du référé-liberté[2148]. En vertu des dispositions de l'article 187-1 du Code de procédure pénale, la personne mise en examen ou le procureur de la République peut, si l'appel est interjeté au plus tard le jour suivant la décision de placement en détention, demander au président de la chambre de l'instruction ou, en cas d'empêchement, au magistrat qui le remplace, d'examiner immédiatement son appel sans attendre l'audience de la chambre de l'instruction. Mais, à peine d'irrecevabilité, la requête en référé doit impérativement être introduite en même temps que la requête en appel devant la chambre de l'instruction.

Cette demande suspend alors l'exécution de l'ordonnance de placement en détention provisoire jusqu'à ce que la chambre de l'instruction ait statué sur l'appel. Le magistrat doit statuer au plus tard le troisième jour ouvrable suivant la demande, au vu des éléments du dossier de la procédure et ce, par une ordonnance non motivée qui n'est pas susceptible de recours. Il peut par conséquent décider, s'il estime que les conditions prévues par les articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale ne sont pas remplies, d'infirmer l'ordonnance du juge des libertés et de la détention et ordonner la remise en liberté de la personne. La chambre de l'instruction est de ce fait dessaisie. Dans le cas contraire, il doit renvoyer l'examen de l'appel à la chambre de l'instruction. Depuis la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, la personne mise en examen peut aussi demander à ce que son recours, formé conformément à l'article 187-1 du Code de procédure pénale, soit directement examiné par la chambre de l'instruction qui statue au plus tard, au vu des éléments du dossier, le cinquième jour ouvrable suivant la demande[2149].

Par l'exercice du référé-liberté, non seulement l'appel interjeté par la personne mise en examen contre l'ordonnance de placement en détention provisoire est examiné plus rapidement mais l'exécution de cette ordonnance est également suspendue. Cette suspension provisoire de l'exécution de l'ordonnance de placement en détention provisoire permet ainsi

[2148] Loi n° 93-1013 du 24 août 1993 modifiant la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale JORF n°0171 du 26 juillet 1994 p. 10751, art. 17.

[2149] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JORF n° 138 du 16 juin 2000 p. 9038 texte n° 1, art. 64-1. V. C. pr. pén., art. 187-2.

d'éviter qu'une personne dont l'état de santé est incompatible avec une mesure de détention ou qui justifie de la nécessité de suivre un traitement médical en milieu libre ne soit placée en détention provisoire. En application des articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale, l'ordonnance de placement sera soit infirmée, soit confirmée au vu du bien-fondé et de la nécessité de la mesure. La détention provisoire sera ordonnée si cette mesure est l'unique moyen permettant de répondre aux exigences prévues par les dispositions des articles 144 et 144-1.

2) Une obligation de vérifier l'incompatibilité de l'état de santé

362. Une obligation à la charge des juges du fond. Toute personne mise en examen peut contester son placement en détention provisoire en faisant valoir que son état de santé est incompatible avec la détention. Conformément à l'article 593 du Code de procédure pénale, la chambre criminelle de la Cour de cassation a rappelé, dans un arrêt du 2 septembre 2009, que « *tout jugement ou arrêt doit comporter les motifs propres à justifier la décision et répondre aux articulations essentielles des mémoires des parties* » et que « *l'insuffisance ou la contradiction des motifs équivaut à leur absence* »[2150]. Aussi, dès lors qu'une personne mise en examen argue que son état de santé est incompatible avec la mesure de détention provisoire, les juges du fond sont tenus de vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est incompatible avec cette mesure de détention. Dans la présente affaire, le requérant avait fait valoir que « *son état de santé, paraplégie et maladie rénale grave, était incompatible avec une mesure de détention provisoire et qu'il subissait un traitement dégradant justifiant sa mise en liberté sous contrôle judiciaire* ». La Cour de cassation a alors jugé « *qu'en se déterminant ainsi, sans répondre au mémoire dans lequel la personne mise en examen faisait valoir que son état de santé était incompatible avec une mesure de détention provisoire, le tribunal supérieur d'appel n'a pas justifié sa décision* ».

Cette solution rendue par la Cour de cassation témoigne d'une prise en considération par le juge judiciaire de l'état de santé de la personne mise en examen dans le prononcé d'une mesure de détention provisoire. Il est à noter que, *« pour la jurisprudence, la décision des magistrats en la matière n'est pas forcément immuable* »[2151]. Par un arrêt du 29 janvier 2008, la chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé que la chambre de l'instruction peut

[2150] Cass. Crim. 2 septembre 2009, n° 09.84172, Bull. n°149.
[2151] LASSERRE-CAPDEVILLE J., « Obligation pour les juridictions du fond de vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est compatible avec cette détention », note sous Cass. Crim. 2 septembre 2009, n° 09.84-172, *AJ Pénal* 2009, p. 452.

« *délivrer, au cours d'une même information, à l'encontre d'une personne placée sous contrôle judiciaire, un titre de détention en raison des mêmes faits, lorsque des circonstances nouvelles entrant dans les prévisions de l'article 144 du code de procédure pénale justifient, eu égard aux nécessités actuelles de l'instruction, la délivrance d'un mandat de dépôt* »[2152]. Le contrôle judiciaire a été motivé par l'état de santé de la personne mise en examen qui limitait ses possibilités de déplacement et était incompatible avec une mesure de détention. Mais, par la suite, cet état de santé s'est amélioré. La chambre de l'instruction a alors constaté que « *l'amélioration de cet état, devenu compatible avec la détention, accroît les possibilités d'autonomie de la personne mise en examen et, en conséquence, le risque de commission par elle de nouveaux actes de violence, et qu'il constitue ainsi une circonstance nouvelle* ; [et a relevé] *enfin, que l'état de récidive de la personne et l'absence de respect, par elle, des obligations de sa libération conditionnelle, rendent insuffisant un contrôle judiciaire pour prévenir un tel risque* »[2153]. Aussi, la chambre de l'instruction peut ordonner un placement en détention provisoire, à raison des mêmes faits et dans la même information, à l'encontre d'une personne placée sous contrôle judiciaire en cas de circonstances nouvelles entrant dans les prévisions des articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale et notamment, en cas d'amélioration de l'état de santé qui accroît les risques de renouvellement de l'infraction.

Par cette prise en compte de l'état de santé de la personne mise en examen dans le prononcé d'une mesure de détention provisoire, le juge judiciaire tente ainsi de parvenir à un équilibre entre la protection de la dignité des personnes mises en examen et la sauvegarde de l'ordre public. En dehors d'un placement en détention provisoire, la capacité à la détention se pose également dans le cadre d'un maintien en détention provisoire.

B. L'incapacité à supporter le maintien en détention provisoire

363. Une conciliation recherchée entre dignité humaine et ordre public. La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes a donné la possibilité à la personne mise en examen de contester le bien-fondé de son maintien en détention provisoire sous réserve que les exigences des articles

[2152] Cass. Crim, 29 janvier 2008, n° 07-87802, Bull. n° 21.
[2153] *Ibidem*.

144 et 144-1 du Code de procédure pénale justifiant la mesure de détention ne soient plus remplies[2154]. Dans un souci de sauvegarde de la dignité humaine et par là-même de sauvegarde du droit à la protection de la santé, le législateur a reconnu, par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, la possibilité pour une personne détenue provisoire de demander une remise en liberté pour motif d'ordre médical[2155]. Mais, eu égard à son droit d'action et d'intervention pour la défense de l'ordre public, le procureur de la République peut contester le bien-fondé d'une mise en liberté et ce, en interjetant appel de l'ordonnance de mise en liberté.

1) Une mise en liberté demandée

Si la personne détenue provisoire peut contester le bien-fondé et la nécessité de son maintien en détention dès lors que les conditions prévues aux articles 144 et 144-1 ne sont plus remplies, le législateur lui a ouvert également la possibilité, par la loi du 15 août 2014, de contester son maintien en détention en faisant valoir l'incompatibilité de son état de santé avec une mesure de détention.

a. La remise en cause du bien-fondé et de la nécessité de la détention

364. Un maintien en détention non justifié au sens des articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale. Avant la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, l'état de santé de la personne mise en examen n'était pas pris en considération dans l'exécution de la détention provisoire[2156]. Par la loi du 15 juin 2000, le législateur a donné la possibilité à la personne mise en examen de demander au juge d'instruction ou, s'il est saisi, au juge des libertés et de la détention, d'ordonner sa mise en liberté immédiate sous réserve que les conditions prévues aux articles 144 et 144-1 ne soient plus remplies et, de ce fait, que la nécessité et le bien-fondé de la détention ne soient plus avérés[2157]. La demande de mise en liberté peut intervenir « *en toute matière* » et « *à tout*

[2154] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JORF n° 138 du 16 juin 2000 p. 9038 texte n° 1, art. 132-VII.
[2155] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 50.
[2156] *Ibidem*.
[2157] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, *op. cit.*

moment », conformément à l'article 148 du Code de procédure pénale. Et, à l'appui de cette demande, la personne mise en examen doit s'engager à se représenter à tous les actes de la procédure aussitôt qu'elle en sera requise et à tenir informé le juge d'instruction de tous ses déplacements[2158]. Cette faculté est également donnée au procureur de la République qui peut requérir à tout moment une demande de mise en liberté[2159]. Il est à noter que, outre cette faculté donnée à la personne mise en examen et au procureur de la République, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire s'avère être avant tout un devoir du juge d'instruction dès lors que ce placement n'apparaît plus justifié au sens des articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale.

La demande de mise en liberté peut être adressée par la personne mise en examen, soit au juge d'instruction, soit à la chambre de l'instruction. En application des dispositions de l'article 148, alinéas 2 et 3, du Code de procédure pénale, la personne mise en examen peut saisir le juge d'instruction d'une demande de mise en liberté qui, s'il n'y donne pas suite favorable, doit la transmettre au juge des libertés et de la détention, avec son avis motivé. Le juge des libertés et de la détention doit alors statuer, par ordonnance motivée, dans un délai de trois jours. La personne détenue a également la possibilité de saisir la chambre de l'instruction d'une demande de mise en liberté qui statuera alors dans les vingt jours de sa saisine[2160]. Selon les modalités de l'article 148-7 du Code de procédure pénale, lorsque la personne mise en examen est détenue à titre provisoire, elle peut demander une mise en liberté au moyen d'une déclaration auprès du chef de l'établissement pénitentiaire qui en assure ensuite la transmission.

Si, au regard des articles 148 et suivants du Code de procédure pénale, l'état de santé de la personne détenue n'est pas un motif pouvant être expressément invoqué à l'appui d'une demande de libération de droit commun, il peut toutefois être, de manière très indirecte, pris en compte lorsque, eu égard à cet état de santé, les conditions prévues aux articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale ne sont plus remplies. Il résulte de l'alinéa premier de l'article 148-1 du Code de procédure pénale que « *la mise en liberté peut aussi être demandée en tout état de cause par toute personne mise en examen, tout prévenu ou accusé, et en toute période de la procédure* ». Aussi, une demande de mise en liberté peut être fondée sur

[2158] C. pr. pén., art. 147.
[2159] C. pr. pén., art. 147.
[2160] Dans un arrêt du 16 janvier 2013 (n° 12-87085), la chambre criminelle de la Cour de cassation a précisé que le point de départ du délai de vingt jours que prévoit l'article 148-4 du code de procédure pénale doit être décompté à partir du lendemain du jour où la déclaration de demande de mise en liberté, formulée auprès du chef de l'établissement pénitentiaire et transmise au greffier de la juridiction, a été transcrite par celui-ci. V. FOURMENT F., « Point de départ du délai de la chambre de l'instruction pour statuer sur une demande directe de mise en liberté », note sous Cass. Crim., 16 janvier 2013, n° 12-87085, *Gaz. Pal.* 2013, p. 42.

l'incompatibilité de l'état de santé de la personne détenue avec un maintien en détention provisoire. Néanmoins, les dispositions de l'article 148-1 du Code de procédure pénale ne sont pas suffisantes pour garantir aux personnes mises en examen que l'incompatibilité de leur état de santé avec la mesure de détention suffise à elle seule à justifier une remise en liberté.

b. La mise en liberté pour un motif médical

365. La question de l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention provisoire. Si, par la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, le législateur a donné la possibilité à la personne mise en examen de contester le bien-fondé de son maintien en détention provisoire, il ne lui a pas permis de le faire expressément pour des raisons médicales[2161]. Le dispositif prévu à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, qui a pour objet de suspendre l'exécution d'une peine privative de liberté pour raisons médicales, ne peut être appliqué qu'en faveur d'une personne condamnée. Les personnes en détention provisoire sont donc exclues du champ d'application de ce dispositif. Avant la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, aucune disposition légale ne permettait aux personnes placées en détention provisoire de bénéficier d'une remise en liberté au seul motif que leur état de santé n'était pas compatible avec un maintien en détention.

Néanmoins, la jurisprudence a engagé une évolution sur ce point. La chambre criminelle de la Cour de cassation a reconnu que l'état de santé de la personne placée en détention provisoire doit être compatible avec cette mesure de détention[2162]. Aussi, à défaut de compatibilité, la personne mise en examen doit être remise en liberté sous réserve que l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention ait bien été démontrée. Les juges du fond, saisis d'une demande de mise en liberté, sont alors tenus de vérifier si l'état de santé de la personne détenue à titre provisoire est compatible avec un maintien en détention. À cet égard, la chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Dijon a ordonné, dans un arrêt du 6 octobre 2012, la remise en liberté d'une personne détenue à titre provisoire du fait que son état de

[2161] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JORF n° 138 du 16 juin 2000 p. 9038 texte n° 1, art. 132-VII.

[2162] V. par ex., Cass. Crim., 24 juin 2009, n° 09-82487 ; Cass. Crim., 16 décembre 2009, n° 09-86356 ; Cass. Crim., 24 mai 2011, n° 11-81062 ; Cass. Crim., 3 octobre 2012, n° 12-84928 ; Cass. Crim., 16 avril 2013, n° 13-81131 ; Cass. Crim., 21 janvier 2014, n° 13-87247 ; Cass. Crim., 17 juin 2014, n° 14-82674.

santé n'était pas compatible avec la mesure de détention provisoire et que l'adaptation nécessaire des conditions de détention à son état de santé était très difficilement réalisable, et aurait déjà été mise en œuvre par l'administration pénitentiaire si elle en avait eu la possibilité[2163]. Si la chambre criminelle de la Cour de cassation a précisé que la dégradation de l'état de santé doit être la conséquence directe des conditions matérielles de détention[2164], elle a en revanche rejeté l'idée selon laquelle les conditions de détention indignes peuvent, à elles seules, fonder une remise en liberté. Par un arrêt du 28 février 2012, la chambre criminelle a en effet jugé qu'une chambre de l'instruction, saisie d'une demande de mise en liberté d'une personne mise en examen motivée notamment par le caractère inhumain et dégradant des conditions de détention, a justifié sa décision de rejet, conformément aux seules exigences des articles 137-3 et 143-1 et suivants du Code de procédure pénale, dès lors que n'étaient pas allégués des éléments propres à la personne concernée suffisamment graves pour mettre en danger sa santé physique ou mentale[2165]. Cette évolution de la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation a par conséquent préparé la réforme opérée par la loi du 15 août 2014.

366. La création d'un motif médical de demande de mise en liberté[2166]. Face à cette inégalité de traitement entre les personnes condamnées et les personnes prévenues, le législateur a dû réagir afin que les personnes placées en détention provisoire puissent également faire valoir l'incompatibilité de leur état de santé avec la mesure de détention. Aux termes de la proposition de loi n° 232 relative à la création d'un dispositif de suspension de détention provisoire pour motif d'ordre médical déposée au Sénat, le 16 décembre 2013, « *la détention, aussi provisoire soit-elle, ne constitue pas moins une soumission de la personne mise en examen à la pénibilité des conditions d'une incarcération en maison d'arrêt.* […] *Il est impératif que les personnes détenues, avant tout jugement, et dès lors, présumées innocentes, bénéficient d'une procédure rapide et efficace, lorsque leur état de santé est incompatible avec la détention. Elles doivent pouvoir en bénéficier, au même titre que les*

[2163] Dijon, 6 janvier 2012, n° 2012-00014. V. LÉNA M., « Suspension médicale de détention provisoire », obs. sous Dijon, 6 janvier 2012, *Dalloz actualité*, 25 janvier 2012.
[2164] Cass. Crim., 29 février 2012, n° 11-88441.
[2165] Cass. Crim., 29 février 2012, n° 11-88441. V. SENNA É., « Des conditions de détention indignes ne peuvent fonder une remise en liberté », note sous Cass. Crim. 29 février 2012, pourvoi n° 11-88441, *AJ Pénal* 2012, p. 471.
[2166] SIMON A., « De la suspension de détention provisoire à la demande de mise en liberté pour motif médical. Genèse d'une réforme à venir de la procédure pénale », *Arpenter le champ pénal*, 4 mars 2014 [consulté le 11 juillet 2014]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr/2014/03/de-la-suspension-de-detention.html

personnes condamnées, pour ne pas dire à plus juste titre ». À cet égard, le législateur a proposé la mise en place d'un dispositif de suspension de détention provisoire pour raison médicale. Aussi, « *lorsqu'une personne est placée en détention provisoire, quelle que soit la nature de l'infraction ayant motivé son examen, la suspension de cette détention peut être ordonnée par le juge d'instruction dans les conditions prévues à l'article 148 du code de procédure pénale pour les personnes détenues dont il est établi qu'elles sont atteintes d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est incompatible avec le maintien en détention, hors les cas des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux* ».

La proposition de loi a été adoptée, le 13 février 2014, en première lecture par le Sénat puis, transmise à l'Assemblée nationale. Cependant, la version adoptée par les sénateurs prévoyait, non pas une suspension de la détention provisoire pour raison médicale mais, une remise en liberté pour motif d'ordre médical. Ce dispositif de mise en liberté pour raisons médicales a finalement été consacré par la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales [2167]. Aux termes de l'article 147-1 du Code de procédure pénale, « *en toute matière et à tous les stades de la procédure, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention* »[2168]. Les dispositions de l'article 147-1 reprennent expressément les deux critères médicaux de la suspension de peine pour raisons médicales prévus à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale. La mise en liberté d'une personne détenue à titre provisoire peut alors être ordonnée lorsqu'il est établi que cette personne souffre d'une pathologie engageant le pronostic vital ou lorsque son état de santé est incompatible avec le maintien en détention[2169].

Qu'il s'agisse d'un placement ou d'un maintien en détention provisoire, l'état de santé des personnes détenues est pris en considération dans l'exécution de la détention. Le contrôle

[2167] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 50.

[2168] La mise en liberté des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peut être ordonnée en application de l'article 147-1 du Code de procédure pénale.

[2169] Le motif médical doit être établi par une expertise médicale. Toutefois, en cas d'urgence, la mise en liberté peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle cette personne est prise en charge ou par le remplaçant de ce médecin.

du juge judiciaire contribue ainsi à garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé des personnes détenues et des droits en matière de santé qui en découlent. Toutefois, la réforme pénale opérée par la loi du 15 août 2014 n'a pas prévu la possibilité d'ordonner la mise en liberté des femmes placées en détention provisoire enceintes de plus de douze semaines. Il aurait été souhaitable que ces femmes puissent bénéficier, pour des raisons familiales mais surtout médicales, d'une mise en liberté à l'image de l'exécution différée de la peine ou de son exécution en milieu ouvert que peuvent obtenir les femmes condamnées en application des dispositions de l'article 708-1 du Code de procédure pénale[2170].

Afin de préserver l'ordre public, il est à noter que la mise en liberté peut être prescrite, d'office ou à la demande de l'intéressée, sous réserve que cette mesure ne fasse pas courir un risque grave de renouvellement de l'infraction. De même, l'état de santé de la personne peut constituer un élément nouveau permettant qu'elle fasse l'objet d'une nouvelle décision de placement en détention provisoire dès lors que les conditions de cette mesure prévues aux 144 et 144-1 du Code procédure pénale sont réunies. Et, au titre de son droit d'action et d'intervention pour la défense de l'ordre public, le procureur de la République peut, s'il estime que la protection de l'ordre public n'est pas suffisamment garantie, faire appel de l'ordonnance de mise en liberté.

2) Une mise en liberté contestée

367. Un droit de recours du procureur de la République : appel ordinaire et appel concomitant à un référé-détention. Le bien-fondé d'une mesure de mise en liberté peut être contesté par le procureur de la République qui peut interjeter appel contre l'ordonnance de mise en liberté. Conformément aux dispositions de l'article 185 du Code de procédure pénale, le ministère public a le droit d'interjeter appel de toutes les ordonnances du juge d'instruction ou du juge des libertés et de la détention par déclaration au greffe du tribunal dans les cinq jours qui suivent la notification de la décision[2171].

[2170] Créé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 25.
[2171] L'appel du procureur de la République doit être formé dans un délai de cinq jours à compter de la notification de l'ordonnance du juge d'instruction ou du juge des libertés et de la détention. Quant à l'appel du procureur général, il doit être interjeté dans les dix jours qui suivent l'ordonnance du juge.

Outre ce droit d'appel général et absolu, le procureur de la République peut, en application des articles 148-1-1 et 187-3 du Code de procédure pénale, interjeter appel de l'ordonnance devant la chambre de l'instruction et saisir, dans le même temps, à peine d'irrecevabilité, le premier président de la Cour d'appel d'un référé-détention[2172]. Pour autant, seules les ordonnances de mise en liberté contraires aux réquisitions du procureur de la République peuvent faire l'objet d'une procédure de référé-détention. Instituée par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002, cette procédure du référé-détention permet au procureur de la République de faire échec au caractère non suspensif de sa requête en appel et, par conséquent, de suspendre rapidement l'exécution de l'ordonnance de mise en liberté jusqu'à ce que le Premier président de la Cour d'appel ait statué sur la demande de mise en liberté[2173]. Ce magistrat est tenu de statuer au plus tard le deuxième jour ouvrable à compter de sa saisine[2174]. En fonction de la nécessité ou non d'une détention provisoire, autrement dit selon que les exigences des articles 144 et 144-1 du Code de procédure pénale sont remplies ou non[2175], le Premier président de la Cour d'appel peut ordonner soit, la suspension des effets de l'ordonnance de mise en liberté jusqu'à ce que la chambre de l'instruction ait statué sur l'appel du ministère public ; soit, la mise en liberté immédiate de la personne mise en examen[2176]. Cette dernière est alors tenue de statuer dans les plus brefs délais et au plus tard dans les dix jours de l'appel[2177].

La question de l'effectivité des recours contre les ordonnances de placement ou de maintien en détention provisoire est posée. En décembre 2012, une centaine d'avocats du barreau ont dénoncé, dans une pétition publiée, le 11 décembre 2012, sur le site du journal Libération, la sévérité excessive de la chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Paris. Ils ont reproché à la chambre de l'instruction de poser « *la détention provisoire et le huis clos comme la règle, et la liberté et la publicité des débats comme l'exception* ». Les avocats ont

[2172] Conformément au principe d'impartialité, ce magistrat saisi du référé-détention ne pourra pas faire partie de la composition de la chambre de l'instruction qui statuera sur l'appel du ministère public et ce, à peine de nullité (C. pr. pén., art. 187-3 al. 6).
[2173] Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002 p. 14934 texte n° 1, art. 38.
[2174] C. pr. pén., art. 187-3 al. 2. Si le premier président de la Cour d'appel n'a pas statué dans le délai qui lui était imparti, la personne placée en détention provisoire est remise en liberté sous réserve qu'elle ne soit pas détenue pour une autre cause.
[2175] C. pr. pén., art. 144 et 144-1.
[2176] La décision par laquelle le premier président, saisi en matière de référé-détention, ordonne la suspension des effets d'une ordonnance de mise en liberté n'est, aux termes de l'article 187-3, alinéa 3, du Code de procédure pénale, susceptible d'aucun recours (Cass. Crim., 9 décembre 2003, n° 03-85939).
[2177] C. pr. pén., art. 187-3 al. 4. A défaut de décision dans ce délai, la personne mise en examen est remise en liberté si elle n'est pas détenue pour une autre cause.

déploré que « *la quasi-totalité des ordonnances de rejet de demande de mise en liberté, des ordonnances de placement en détention provisoire, et des ordonnances de prolongation de la détention provisoire* [soient] *confirmées par la chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Paris* » et, a contrario que *« les appels du parquet dans le cadre de la procédure dite du référé-détention* [soient] *régulièrement couronnés de succès* ». En somme, les membres du barreau ont accusé la chambre d'instruction de n'exercer plus « *aucun contrôle ni sur la légitimité d'un placement ou d'une prolongation ni sur les délais de détention provisoire des mis en examen présumés innocents* » et de n'être qu' « *une chambre de validation* »[2178]. Ce manque d'effectivité des recours a une incidence négative sur l'effectivité même du droit à la protection de la santé des personnes détenues ainsi que des droits qui en découlent. Comment la personne détenue peut-elle faire valoir le respect de ses droits en matière de santé, si elle est privée de voies de recours effectives ?

Il convient à présent d'étudier les recours par lesquels une personne condamnée peut obtenir sa libération pour des raisons médicales.

§2. La libération de la personne détenue condamnée

368. Des aménagements de peine sous écrou. Conformément à l'article 2 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire, le service public pénitentiaire est « *organisé de manière à assurer l'individualisation et l'aménagement des peines des personnes condamnées* »[2179]. Toute personne condamnée peut solliciter une mesure d'aménagement de peine, notamment pour des raisons médicales[2180]. L'opportunité de prononcer un aménagement de peine sous écrou est appréciée par le juge d'application des peines au regard de plusieurs critères. D'une part, les critères classiques d'octroi propres à chacune des mesures d'aménagement de peine doivent être remplis, comme celui de l'état de santé de la personne détenue ou de la nécessité de suivre un traitement médical adapté pour

[2178] « Une pétition d'avocats contre un "dysfonctionnement" judiciaire », *Libération.fr*, le 11 décembre 2012, mis à jour le 12 décembre 2012 [consulté le 12 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.liberation.fr/societe/2012/12/11/une-petition-d-avocats-contre-un-dysfonctionnement-judiciaire_866913

[2179] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.

[2180] Sur l'évolution des dispositifs juridiques tendant à la libération pour raison médicale des personnes détenues, V. PONCELA P., « La question des libérations pour raisons médicales » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 41-47.

les demandes d'aménagement de peine pour motif d'ordre médical[2181]. D'autre part, un critère supplémentaire est parfois pris en compte, celui des conditions de détention contraires à la dignité humaine. Aussi, le juge d'application des peines tient compte certes du taux d'occupation de l'établissement pénitentiaire mais aussi des conditions effectives de détention et ce, au regard des dispositions de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[2182]. Il ne s'agit pas des conditions de détention générales, autrement dit propres à l'établissement pénitentiaire, mais des conditions de vie matérielles dans lesquelles se trouve placée la personne condamnée[2183]. Pratique d'origine jurisprudentielle, l'examen de ce critère a été légalisé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales et introduit à l'article 707 du Code de procédure pénale[2184]. Aux termes de cet article, « *toute personne condamnée incarcérée en exécution d'une peine privative de liberté bénéficie, chaque fois que cela est possible, d'un retour progressif à la liberté en tenant compte des conditions matérielles de détention et du taux d'occupation de l'établissement pénitentiaire, dans le cadre d'une mesure de semi-liberté, de placement à l'extérieur, de placement sous surveillance électronique, de libération conditionnelle ou d'une libération sous contrainte, afin d'éviter une remise en liberté sans aucune forme de suivi judiciaire* ».

Dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2015, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a observé qu' « *au premier janvier 2015, parmi les 60 742 condamnés écroués, 12 689 étaient en aménagement de peine non détenus et 2 659 en semi-liberté ou en placement extérieur hébergés* » et « *donc 45 394 condamnés étaient détenus sans aménagement de peine* »[2185]. Aussi, en 2015, près de 75 % des personnes détenues condamnées ne bénéficiaient pas d'aménagement de peine.

[2181] Par ex. : Cass. Crim., 7 janvier 2009, n° 08.83364 (à propos de la suspension de peine pour raison médicale).
[2182] Cass. Crim., 25 novembre 2009, n° 09-82971. V. aussi, la décision du juge d'application des peines (JAP) de Bobigny du 26 mai 2011 dans laquelle il a accueilli la demande de libération conditionnelle au motif que les conditions de détention (brimades et insultes d'un surveillant pénitentiaire) subies par la personne détenue étaient contraires au respect de la dignité humaine.
[2183] Cass. Crim., 25 novembre 2009, n° 09-82971.
[2184] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1.
[2185] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, p. 143-144.

Voir, ci-après, l'évolution détaillée des personnes écrouées sans aménagement de peine et des personnes écrouées disposant d'un aménagement de peine retracée dans un tableau inséré dans les séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 publiées par le bureau des études et de la prospective de la sous-direction des personnes placées sous main de justice[2186] :

Tableau 4 : Evolution détaillée des effectifs des personnes placées sous main de justice au premier janvier de chaque année

Champ : France entière

Au 1er janvier	Personnes écrouées sans aménagement de peine	Personnes écrouées disposant d'un aménagement de peine						Personnes suivies en milieu ouvert (1)	Ensemble des personnes placées sous main de justice
		Placement sous surveillance électronique de fin de peine (SEFIP)	Placement sous surveillance électronique fixe	Semi-liberté	Placements à l'extérieur hébergés	Placements à l'extérieur non hébergés	Ensemble des aménagements de peine		
2005	56 794	-	709	1 189	248	257	2 403	129 784	188 981
2006	56 905	-	871	1 221	218	307	2 617	146 567	206 089
2007	56 711	-	1 648	1 339	352	353	3 692	145 675	206 078
2008	59 060	-	2 506	1 632	384	421	4 943	148 077	212 080
2009	60 232	-	3 431	1 643	377	495	5 946	159 232	225 410
2010	58 797	-	4 489	1 665	516	622	7 292	168 671	234 760
2011	58 508	61	5 706	1 677	359	664	8 467	173 022	239 997
2012	62 559	528	7 889	1 857	371	576	11 221	173 063	246 843
2013	64 384	624	9 029	1 785	403	573	12 414	175 200	251 998
2014	64 935	570	9 591	1 765	375	647	12 948	174 108	251 991

(1) Hors surveillance judiciaire, stage de citoyenneté, suspensions de peine pour raison médicale, ARSE et ARSEM (Voir le T46)

Sources :

Ecroués, Semi-liberté, PE : Statistique mensuelle des personnes écrouées (DAP/PMJ5)

PSE : Statistique PSE, pôles centralisateurs PSE (DAP/PMJ5)

Milieu ouvert : Statistique du milieu ouvert issue de collectes manuelles auprès des antennes des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (DAP/PMJ5)

La personne détenue condamnée peut demander à bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine notamment pour des raisons médicales. Et « *la santé est devenue un élément à prendre en compte dans l'exécution de la peine. Cette démarche répond à la finalité de la peine privative de liberté : la réinsertion. Préparer la réinsertion d'une personne détenue, c'est assurément lui dispenser des soins auxquels elle peut prétendre en tant que patient et tenir compte des exigences médicales dans l'exécution de la peine* »[2187].

[2186] DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, Sous-direction des personnes placées sous main de justice, Bureau des études et de la prospective, *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014*, mai 2014, p. 18 [consulté le 15 août 2014]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF

[2187] THIERRY J.-B., « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », in MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES), MINISTERE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 48 [consulté le 24 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

Aussi, pour des raisons médicales, le juge de l'application des peines peut ordonner, selon la mesure d'aménagement de peine prononcée, soit une libération partielle, soit une libération totale de la personne condamnée pour un motif d'ordre médical.

A. La libération partielle pour motif médical

369. Une conciliation entre des besoins de santé et un maintien en détention. La personne condamnée peut bénéficier de mesure d'aménagement de peine l'autorisant à quitter de manière partielle l'établissement pénitentiaire à des fins médicales. Ces mesures permettent ainsi de concilier les besoins de santé de la personne détenue avec un maintien en détention. La libération de la personne détenue n'est autorisée que pour un temps déterminé, plus ou moins court selon l'aménagement de peine prononcé. À la fin du temps imparti, la personne est tenue de regagner l'établissement pénitentiaire.

1) Des autorisations temporaires de sortie

370. La permission de sortir. Conformément à l'article 723-3 du Code de procédure pénale, la permission de sortir peut être accordée par le juge de l'application des peines à une personne condamnée afin qu'elle puisse s'absenter d'un établissement pénitentiaire pendant une période de temps déterminée qui s'impute sur la durée de la peine en cours d'exécution[2188]. Cette mesure d'aménagement de peine n'a donc pas d'effet suspensif sur l'exécution de la peine. Les permissions de sortir ont pour objet de préparer la réinsertion professionnelle ou sociale des personnes condamnées, de maintenir leurs liens familiaux mais aussi de leur permettre d'accomplir une obligation exigeant leur présence[2189]. Les conditions dans lesquelles ces permissions peuvent être accordées aux personnes détenues sont encadrées par les articles D. 142 et suivants du Code de procédure pénale. Aussi, selon l'article D. 142, la permission de sortir peut être accordée à une personne condamnée, pour une ou plusieurs

[2188] V. C. pr. pén., art. 712-5 : « *Sauf en cas d'urgence, les ordonnances concernant les réductions de peine, les autorisations de sorties sous escortes et les permissions de sortir sont prises après avis de la commission de l'application des peines.*
Cette commission est réputée avoir rendu son avis si celui-ci n'est pas intervenu dans le délai d'un mois à compter du jour de sa saisine.
La commission de l'application des peines est présidée par le juge de l'application des peines ; le procureur de la République et le chef d'établissement en sont membres de droit. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation y est représenté ».
[2189] C. pr. pén., art. 723-3 al. 2. V. C. pr. pén., art. D. 142 s.

sorties, l'autorisant à se rendre en un lieu situé sur le territoire national. Toute personne condamnée qui demande une permission de sortir est néanmoins tenue de se soumettre non seulement aux mesures de contrôle prévues à l'article 132-44 du Code pénal mais aussi aux obligations énoncées par l'article 132-45 du Code pénal. Parmi les différentes permissions de sortir pouvant être accordées à une personne condamnée figure la permission de sortir pour une présentation à une structure de soins.

Aux termes de l'article D. 143-4 du Code de procédure pénale, créé par le décret du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte[2190], « *des permissions de sortir d'une durée n'excédant pas la journée peuvent être accordées dans les cas suivants aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale n'excédant pas cinq ans ainsi qu'aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale supérieure à cinq ans lorsque ces dernières ont exécuté la moitié de leur peine :* […] *3° Présentation à une structure de soins* »[2191]. Mais cette durée d'une journée n'est pas forcément adaptée aux besoins médicaux des personnes détenues. L'état de santé de certaines personnes détenues peut contraindre ces dernières à suivre un traitement médical administré dans une structure de soins à l'extérieur pour une durée, par exemple, de trois jours. Dans ce cas, les personnes détenues ne peuvent donc pas bénéficier de cette mesure d'aménagement de peine. Or, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait recommandé, dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2012, que soit créée « *"une permission de sortir pour raison médicale" dont la durée pourrait tenir compte des besoins médicaux de la personne concernée* »[2192].

Il convient de noter que le décret du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte a durci les conditions nécessaires à l'obtention une permission de sortir d'une part, en supprimant le caractère « régulier » de cette possibilité offerte aux personnes détenues[2193] et d'autre part, en limitant le bénéfice de cette mesure

[2190] Décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, texte n° 12, art. 5.

[2191] Cet article reprend les dispositions de l'ancien article D. 143 qui prévoyait qu'une permission de sortir pouvait être accordée, dans les mêmes conditions, à une personne condamnée pour une « *présentation dans un centre de soins* ».

[2192] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 254.

[2193] Décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, texte n° 12, art. 2. C. pr. pén., art. 118.

d'aménagement de peine, lorsqu'elle est accordée en vue de l'accomplissement d'une obligation exigeant la présence de la personne détenue, que dans les cas où cette dernière « *ne peut être représentée auprès de* l'organisme et [que] *ce dernier est dans l'impossibilité d'intervenir au sein de l'établissement pénitentiaire* », ou, dans les autres cas, si « *les conditions de la visioconférence ne sont pas réunie*s »[2194].

371. L'autorisation de sortie sous escorte, une mesure exceptionnelle. S'agissant d'une demande de permission de sortir pour se rendre à une consultation dans un centre de soins, la chambre criminelle de la Cour de cassation a, dans un arrêt du 17 mars 2010, rejeté le pourvoi formé par une personne condamnée contre l'ordonnance du président de la chambre de l'application des peines qui n'a autorisé, à titre exceptionnel, que sa sortie sous escorte. Cette ordonnance infirmait l'ordonnance du juge de l'application des peines qui avait fait droit à sa demande de permission de sortir à des fins médicales. Malgré l'état de santé très dégradé de la personne condamnée, le président de la chambre de l'application des peines a justifié sa décision d'octroyer, à titre exceptionnel, une autorisation de sortie sous escorte à la personne condamnée en raison du signalement de cette dernière au répertoire des détenus particulièrement signalés (D.P.S.). Aux termes des articles 148-5 et 723-6 du Code de procédure pénale, une autorisation de sortie sous escorte peut être accordée, à titre exceptionnel, à une personne détenue, par le juge de l'application des peines, après avis de la commission de l'application des peines[2195]. Dès lors, toute personne détenue dont l'état de santé nécessite qu'elle se présente à une structure de soins en milieu libre peut bénéficier d'une autorisation de sortie sous escorte.

Il est à préciser que ce décret durcissant les conditions d'octroi des permissions de sortir a été adopté suite à un fait divers survenu en octobre 2015. En mai 2015, une personne détenue au centre pénitentiaire de Réau (Seine-et-Marne) avait profité d'une permission de sortir, accordée en vue de maintenir ses liens familiaux, pour s'évader. Et, le 5 octobre 2015, à l'occasion d'un braquage, cette dernière s'était livrée à une course poursuite avec la police avant d'ouvrir le feu sur les agents de police et de blesser grièvement l'un des agents. Dénonçant la manière de « *Gouverner sous le coup de l'émotion, selon l'adage "un fait divers, une loi"* », l'Observatoire international des prisons (O.I.P.) n'a pas manquer de préciser que « *dans 99,5 % des cas, ces permissions – 50 000 chaque année – se passent sans incident, permettent aux personnes détenues de préparer leur sortie, chercher un emploi, un logement, voir leurs proches dans des conditions de "normalité" perdues derrière les barreaux* ». En sus, l'O.I.P. a ajouté que « *ces "évasions" – 295 en 2013 – sont en réalité souvent des cas de retard et de non réintégration dans les délais (certains détenus se décidant à revenir au bout de quelques jours)* ». V. OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, « Permissions de sortir : à chaque drame, une loi ? Et pourquoi pas une loi à chaque réussite ? » [consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : www.oip.org/index.php/bibliotheque/item/1227-permissions-de-sortir-a-chaque-drame-une-loi-et-pourquoi-pas-une-loi-a-chaque-reussite

[2194] Décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, texte n° 12, art. 5. V. C. pr. pén., art. D. 145.

[2195] Cass. Crim., 17 mars 2010, n° 09-84719.

372. Une exécution de la peine sous le régime du placement à l'extérieur ou de la semi-liberté. Dans leur rédaction issue de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, les articles 723-1 et 723-7 du Code de procédure pénale prévoient que le juge de l'application des peines peut décider que la peine s'exécutera sous le régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur soit en cas de condamnation à une ou plusieurs peines privatives de liberté dont la durée totale n'excède pas deux ans, soit lorsqu'il reste à subir par le condamné une ou plusieurs peines privatives de liberté dont la durée totale n'excède pas deux ans, hormis le cas des condamnations en récidive légale où les durées de deux ans sont réduites à un an[2196]. À l'instar des permissions de sortir, la précision selon laquelle les personnes détenues pouvaient bénéficier de manière « régulière » de ces aménagements de peine a été supprimée par le décret du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte[2197].

Aux termes de l'article 723 du Code de procédure pénale, « *le condamné admis au bénéfice du placement à l'extérieur est astreint, sous le contrôle de l'administration, à exercer des activités en dehors de l'établissement pénitentiaire* »[2198]. L'exécution de ces activités peut être ou non soumise à la surveillance du personnel pénitentiaire. En dehors des périodes d'activité, la personne condamnée est tenue de rejoindre l'établissement pénitentiaire au sein duquel elle est incarcérée. À l'instar du placement à l'extérieur, la personne condamnée admise au bénéfice de la semi-liberté est autorisée à exercer des activités en dehors de l'établissement pénitentiaire[2199]. Elle n'est en revanche pas soumise au contrôle de l'administration pendant l'exécution de ses activités, elle est seulement astreinte à rejoindre l'établissement pénitentiaire. Il est à noter que ces mesures d'aménagement de peine peuvent être prononcées, à titre probatoire, avant une libération conditionnelle du condamné[2200]. Afin d'être admise au bénéficie du placement à l'extérieur ou de la semi-liberté, la personne condamnée peut notamment justifier, parmi les activités prévues à l'article 132-25 du Code pénal, de la nécessité de suivre un traitement médical. Conformément aux articles D. 136 et D. 137 du Code pénal, les jours et heures de sortie et de retour ainsi que les conditions particulières propres à la nature de l'activité ou du traitement et à la personnalité du condamné sont déterminés par le juge de l'application des peines.

[2196] Sauf pour les récidivistes où il reste fixé à un an, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a élevé le seuil des peines ou des reliquats de peine à deux ans.
[2197] Décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, texte n° 12, art. 2. Cf. *supra* n° 372.
[2198] V. aussi C. pr. pén., art. D. 121 à D. 125-1 et D. 137 à D. 138.
[2199] C. pr. pén., art. 723 al. 2. V. aussi C. pr. pén., art. D. 121 à D. 136.
[2200] C. pr. pén., art. 723-1 al. 2.

Ces mesures offrent ainsi à la personne condamnée la possibilité de suivre un traitement médical à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, avec ou sans contrôle de l'administration pénitentiaire, à charge pour elle de réintégrer l'établissement pénitentiaire en dehors de la période du traitement. La personne condamnée admise au régime du placement à l'extérieur ou de la semi-liberté s'engage alors à respecter le suivi du traitement médical[2201]. Cependant, dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a observé que « *les soins constituent une carence importante de la semi-liberté telle qu'elle fonctionne* »[2202]. La personne détenue placée sous le régime de la semi-liberté « *n'a plus accès aux dispositifs des établissements pénitentiaires* ». Le Contrôleur a alors constaté que la personne détenue doit trouver les ressources nécessaires à la prise en charge de sa santé, à savoir notamment une couverture sociale et des soins de proximité. En outre, le Contrôleur a relevé que, « *s'agissant des obligations de soins imposées par les magistrats (notamment dans les hypothèses d'addiction), les centres spécialisés sont souvent saturés et les délais d'attente se chiffrent en semaines ou en mois* » et que « *comme la semi-liberté ne dépasse pas elle-même quelques mois, les obligations ne sont pas du tout, ou seulement en partie suivies d'effet* »[2203].

2) Une exécution fractionnée de la peine

373. Le fractionnement de peine. Conformément à l'article 720-1 du Code de procédure pénale, le juge de l'application des peines peut, en matière correctionnelle, prononcer le fractionnement d'une peine d'emprisonnement. À l'instar de la suspension de peine de droit commun, une mesure de fractionnement ne peut être accordée qu'aux personnes condamnées à une peine d'emprisonnement dont le reliquat restant à subir est inférieur ou égal à deux ans. Cette mesure d'aménagement de peine permet alors à la personne condamnée d'exécuter sa peine par fractions. Elle implique un « découpage » de l'exécution de la peine privative de liberté. Toutefois, le fractionnement de la peine ne peut excéder une période de quatre ans. Et chaque fraction ne peut être inférieure à deux jours. En vertu de l'article 720-1 du Code de procédure pénale, une personne condamnée peut solliciter un fractionnement de sa peine pour un motif d'ordre médical. L'exécution fractionnée de la peine permet alors à la personne

[2201] C. pr. pén., art. D. 137.
[2202] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Avis du 26 septembre 2012 relatif à la mise en œuvre du régime de semi-liberté*, JORF du 23 octobre 2012 texte n° 62.
[2203] *Ibidem.*

condamnée de faire face à ses problèmes de santé et de suivre un traitement médical adapté en milieu libre.

B. La libération totale pour motif médical

374. Une libération pour une prise en charge médicale adaptée en milieu libre. Eu égard à l'état de santé de la personne condamnée, une conciliation entre cet état et le maintien en détention peut s'avérer difficile voire impossible, l'état de santé étant devenu incompatible avec l'exécution de la mesure de privation de liberté. Des aménagements de peine peuvent alors être prononcés en faveur d'une personne condamnée afin que celle-ci bénéficie d'une mise en liberté anticipée pour un motif d'ordre médical. La personne condamnée n'aura donc plus à exécuter, au sein d'un établissement pénitentiaire, la peine privative de liberté à laquelle elle a été condamnée et ce, de manière définitive[2204] ou en raison d'une exécution différée de la peine.

1) Une libération définitive

375. Le placement sous surveillance électronique fixe. Mesure d'aménagement de peine privative de liberté au sens strict, le placement sous surveillance électronique fixe consiste, conformément à l'article 132-26-2 du Code pénal, à interdire à la personne condamnée de sortir de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge d'application des peines, en dehors des périodes fixées par celui-ci[2205]. Cette mesure de libération anticipée peut être prononcée en faveur des personnes condamnées soit à une ou plusieurs peines privatives de liberté dont la durée totale n'excède pas deux ans (ou un an en cas de récidive légale) soit

[2204] La libération est en principe définitive sous réserve que la personne condamnée se conforme aux obligations particulières inhérentes au régime de l'aménagement de peine sous lequel elle est admise. Dans le cas contraire, la révocation de la mesure d'aménagement de peine peut être prononcée.

[2205] V. aussi C. pr. pén., art. 723-7 à 723-12. Le placement sous surveillance électronique, dit fixe ou statique, ne doit pas être confondu avec le placement sous surveillance électronique mobile défini à l'article 131-36-9 du Code pénal (C. pr. pén., art. 706-53-19, 722-30, 731-1 et 763-10 et suivants) et qui consiste en une mesure de sûreté post-carcérale mise en place dans le cadre du suivi socio-judiciaire d'une personne condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans, ou, lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit commis une nouvelle fois en état de récidive légale d'une durée égale ou supérieure à cinq ans, et dont la dangerosité a été constatée par expertise médicale.

lorsque le reliquat de peine n'excède pas deux ans (ou un an en cas de récidive légale)[2206]. Elle peut également être accordée en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement lorsque la partie ferme de la peine est inférieure ou égale à deux ans (ou, en cas de récidive légale, inférieure ou égale à un an). Sur le fondement de l'article 723-12 du Code de procédure pénale, le juge de l'application des peines peut à tout moment, à la demande de la personne condamnée, désigner un médecin afin de vérifier que la mise en œuvre de ce procédé ne présente pas d'inconvénients pour la santé de la personne[2207].

Les périodes et les lieux peuvent être fixés par le juge de l'application des peines en tenant compte, notamment de la prescription d'un traitement médical. Dès lors, la personne condamnée doit, pour bénéficier de cette mesure de libération anticipée, s'engager à suivre le traitement médical sous peine, dans le cas contraire, de se voir retirer le bénéfice du placement sous surveillance électronique fixe[2208].

376. Des mesures de libération conditionnelle à des fins médicales. Conformément à l'article 729 du Code de procédure pénale, la mesure de libération conditionnelle vise à réinsérer la personne condamnée dans la société et à prévenir la récidive. Aussi, le juge de l'application des peines ou le tribunal de l'application de peines peut accorder le bénéfice d'une libération conditionnelle en faveur d'une personne condamnée à une ou plusieurs peines privatives de liberté sous réserve qu'elle manifeste des efforts sérieux de réadaptation sociale[2209]. Pour cela, la personne condamnée doit également justifier « *soit de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un stage, d'un emploi temporaire ou du suivi assidu d'un*

[2206] C. pr. pén., art. 723-7. Les conditions d'exécution de cette modalité d'exécution de la peine sont précisées aux articles R. 57-10 à R. 57-30 du Code de procédure pénale. Un décret du 27 octobre 2010 relatif aux modalités d'exécution des fins de peines d'emprisonnement en l'absence de tout aménagement de peine avait créé une mesure de placement sous surveillance électronique de fin de peine (Décret n° 2010-1278 du 27 octobre 2010, JORF n° 0251 du 28 octobre 2010 p. 19367 texte n° 8). En l'absence de tout aménagement de peine ordonné six mois avant la date d'expiration de la peine, un placement sous surveillance électronique pouvait être accordé aux personnes condamnées à une peine d'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à cinq ans, lorsqu'il ne lui restait que quatre mois d'emprisonnement à subir, ou, les deux tiers pour les peines inférieures ou égales à six mois. Ce placement était mis en œuvre par le directeur du service pénitentiaire d'insertion ou de probation sous l'autorité du procureur de la République qui pouvait fixer les mesures de contrôle et les obligations, énumérées aux articles 132-44 et 132-45 du Code pénal, auxquelles la personne condamnée était tenue de se soumettre. Mais ce dispositif a été supprimé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 qui a créé la mesure de libération sous contrainte. Le placement sous surveillance électronique de fin de peine poursuivait le même objectif que la libération sous contrainte, à savoir remettre en liberté de manière anticipée avec un suivi judiciaire et éviter ainsi les sorties sèches (Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1).

[2207] C. pr. pén., art. 723-12.

[2208] C. pén., art. 132-26-2 ; C. pr. pén., art. 723-13.

[2209] Le juge de l'application des peines est compétent lorsque la peine privative de liberté est d'une durée inférieure ou égale à 10 ans, ou que, la peine restant à subir est inférieure ou égale à 3 ans (V. C. pr. pén., art. 730 et 712-6). Dans les autres cas, les mesures de libération conditionnelle sont accordées par le tribunal d'applications des peines (V. C. pr. pén., art. 730, 730-1, 730-2 et 712-7).

enseignement ou formation professionnelle », « *soit de sa participation essentielle à sa vie de famille, soit de la nécessité de suivre un traitement médical* », « *soit de ses efforts en vue d'indemniser ses victimes* », « *soit de son implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion* »[2210]. Ainsi, dès lors que la personne condamnée présente des efforts sérieux de réadaptation sociale et qu'elle justifie de la nécessité de suivre un traitement médical, elle peut être admise au régime de la libération conditionnelle et ainsi bénéficier d'une libération anticipée pour motif médical. Cependant, la libération conditionnelle n'est possible qu'au terme d'un temps d'épreuve. Aux termes du troisième alinéa de l'article 729, du Code de procédure pénale, « *la libération conditionnelle peut être accordée lorsque la durée de la peine accomplie par le condamné est au moins égale à la durée de la peine lui restant à subir* ». Le temps d'épreuve ne peut toutefois excéder quinze ans (ou vingt ans si la personne condamnée est en état de récidive légale)[2211]. Et pour les personnes condamnées à la réclusion à perpétuité, le temps d'épreuve est de dix-huit années (ou vingt-deux ans si la personne condamnée est en état de récidive légale)[2212].

Par la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire, le législateur a créé une mesure de libération conditionnelle applicable, sans temps d'épreuve, à une personne condamnée âgée de plus de soixante-dix ans dès lors que son insertion ou sa réinsertion est assurée, « *en particulier s'il fait l'objet d'une prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire ou s'il justifie d'un hébergement* »[2213]. Cette mesure d'aménagement de peine permet de prendre en considération l'âge avancé des personnes condamnées et par là-même de leur particulière vulnérabilité. L'âge avancé d'une personne détenue peut rendre difficile la recherche d'une conciliation entre sa santé et un maintien en détention. Cette mesure de libération anticipée offre ainsi la possibilité à ces personnes de bénéficier d'une prise en charge à l'extérieur adaptée notamment à leurs besoins de santé. Pour autant, la personne condamnée ne doit pas présenter un risque grave de renouvellement de l'infraction et sa libération ne doit pas être susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public.[2214].

[2210] C. pr. pén., art. 729.
[2211] C. pr. pén., art. 729 al. 3.
[2212] C. pr. pén., art. 729 al. 4.
[2213] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 82.
[2214] Toute demande de libération conditionnelle doit être examinée, si elle relève de la compétence du juge de l'application des peines, dans les quatre mois de son dépôt, ou, si elle relève de la compétence du tribunal de l'application des peines, dans les six mois de son dépôt. V. C. pr. pén., art. D. 524.

Et, par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, le législateur a institué une mesure de libération conditionnelle qui peut être accordée pour un motif parental à toute personne condamnée à une peine privative de liberté inférieure ou égale à quatre ans, ou, pour laquelle la durée de la peine restant à subir est inférieure ou égale à quatre ans lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte de plus de douze semaines[2215]. Aussi, conformément aux dispositions de l'article 708-1 du Code de procédure pénale, « *lorsque doit être mise à exécution une condamnation à une peine d'emprisonnement concernant une femme enceinte de plus de douze semaines, le procureur de la République ou le juge de l'application des peines s'efforcent par tout moyen soit de différer cette mise à exécution, soit de faire en sorte que la peine s'exécute en milieu ouvert* ». La grossesse d'une personne détenue reste difficilement conciliable avec un maintien en détention en raison de conditions de détention bien souvent inappropriées[2216]. Si la mesure de libération conditionnelle prévue par l'article 729-3 peut être prononcée pour un motif dit « parental », elle permet une libération anticipée des femmes enceintes de plus de douze semaines leur permettant alors de bénéficier de conditions de vie appropriées à leur grossesse et par là-même à leur état de santé ainsi qu'à celui de leur enfant à naître. Du fait de leur grossesse, ces femmes condamnées peuvent ainsi bénéficier d'une protection renforcée de leur santé et d'une jouissance effective des droits qui leur sont reconnus en matière de santé.

En outre, par la loi du 15 août 2014, le législateur a prévu qu'une mesure de libération conditionnelle peut être accordée à une personne condamnée qui bénéficie d'une mesure de suspension de peine sur le fondement de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale[2217]. Le prononcé de cette mesure de libération anticipée n'est pas subordonné à la réalisation d'un temps d'épreuve et peut intervenir à l'issue d'un délai de trois ans après l'octroi de la mesure de suspension dès lors qu' « *une nouvelle expertise établit que* [l']état de santé physique ou mentale [de la personne condamnée] *est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention et si le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation* »[2218].

[2215] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 51. V. C. pr. pén., art. 729-3. La libération conditionnelle « parentale » était initialement réservée à la personne condamnée qui exerce l'autorité parentale sur un enfant de moins de dix ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle fixée.

[2216] Dans son ouvrage *Dans une prison de femmes*, la juge Isabelle Rome évoque la condition maternelle particulièrement difficile pour les femmes détenues, notamment pour celles incarcérées à la maison d'arrêt de Versailles. V. *ROME I., Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014, p. 71-90.

[2217] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 51. V. C. pr. pén., art. 729 *in fine*.

[2218] C. pr. pén., art. 729 *in fine*.

Cette mesure de libération conditionnelle permet ainsi de mettre fin à l'exécution différée de la peine et d'accorder une libération anticipée à la personne condamnée. À ce titre, le juge judiciaire prend alors pleinement en considération, dans l'exécution de la peine privative de liberté, l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention. Bien que la suspension médicale de peine emporte une exécution différée de la peine, cette mesure peut être considérée comme une mesure de libération anticipée et ce, eu égard aux conditions auxquelles est subordonné le prononcé de cette mesure. La suspension de peine médicale est une mesure accordée aux personnes condamnées dont l'état de santé est gravement, voire durablement, détérioré et bien souvent sans perspective d'amélioration autrement dit sans retour possible en détention.

377. La grâce présidentielle, une mesure de clémence. Encadrée par les articles 133-7 et suivants du Code pénal, la grâce est une « mesure de clémence, décidée par le chef de l'État usant d'un droit qu'il tient de la Constitution, en vertu de laquelle un condamné est dispensé à sa requête (le recours en grâce) de subir tout ou partie de sa peine ou doit exécuter une sanction plus douce que celle initialement prononcée »[2219]. À la différence de la mesure de réhabilitation prévue aux articles 133-16 et 133-17 du Code pénal, la mesure de grâce ne fait pas disparaître la condamnation qui reste alors inscrite au casier judiciaire. Traditionnellement, le pouvoir de grâce du Président de la République revêtait une dimension tant individuelle que collective. Mais, dans sa rédaction issue de la loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008[2220], l'article 17 de la Constitution du 4 octobre 1958 a énoncé que « le Président de la République a le droit de faire grâce à titre individuel ». Dès lors, le pouvoir de grâce est depuis limité aux seules grâces individuelles[2221]. Tout condamné à une peine, même récidiviste, peut exercer un recours en grâce, sous réserve néanmoins que la condamnation soit définitive et exécutoire[2222]. Il est à noter que les mesures de grâces individuelles ne sont pas des aménagements de peine au sens strict mais des causes d'extinction de la peine.

Parmi les motifs qui peuvent être invoqués à l'appui d'un recours en grâce, figurent notamment l'état de santé ainsi que le grand âge de la personne condamnée. À cet égard, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues souligne

[2219] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, 24e éd., Paris, Dalloz, coll. « Lexiques », 2016, V° Grâce.
[2220] Loi n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République.
[2221] Pour aller plus loin : TÜRK P., « Le droit de grâce présidentiel à l'issue de la révision du 23 juillet 2008 », *RFD Const.* 2009, p. 513-542.
[2222] V. par ex., le recours en grâce formé par le condamné Philippe El Shennawy et adressé, en décembre 2012, au Président de la République, François Hollande. Ce recours a cependant été rejeté.

que cette cause d'extinction de la peine consiste en un dernier recours pour celui qui, gravement malade, n'entrerait pas dans les conditions des mesures d'aménagement de peine[2223]. Mais « *la grâce médicale est une procédure trop contraignante pour répondre efficacement à la situation de détenus en fin de vie* »[2224].

378. La libération sous contrainte, une procédure particulière. Afin d'éviter les sorties sans aménagement de peine préalable dites « sorties sèches », la réforme pénale opérée par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 a introduit une procédure particulière d'aménagement de peine, la libération sous contrainte[2225]. La libération sous contrainte est une « *mesure qui peut être prise par le juge de l'application des peines au profit des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à cinq ans et qui ont exécuté les deux-tiers* » et qui « *entraîne l'exécution du reliquat de peine sous le régime de la semi-liberté, du placement à l'extérieur, du placement sous surveillance électronique statique ou de la libération conditionnelle* »[2226]. Conformément aux articles 707 et 720 du Code de procédure pénale, la libération sous contrainte permet d'accorder, de manière progressive, une libération anticipée de la personne condamnée. Pour cela, la situation de la personne condamnée est examinée automatiquement par le juge de l'application des peines qui apprécie s'il y a lieu ou non que cette personne détenue bénéficie d'une préparation à la sortie sous le régime d'un aménagement de peine[2227]. Et, une fois cet examen réalisé, le juge d'application des peines prononce soit une libération sous contrainte (dans le cas où la personne condamnée présente des garanties de réinsertion et aucun risque de récidive), soit un maintien en détention.

[2223] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus*, octobre 2012, p. 102 [consulté le 1er décembre 2012]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[2224] FAUCHON P., *Avis n° 175 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, 16 janvier 2002 [consulté le 12 octobre 2015]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/a01-175/a01-1751.pdf

[2225] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 39.

[2226] GUINCHARD S., DEBARD T. [dir.], *Lexique des termes juridiques* 2016-2017, *op. cit.*, V° Libération sous contrainte. V. C.pr. pén., art. 707 et 720.

[2227] Cet examen est automatique dès lors que la personne a été condamnée à une peine d'emprisonnement égale ou inférieure à cinq ans et qu'elle a exécuté les deux tiers de sa peine.

2) Une exécution différée de la peine

379. La suspension de peine : de droit commun ou « médicale ». La suspension de peine est une procédure particulière d'aménagement de peine privative de liberté qui implique une exécution différée de la peine. Elle permet alors à la personne détenue de bénéficier d'une libération anticipée soit sous le régime de la suspension de peine de droit commun, soit sous le régime particulier de la suspension de peine pour raisons médicales.

a. La suspension de peine de droit commun

380. Une libération anticipée à durée déterminée. Conformément à l'article 720-1 du Code de procédure pénale, le juge de l'application des peines peut, en matière correctionnelle, prononcer la suspension d'une peine d'emprisonnement pour motif d'ordre médical, familial, professionnel ou social. Une personne condamnée peut donc être admise au régime de la suspension de peine de droit commun pour des raisons médicales. À l'instar du fractionnement de peine, cette mesure de suspension de peine ne peut être accordée qu'aux individus condamnés à une peine d'emprisonnement dont le reliquat restant à subir est inférieur ou égal à deux ans. L'exécution différée de la peine ne peut toutefois excéder une période de quatre ans.

Au regard des dispositions des articles 708-1 et 720-1, alinéa 3, du Code de procédure pénale, les femmes enceintes de plus de douze semaines peuvent bénéficier d'une suspension de peine pour raison familiale lorsqu'il leur reste à subir une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à quatre ans[2228]. Cette suspension de peine pour maternité introduite par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales permet, tout comme la libération conditionnelle pour maternité, d'assurer aux femmes enceintes des conditions de vie en détention plus adaptées à leur grossesse, et donc à leur état de santé mais aussi, d'apporter une meilleure satisfaction des besoins de leur enfant nouveau-né. Il est toutefois regrettable que, à défaut de condamnation définitive à une peine privative de liberté, les femmes enceintes de plus de douze semaines placées en détention provisoire ne puissent pas bénéficier d'une mesure de

[2228] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p. 13647 texte n° 1, art. 25.

remise en liberté pour maternité ce qui occasionne une inégalité de traitement entre les personnes condamnées et les personne prévenues.

b. La suspension de peine pour raisons médicales

381. Un élargissement du bénéfice de la mesure de suspension de peine pour raisons médicales. Par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le législateur a créé une mesure permettant de différer pour raisons médicales l'exécution de la peine privative de liberté, la suspension de peine pour raisons médicales[2229]. Conformément à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, la suspension de peine pour raisons médicales peut être accordée à une personne détenue soit, lorsqu'elle est atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital soit, lorsque son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.

S'agissant de la première hypothèse dans laquelle la suspension de peine prévue par l'article 720-1-1 peut être ordonnée, la Cour de cassation a, par un arrêt du 28 septembre 2005, précisé que la pathologie dont est atteinte la personne condamnée doit engager son pronostic vital « *nécessairement à court terme* »[2230]. Cette précision témoigne de la réticence des juges à appliquer cette mesure de suspension de peine pour raisons médicales qu'ils considèrent de fait comme exceptionnelle[2231]. L'exigence de prévision de la mort à court terme ne s'applique cependant pas à la situation dans laquelle l'état de santé de la personne détenue est durablement incompatible avec le maintien en détention[2232]. Cette exigence jurisprudentielle d'un engagement à court terme du pronostic vital n'a pas été reprise par le législateur dans la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative au traitement de la récidive des

---

[2229] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 p. 4118 texte n° 1, art. 10.
La suspension de peine est accordée par le juge de l'application des peines lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée en cas d'urgence ou lorsque, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans. Dans les autres cas, elle est ordonnée par le tribunal de l'application des peines. V. C. pr. pén., art. 720-1-1 al. 3 et 4.

[2230] Cass. Crim., 28 septembre 2005, n° 05-81010 : « […] *c'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital* […]». V. aussi, Cass. Crim., 15 novembre 2006, n° 06-82207 ; Cass. Crim., 29 janvier 2014, n° 12-88284.

[2231] D'après une enquête réalisée par la Direction des services judiciaires, entre le 26 février et le 10 mars 2013, seulement 59% des demandes de suspension de peine pour raison médicale ont abouti à une décision d'accord. Les refus ont été principalement motivés par une absence d'incompatibilité de l'état de santé avec la détention ou par une absence de pronostic vital engagé. Toutefois, les suspensions demandées via la procédure d'urgence ont toutes été octroyées. V. GALARD D., PETON-KLEIN D., Groupe de travail Santé Justice, « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale », Rapport à Mme la Garde des sceaux, Ministre de la Justice, et Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20 novembre 2013, 28 p. [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000333/0000.pdf

[2232] Cass. Crim., 15 mars 2006, n° 05-83329.

infractions pénales[2233]. Aussi, l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale précise seulement que la suspension peut également être ordonnée « *pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital* ». Ce défaut de précision doit-il, de ce fait, être interprété comme une application autorisée de cette mesure de suspension de peine aux personnes condamnées dont le pronostic vital est engagé à moyen terme et à long terme ? Conformément à son intention originelle, le législateur se contente d'exiger que la pathologie dont souffre le détenu condamné engage de manière certaine son pronostic vital et ce, sans tenir compte du laps de temps dans lequel le décès est susceptible de survenir[2234].

Quant à la seconde hypothèse, il convient de préciser qu'il peut être question d'incompatibilité durable de l'état de santé physique et/ou mentale de la personne détenue avec le maintien en détention[2235]. En outre, cette hypothèse témoigne du caractère humanitaire de la mesure de suspension de peine pour raisons médicales qui a pour objet « *de libérer des condamnés promis à une mort certaine mais* [aussi] *de permettre à un malade de recevoir des soins plus appropriés au dehors, et de ne pas souffrir exagérément de sa maladie du fait de la détention* »[2236]. Pour démontrer l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne condamnée avec un maintien en détention, la chambre criminelle de la Cour de cassation a précisé, dans un arrêt du 7 janvier 2009, que doivent être prises en considération, non pas les conditions générales de détention d'un établissement pénitentiaire mais, les conditions concrètes et

---

[2233] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1.

[2234] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1, art. 10.

[2235] Dans leur rédaction antérieure à la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (JORF n° 0189 du 17 août 2014 p. 13647 texte n° 1), les dispositions de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale ont pu être interprétées comme excluant du champ d'application de la suspension de peine pour raison médicale les condamnés atteints de troubles mentaux. Il était précisé que la suspension pouvait être ordonnée pour les détenus condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des détenus en établissement de santé pour troubles mentaux. Il ressort désormais de l'article 720-1-1 modifié par la loi du 15 août 2014, que les personnes condamnées dont l'état de santé mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention peuvent elles aussi bénéficier d'une suspension médicale de peine et ce, au même titre que les personnes condamnées dont l'état de santé physique s'avère être durablement incompatible[2235]. L'impossibilité de prononcer une suspension de peine pour les individus condamnés souffrant de troubles mentaux, hospitalisés d'office en établissements spécialisés a cependant été confirmée[2235]. Néanmoins, il résulte des dispositions de l'article 17 de la loi du 15 août 2014, qu'en cas d'altération du discernement au moment des faits, la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers (ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, ramenée à trente ans). Par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, la juridiction de jugement peut toutefois, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine.

[2236] HERZOG-EVANS Martine, *Droit de l'exécution des peines*, 5e éd, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2016, n° 441-141, p. 652.

effectives de détention dans lesquelles vit la personne condamnée[2237]. Il est également recherché si ces conditions matérielles de vie excèdent le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention[2238]. Dans cet arrêt du 7 janvier 2009, la Cour a jugé que les conditions matérielles de détention d'une personne détenue paraplégique se déplaçant en fauteuil roulant étaient durablement incompatibles avec son état de santé, eu égard notamment au caractère particulièrement inadapté des locaux de l'établissement pénitentiaire. Cette appréciation jurisprudentielle de l'incompatibilité de l'état de santé a été reprise par le législateur de manière générale dans la loi n° 2014-896 du 15 août 2014. Aux termes de l'article 707 du Code de procédure pénale, « *toute personne condamnée incarcérée en exécution d'une peine privative de liberté bénéficie, chaque fois que cela est possible, d'un retour progressif à la liberté en tenant compte des conditions matérielles de détention et du taux d'occupation de l'établissement pénitentiaire […]* »[2239].

Il est à noter que, dans sa nouvelle rédaction issue de la loi du 15 août 2014, l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, subordonne l'octroi de la suspension de peine pour raisons médicales à la conduite d'une expertise médicale aux fins d'établir l'incompatibilité de l'état de santé du condamné avec la détention ou l'engagement de son pronostic vital[2240]. Le législateur a dès lors supprimé l'exigence imposée par la Cour de cassation d'une

---

[2237] Cass. Crim., 7 janvier 2009, n° 08-83364. V. aussi TAP Évreux, 3 mai 2011, n° 511.
GIACOPELLI M., « Les conditions de détention d'une personne handicapée doivent être durablement incompatibles avec l'état de santé », note sous Cass. Crim. 7 janvier 2009, n° 08-83364, *AJ Pénal* 2009, p. 236 ; LÉNA M., « Appréciation *in concreto* des conditions de détention d'un détenu malade, de la Cour européenne aux juridictions du fond », note sous TA Évreux, 3 mai 2011, *Dalloz actualité*, 26 mai 2011.

[2238] Cass. Crim., 25 novembre 2009, n° 09-82971. V. GIACOPELLI M., « Les conditions de détention d'une personne handicapée doivent être durablement incompatibles avec l'état de santé », *op.cit.*

[2239] C. pr. pén., art. 707, modifié par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1.
Le groupe de travail Santé Justice avait recommandé que « *les médecins experts gagneraient à mieux prendre en compte les conditions concrètes et effectives dans lesquelles vivent les personnes qu'ils examinent: leur cellule, notamment leur adaptation lorsque les personnes sont en situation de handicap ou de perte d'autonomie, les conditions de vie quotidienne notamment l'accès aux cours de promenade, aux unités sanitaires, aux parloirs...* » (GALARD D., PETON-KLEIN D., Groupe de travail Santé Justice, « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale », Rapport à Mme la Garde des sceaux, Ministre de la Justice, et Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20 novembre 2013, 28 p. [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000333/0000.pdf).

[2240] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 51. Pour un exemple de mission type d'expertise médicale dans le cadre d'une demande de suspension de peine pour raison médicales, V. DE CROUY-CHANEL M., NOEL É., SANNIER O., « Les aménagements de peine pour raison médicale : approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre », *AJ Pénal* 2010, p. 318.
Il est à noter que, conformément au deuxième alinéa de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, la suspension de peine peut être ordonnée dans les cas d'urgence au vu d'un seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue.

constatation de ces critères par deux expertises médicales concordantes[2241] et ce, sans doute, au regard des difficultés liées tant à la réalisation de ces expertises par les experts qu'à l'exploitation par le juge des rapports d'expertise aux conclusions parfois opposées[2242]. À ce titre, et au regard des précédents développements, il est possible de constater que les dispositions de la loi du 15 août 2014 ont assoupli le régime juridique de la suspension de peine pour raisons médicales qui, en raison des interventions législatives postérieures à la loi du 4 mars 2002, s'était éloigné de l'esprit initial de la mesure. La récente intervention du législateur tend ainsi à faire pleinement de la mesure de suspension de peine pour raisons médicales une mesure d'humanité.

382. La suspension médicale de peine, une mesure d'humanité. La suspension de peine pour raisons médicales permet de suspendre l'exécution de la peine d'une personne détenue gravement malade voire mourante afin que celle-ci bénéficie d'une liberté anticipée. L'objectif de cette mesure est de permettre à la personne détenue de suivre à l'extérieur un traitement médical adapté à son état de santé dégradé ou de mourir en milieu libre dans des conditions respectueuses de la dignité humaine. Bien plus qu'une mesure sanitaire, la suspension de peine pour raisons médicales est une mesure d'humanité[2243]. Elle contribue ainsi à garantir, en faveur des personnes détenues, l'effectivité du droit au respect de la dignité humaine et du droit à la protection de la santé. Et conformément à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, le champ d'application de cette mesure de suspension de peine pour raisons médicales est large. L'alinéa premier de cet article prévoit la possibilité de suspendre une peine privative de liberté, « *qu'elle qu'en soit la nature ou la durée, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée* » à l'égard des personnes condamnées. Et la Cour de cassation a précisé que la recevabilité de la requête en suspension de peine pour raisons médicales ne dépend pas d'une préalable mise sous écrou de la personne condamnée, peu importe que cette dernière était encore libre au moment où elle a formé sa requête[2244]. Cependant, cette mesure ne peut être prononcée qu'en faveur d'une personne condamnée, elle n'est donc pas

[2241] Cass. Crim., 23 juin 2004, n° 04-80.439.
[2242] Pour aller plus loin : MORTET L., *La suspension médicale de peine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles », 2007, p. 114-117 et p. 117-121.
[2243] FAUCHON P., *Avis n° 175 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, 16 janvier 2002 [consulté le 12 octobre 2015]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/a01-175/a01-1751.pdf
V. aussi MORTET L., *La suspension médicale de peine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles », 2007.
[2244] Cass. Crim., 21 février 2007, n° 06-85595. V. ALLAIN E., « La liberté n'exclut pas la suspension », obs. sous Cass. Crim., 21 février 2007, Dalloz actualité, 27 mars 2007.

applicable à une personne placée en détention provisoire. Modifiant l'article 720-1-1, la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a également exclu l'application de cette mesure dans les cas où il y aurait un risque grave de renouvellement de l'infraction[2245].

Si une personne détenue est susceptible de bénéficier d'une suspension de peine pour raisons médicales et qu'elle n'a pas saisi les juridictions de l'application des peines d'une demande, les personnels pénitentiaires sont alors tenus de faire un signalement à l'autorité judiciaire compétente[2246]. L'effectivité du droit au respect de la dignité humaine et du droit à la protection à la santé que cette mesure tend à garantir en est ainsi renforcée par cette obligation à la charge des personnels pénitentiaires. À cet égard, il convient aussi de rappeler que le législateur a prévu, par la loi 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, que, dans le cas où la personne détenue condamnée bénéficie d'une mesure de suspension de peine pour raisons médicales, une libération conditionnelle peut lui être accordée, sans condition quant à la durée de la peine accomplie. Pour cela, il faut que, « *à l'issue d'un délai de trois ans après l'octroi de la mesure de suspension, une nouvelle expertise établit que son état de santé physique ou mentale est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention et si le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation* »[2247].

383. Des obstacles persistants au bénéfice de la suspension de peine pour raisons médicales. Il convient de relever d'une part que des restrictions légales entravent toujours le bénéfice de la suspension de peine pour raisons médicales. Cette mesure d'aménagement de peine reste, selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, accordée que dans

[2245] Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, JORF n° 289 du 13 décembre 2005 p. 19152 texte n° 1.
V. par ex. : Cass. Crim., 2 mars 2011, n° 10-81070.
[2246] C. pr. pén., art. D. 382 ; note n° 595 du 25 novembre 2002 de la direction de l'administration pénitentiaire relative au signalement des personnes détenues susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour motif d'ordre médical.
[2247] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, *op. cit.*.

des cas d'une extrême gravité[2248]. Aussi, le Contrôleur a recommandé de modifier l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale et d'insérer « *la possibilité de fonder une demande de suspension de peine pour raison médicale dès lors que les soins que la personne doit recevoir, non seulement ne peuvent pas être dispensés en détention, mais encore ne peuvent faire l'objet de permission de sortir ou d'extraction en raison de leur caractère répétitif et régulier* ». Mais l'effectivité de cette mesure est indéniablement liée à la création de structures médico-sociales destinées à accueillir les personnes condamnées dont l'exécution de la peine a été suspendue pour des raisons médicales.

La suspension médicale de peine peut en outre toujours être refusée en présence d'un risque grave de renouvellement de l'infraction et sans tenir compte des impératifs d'ordre médicaux qui peuvent justifier l'application de cette mesure. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement restent également exclues. Et la situation des personnes condamnées d'un âge avancé n'a pas particulièrement attiré l'attention du législateur. Si, conformément à la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, les personnes condamnées de plus de soixante-dix ans peuvent toujours saisir le juge de l'application des peines aux fins de demander une libération conditionnelle[2249], aucune disposition supplémentaire n'a, en revanche, été prise à leur égard et ce, malgré un vieillissement important de la population carcérale. L'âge avancé d'une personne détenue ne peut à lui seul justifier une suspension médicale de peine. Un des critères de cette mesure prévue à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention doit nécessairement être démontré. Par son arrêt *Mouisel contre France* du 14 novembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu que « *l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent* […] *des situations pour lesquelles la capacité à la*

[2248] Dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a cité deux exemples. Le premier, « *une personne détenue incarcérée à la maison d'arrêt de Mulhouse, hémiplégique à la suite un accident cardio-vasculaire et sous assistance respiratoire dix-huit heures par jour avec oxygène, a sollicité une suspension de peine pour raison médicale en date du 22 mars 2012. Le jugement du 21 juin 2012 statuant sur cette demande a considéré qu'était confirmé le caractère durablement incompatible de son état de santé avec son maintien en détention puisque le premier expert a relevé la dégradation notable de l'état de santé du condamné et l'impossibilité de prodiguer des soins de manière satisfaisante en détention et que le second expert a considéré son état médical incompatible avec la détention malgré la mise en place de soins médicaux et paramédicaux* ». Le second, « *deux personnes détenues, atteintes d'un cancer et bénéficiant de soins de chimiothérapie en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ont pu bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale au motif de leur pathologie engageant leur pronostic vital à court terme* ».
V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 246. V. aussi COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014* (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 272.

[2249] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 82.

détention est aujourd'hui posée au regard de l'article 3 de la Convention »[2250]. Tel n'avait pas été le cas dans l'affaire *Maurice Papon contre France* du 25 juillet 2002[2251]. Le juge européen avait précisé que « *le maintien en détention pour une période prolongée d'une personne d'un âge avancé, et de surcroît malade,* [pouvait] *entrer dans le champ de protection de l'article 3* » mais, dans cette décision, il *« avait conclu que le grief tiré de cette disposition était en l'espèce manifestement mal fondé* ». Néanmoins, en dépit de pathologies et/ou d'un handicap dont une personne détenue d'un âge avancé peut être atteinte, l'état de santé n'est pas forcément considéré comme incompatible avec la détention. Il faudrait alors modifier l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale et faire de l'âge avancé d'une personne détenue un critère exceptionnel/particulier d'application de la suspension médicale de peine. Les critères classiques de cette mesure n'auraient alors pas à être satisfaits sous réserve toutefois que cette mesure ne fasse pas courir un risque grave de renouvellement de l'infraction.

D'autre part, le prononcé de la suspension de peine pour raisons médicales demeure soumis au pouvoir discrétionnaire des juridictions de l'application des peines qui font preuve d'une certaine frilosité quant au prononcé de la mesure[2252]. Dans son rapport public annuel pour l'année 2014, la Cour des comptes a souligné « *les réticences de certains juges d'application des peines à ordonner ces mesures au regard des risques de trouble à l'ordre public* »[2253]. En outre, le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard de la personne condamnée et mettre fin à la suspension de la peine, non seulement lorsque les conditions de cette mesure ne sont plus remplies mais aussi, lorsque la personne condamnée ne respecte pas les obligations qui lui ont été imposées dans le cadre de cette mesure ou encore, s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction[2254]. Dans un arrêt du 12 avril 2012, la chambre criminelle de la Cour de cassation a d'ailleurs précisé que le manquement aux obligations imposées à la personne condamnée

---

[2250] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel contre France,* req. n° 67263/01, § 38.

[2251] CÉRÉ J.-P., « Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade », note sous CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D.* 2001 p. 2335.

[2252] PONCELA P., « La question des libérations pour raisons médicales » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 41-52.

[2253] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014* (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 272. V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, 390 p.

[2254] C. pr. pén., art. 720-1-1 alinéa 6. D'après l'alinéa 7 de l'article 720-1-1, cette expertise médicale s'avère obligatoire et doit intervenir tous les six mois, si la suspension de peine a été ordonnée en matière criminelle. Selon l'article D. 147-5 du Code de procédure pénale, le procureur de la République peut saisir le juge de l'application des peines pour qu'il ordonne la conduite de ces expertises médicales.

suffit à justifier le retrait de la mesure de suspension de peine pour raisons médicales « *indépendamment de toute problématique médicale* »[2255]. Pour la Cour, ce retrait « *ne préjuge pas des modalités de la détention en fonction de l'état de santé réel de l'intéressé* »[2256]. Dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a remarqué que « *le retrait d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale et donc la réintégration en détention de la personne, est parfois prononcé pour un autre motif totalement extérieur à celui de l'amélioration de l'état de santé ou du non-respect des obligations* »[2257]. À cet égard, il donne l'exemple d'une personne détenue qui a été admise au bénéfice d'une suspension médicale de peine car « *elle souffrait d'un problème neurologique à la suite des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie et se déplaçait depuis lors en fauteuil roulant* »[2258]. Cette personne s'est vue retirer sa suspension de peine pour raisons médicales, et donc réincarcérée, « *par le tribunal* [qui s'est fondé] *sur l'absence d'hébergement* »[2259].

Enfin, il subsiste un certain nombre de difficultés quant à la mise en œuvre de la suspension de peine pour raisons médicales. Sur ce point, Pierrette Poncela a observé « *une absence et/ou insuffisance de lieux d'accueil* » tels que des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux ou encore des hébergements familiaux, pour les personnes susceptibles de bénéficier d'une suspension de peine pour raisons médicales[2260]. Elle a en outre relevé « *la longueur des procédures, de plus en plus jalonnées de demandes d'expertises médicales et/ou psychiatrico-psychologiques* »[2261]. Selon Pierrette Poncela, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la suspension médicale de peine relèvent non seulement de « *la pénurie d'experts* » et de « *la remise en cause de leur connaissance réelle du milieu pénitentiaire* » mais également « *du nécessaire repérage des personnes susceptibles d'être placées en* [suspension de peine pour raisons médicales] »[2262]. En effet, la Cour des comptes a relevé dans son rapport public annuel 2014, que « *l'insuffisante prise en compte des*

[2255] Cass. Crim., 12 avril 2012, n° 11-85673. V. PRIOU-ALIBERT L., « Retrait de la mesure de suspension médicale de peine en cas de manquement aux obligations imposées au condamné », obs. sous Cass. Crim., 12 avril 2012, n° 11-85673, *Dalloz actualité* 15 juin 2012.
[2256] Cass. Crim., 12 avril 2012, n° 11-85673.
[2257] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, *op. cit*., p. 246.
[2258] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, *op. cit.*, p. 246.
[2259] *Ibidem*, p. 246.
[2260] PONCELA P., « La question des libérations pour raisons médicales » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 45-46.
[2261] *Ibid*em, p. 46.
[2262] *Ibid*., p. 46-47.

conditions matérielles d'incarcération par les experts chargés d'évaluer l'état de santé des détenus » ainsi que « *la lourdeur de la procédure, le manque de structures d'hébergement adaptées ou le refus de celles-ci d'accueillir des personnes ayant commis des infractions et les ressources limitées de la plupart des personnes détenues, notamment les condamnés à de lourdes peines, pour financer un logement* » peuvent expliquer le nombre limité de suspensions de peine[2263].

Eu égard à ces obstacles persistants au bénéfice de la suspension de peine pour raisons médicales, l'application exceptionnelle de la mesure témoigne de l'insuffisante prise en considération de la santé des personnes détenues en matière d'exécution de la peine privative de liberté[2264]. La suspension médicale de peine est pourtant au cœur de la question de la protection de la santé des personnes détenues. En raison de l'inexistence d'un dispositif pleinement effectif de libération anticipée pour motif d'ordre médical, la capacité à la détention tend à être contrôlée par le juge judiciaire dès le stade du jugement ou, après le prononcé du jugement, avant l'incarcération.

Section 2 : La prévention de l'incarcération

384. Un moyen de lutte contre la surpopulation carcérale. La surpopulation dans les établissements pénitentiaires est cause de bien des maux à l'encontre des personnes détenues : promiscuité, oisiveté, insalubrité, violence, suicide, etc. Selon les statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe pour l'année 2014, la France se tient au huitième rang des pays européens dont la surpopulation carcérale est la plus élevée et ce, derrière la Hongrie, la Belgique, la Macédoine, la Grèce, l'Albanie, l'Espagne et la Slovénie[2265]. Dans son arrêt

[2263] COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014* (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, p. 272. V. aussi CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE J.-M., *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, 390 p.

[2264] Sur la question particulière de la fin de vie en milieu carcéral, V. DULIOUST A., *Médecin en prison*, Paris, First, 2014.

[2265] COUNCIL OF EUROPE, Annual Penal Statistics, SPACE I - Prison populations, Survey 2014 [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur : http://wp.unil.ch/space/files/2016/05/SPACE-I-2014-Report_final.1.pdf

Canali contre France du 25 avril 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a pour la première fois condamné la France pour les conditions de détention au sein d'un établissement pénitentiaire contraires à la dignité humaine. La Cour a jugé que les conditions de détention au sein de cet établissement s'analysaient en un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme aux motifs que, eu égard à la surpopulation de l'établissement, « *l'effet cumulé de la promiscuité et des manquements relevés aux règles d'hygiène ont provoqué chez* [la personne détenue] *des sentiments de désespoir et d'infériorité propres à l'humilier et à* [la] *rabaisser* »[2266]. La lutte contre la surpopulation carcérale est une condition *sine qua non* de l'effectivité du droit à la protection de la santé des personnes détenues. Aussi, il convient de réduire la surpopulation carcérale en développant des alternatives à l'incarcération et ce, non seulement au stade du jugement mais aussi, une fois le jugement prononcé, avant l'incarcération. En luttant contre la surpopulation carcérale, les alternatives à l'incarcération contribuent à garantir le respect effectif du droit à la protection de la santé des personnes détenues et par là même des droits en matière de santé qui en découlent (§1.). Mais, eu égard au sujet de la présente étude, la question qui se pose est de savoir si la santé d'une personne détenue est un facteur de choix dans le prononcé d'une alternative à l'incarcération (§ 2.).

§ 1. Les alternatives à l'incarcération

385. Une garantie pour la protection de la santé. Prévenir l'incarcération d'une personne, c'est en quelque sorte garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé et la jouissance effective des droits du patient. Cette précision peut paraître péremptoire. Notre intention n'est pas de nier les quelques incidences positives du statut de personne détenue sur la conquête des droits du patient, ni même les obstacles à l'effectivité de ces droits susceptibles d'être rencontrés par les patients en milieu libre. Il faut également rappeler qu'en raison de la précarité sanitaire dans laquelle se trouvaient les personnes détenues avant leur incarcération, ces dernières peuvent voir dans leur incarcération une opportunité de renouer une relation avec le système de santé. Pour autant, il faut reconnaître que, eu égard aux effets délétères de la peine privative de liberté ainsi qu'aux incidences majoritairement négatives du statut de

[2266] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, req. n° 40119/09, § 53.

personne détenue sur la conquête du statut de patient, le fait de prendre en compte la santé des personnes, dès leur jugement ou avant leur incarcération, peut s'avérer essentiel à la protection de leur santé.

Par le biais de mesures alternatives, le juge judiciaire peut, dès le stade du jugement, éviter l'incarcération (§ 1.), mais il peut également aménager une peine privative de liberté dès son prononcé et ce, avant l'incarcération de la personne condamnée (§ 2.).

A. Une peine d'emprisonnement évitée

386. Des alternatives à la détention provisoire. Aux termes de l'article 137 du Code de procédure pénale, « *toute personne mise en examen, présumée innocente, demeure libre* ». Aussi, afin d'éviter un placement en détention provisoire, une mesure de contrôle judiciaire peut avoir été prononcée à l'encontre d'une personne mise en examen. Cette mesure pourrait notamment être justifiée par l'état de santé de la personne mise en examen dans le cas où cet état serait incompatible avec une mesure de détention. La mesure de contrôle judiciaire a été introduite dans le Code de procédure pénale par la loi n° 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens[2267]. Cette mesure restrictive de liberté consiste « *à astreindre la personne mise en examen à se soumettre à une ou plusieurs obligations légalement définies, choisies en vue des nécessités de l'instruction ou à titre de mesure de sûreté* »[2268]. Si ces obligations se révèlent insuffisantes, la personne mise en examen peut être assignée à résidence avec surveillance électronique[2269]. Conformément à la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire, l'assignation à résidence avec surveillance électronique est une mesure alternative à l'incarcération qui oblige la personne mise en examen à demeurer à son domicile ou dans une résidence fixée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention et de ne s'en absenter qu'aux conditions et pour les motifs déterminés par ce magistrat[2270]. Conformément aux dispositions du décret du 1er avril 2010 relatif à l'assignation à résidence et à la protection des victimes de violences

[2267] Loi n° 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens, JORF du 19 juillet 1970 page 6751
[2268] GUINCHARD S., DEBARD T.[dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016, V° Contrôle judiciaire.
C. pr. pén., art. 137 s. et R. 16 s.
[2269] C. pr. pén., art. 137 al. 2.
[2270] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 71. V. C. pr. pén., art. 142-5 al. 2.

au sein du couple, si la personne assignée à résidence avec surveillance électronique ne respecte pas les obligations auxquelles elle est tenue, elle peut alors être placée en détention provisoire[2271]. Cela étant, « *la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a prévu que le mis en examen pourrait être placé sous surveillance électronique, dans le cadre d'une assignation à résidence, mesure de sûreté intermédiaire entre le contrôle judiciaire et la détention provisoire* »[2272].

387. Des alternatives à la peine privative de liberté. En matière correctionnelle, des peines peuvent être prononcées à titre principal, en vertu de l'article 131-5 du Code pénal, au lieu d'une peine d'emprisonnement et ce, afin d'éviter l'incarcération. Ces mesures pourraient être prononcées pour pallier l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention. Il peut s'agir de l'amende, du jour-amende, du stage de citoyenneté, du travail d'intérêt général, des peines privatives ou restrictives de droits prévues à l'article 131-6 du Code pénal, des peines complémentaires prévues à l'article 131-10 et 131-11 du Code pénal et de la sanction-réparation. En outre, l'état de santé de la personne pourrait justifier le prononcé d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis et en particulier d'un sursis avec mise à l'épreuve avec obligations de soins de « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* »[2273]. Depuis la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales[2274], pourrait également être justifiée la contrainte pénale avec l'obligation de soins prévue en matière de sursis avec mise à l'épreuve ou l'injonction de soins, dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique, si la personne a été condamnée pour un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu qu'elle était susceptible de faire l'objet d'un traitement[2275].

[2271] Décret n° 2010-355 du 1er avril 2010 relatif à l'assignation à résidence et à la protection des victimes de violences au sein du couple, JORF 3 avril 2010, p. 6498. V. C. pr. pén., 142-5 à 142-13 et art. D. 32-20 à D. 32-21.
[2272] HERZOG-EVANS M., *Droit de l'exécution des peines*, 5e éd, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2016, n° 711-211, p. 1026.
[2273] C. pr. pén., art. 132-45.
[2274] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 19.
[2275] C. pén., art. 131-4-1.

B. Une peine d'emprisonnement aménagée

388. Des aménagements de peine *ab initio*. S'agissant des courtes peines d'emprisonnement, la juridiction de jugement peut décider, dès le prononcé de la peine d'emprisonnement, que celle-ci sera exécutée sous la forme d'un aménagement de peine. Et, en cas d'inertie de la juridiction de jugement, le législateur a ouvert la possibilité pour le juge de l'application des peines de proposer à la personne condamnée, dans la mesure du possible et sous réserve que sa personnalité et sa situation le permettent, une mesure d'aménagement de peine[2276]. Qu'elle soit prononcée par la juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines, l'objet de la mesure reste de prévenir l'incarcération de la personne condamnée.

1) Un aménagement par la juridiction de jugement

389. Un aménagement à envisager systématiquement. Conformément à l'article 132-19 du Code pénal, la juridiction de jugement est tenue d'envisager systématiquement un aménagement de peine au moment du prononcé d'une condamnation à une courte peine d'emprisonnement. À ce titre, « *l'emprisonnement ferme ne doit être prononcé qu'en dernier recours, lorsque toute autre sanction serait inadéquate, et qu'il doit si possible être aménagé* »[2277]. En vertu des articles 132-24 et suivants du Code pénal, la juridiction de jugement peut alors décider que la peine d'emprisonnement sera exécutée notamment sous le régime de la semi-liberté, du placement à l'extérieur, du placement sous surveillance électronique, ou du fractionnement de peine. La compétence de la juridiction de jugement est néanmoins limitée au prononcé de ces mesures d'aménagement de peines. Les modalités d'exécution des mesures d'aménagement de peine sont alors fixées par le juge de l'application des peines « *dans un délai maximum de quatre mois à compter de la date à laquelle la condamnation est exécutoire et dans un délai de cinq jours ouvrables lorsque la juridiction de jugement a ordonné le placement ou le maintien en détention du condamné et déclaré sa décision exécutoire par provision* »[2278]. Aux termes de l'article 723-2 du Code de procédure pénale, le juge de l'application des peines peut également modifier et même décider du retrait

[2276] C. pén., art. 12. V. C. pr. pén., art. 723-15.
[2277] Circulaire de la DACG du 1er décembre 2009 relative à la première présentation des dispositions de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 modifiant le Code pénal et le Code de procédure pénale.
[2278] C. pr. pén., art. 723-2.

d'une mesure d'aménagement de peine si la situation ou la personnalité du condamné le nécessite et ce, conformément aux dispositions de l'article 712-6 du même code.

La loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire a par ailleurs permis d'étendre le champ d'application de ces aménagements de peines *ab initio*, limité auparavant aux peines d'emprisonnement égales ou inférieurs à un an[2279]. Désormais, les tribunaux correctionnels peuvent envisager le prononcé d'une mesure d'aménagement de peine pour les peines égales ou inférieures à deux ans d'emprisonnement, ou, en cas de condamnations en récidive légale, pour les peines égales ou inférieures à un an[2280]. Par loi n° 2014-896 du 15 août 2014, le législateur a de nouveau étendu le champ d'application des aménagements de peine *ab initio*[2281]. Aussi, ces aménagements de peine sont désormais applicables non seulement aux personnes condamnées qui exécutent déjà une peine sous le régime de la semi-liberté, du placement à l'extérieur ou du placement sous surveillance électronique mais aussi, et surtout, aux personnes condamnées à une peine mixte, à savoir une peine d'emprisonnement ferme assortie partiellement d'un sursis, dès lors que la partie ferme n'excède pas deux ans[2282].

Les conditions d'octroi de ces mesures d'aménagement de peine ont également été élargies par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[2283]. Le condamné doit justifier, pour prétendre à un aménagement de peine, soit de l'exercice d'une activité professionnelle, même temporaire, du suivi d'un stage ou de son assiduité à un enseignement, à une formation professionnelle ou à la recherche d'un emploi ; soit de sa participation essentielle à la vie de sa famille ; soit de la nécessité de suivre un traitement médical ; soit de l'existence d'efforts sérieux de réadaptation sociale résultant de son implication durable dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. Ainsi, la nécessité de suivre un traitement médical est un critère qui peut désormais être pris en compte par la juridiction de jugement pour prononcer un aménagement de peine et ainsi prévenir l'incarcération de la personne condamnée pour un motif d'ordre médical.

[2279] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192.
[2280] *Ibidem*, art. 66.
[2281] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1.
[2282] C. pén., art. 132-25 al. 6.
[2283] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009 p. 20192, art. 66.

2) Un aménagement par le juge d'application des peines

390. Une procédure visant à pallier l'inertie de la juridiction de jugement. Conformément à l'article 723-15 du Code de procédure pénale, les personnes non incarcérées ou exécutant une peine sous le régime d'un aménagement de peine qui ont été condamnées à une peine inférieure ou égale à deux ans d'emprisonnement ou pour lesquelles la durée de la détention restant à subir est inférieure ou égale à deux ans, ou pour lesquelles, en cas de cumul de condamnations, le total des peines d'emprisonnement prononcées ou restant à subir est inférieur ou égal à deux ans, bénéficient, dans la mesure du possible et si leur personnalité et leur situation le permettent, d'une semi-liberté, d'un placement à l'extérieur, d'un placement sous surveillance électronique, d'un fractionnement ou d'une suspension de peines, d'une libération conditionnelle ou de la conversion prévue à l'article 132-57 du Code pénal. À ce titre, à l'issue de l'audience de jugement, ces personnes condamnées sont convoquées, en vertu de l'article 723-15 du Code de procédure pénale, en premier lieu devant le juge de l'application des peines, puis devant le service pénitentiaire d'insertion et de probation, dans des délais qui ne sauraient être respectivement supérieurs à trente et à quarante-cinq jours à compter de leur information par le ministère public, afin de déterminer les modalités d'exécution de leur peine les mieux adaptées à leur personnalité et à leur situation matérielle, familiale et sociale. Cette procédure permet ainsi au juge de l'application des peines de rattraper, avant l'incarcération de la personne condamnée, l'absence d'aménagement de peine lors de l'audience de jugement par la juridiction de jugement et ainsi de proposer *ab initio* une mesure alternative à l'incarcération telle que la semi-liberté, le placement à l'extérieur, le placement sous surveillance électronique, la libération conditionnelle le fractionnement ou la suspension de peine et ce, notamment pour un motif médical.

En outre, en vertu de l'article 474 du Code de procédure pénale, la juridiction de jugement peut remettre, « *en cas de condamnation d'une personne non incarcérée à une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans ou pour laquelle la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à deux ans* », à la personne condamnée qui est présente « *à l'issue de l'audience un avis de convocation à comparaître, dans un délai qui ne saurait excéder trente jours, devant le juge de l'application des peines en vue de déterminer les modalités d'exécution de la peine* »[2284].

[2284] V. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014 p.13647 texte n° 1, art. 12.

Par le biais des mesures alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine *ab initio*, le juge judiciaire peut ainsi prévenir l'incarcération des personnes condamnées et ce, notamment pour un motif d'ordre médical. Mais qu'en est-il de la mobilisation de la santé dans les décisions judiciaires ? Le juge judiciaire prend-il en considération la santé des personnes mises en examen pour prévenir leur incarcération ?

§2. La mobilisation de la santé dans les décisions judiciaires

391. La priorité du soin sur la sanction. En observant, pendant un an, les procès de comparution immédiate dans les trois sections de la chambre correctionnelle du tribunal de grande instance de Paris, la sociologue Lara Mahi a étudié l'intégration d'une approche sanitaire dans la construction des décisions judiciaires[2285]. L'intégration de cette approche sanitaire se manifeste d'une part, par l'incitation à mobiliser le registre de la maladie qui est faite aux justiciables et d'autre part, par la place déterminante de la maladie quant au choix de la sanction pénale[2286].

A. L'incitation à révéler un problème de santé

392. Une mobilisation du « registre de la maladie » dans le procès pénal. La sociologue Lara Mahi a observé que « *la maladie est un registre d'exploration pour les magistrats qui, poursuivant une logique d'individualisation de la peine, incitent les justiciables à révéler "un problème de santé"* »[2287]. Cette révélation peut intervenir au cours de l'enquête menée par des enquêteurs sociaux avant la tenue du procès. L'enquête prend la forme d'un entretien directif

---

Pour aller plus loin : HERZOG-EVANS Martine, *Droit de l'exécution des peines*, 5e éd, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2016, n° 311 s., p. 341 s.

[2285] La sociologue Lara Mahi a conduit des observations dans les trois sections d'une chambre de comparution immédiate du tribunal de grande instance de Paris entre les mois de septembre 2010 et août 2011. V. MAHI L., « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie* 2015, vol. 56, n° 4, p. 697-733.

[2286] MAHI L., « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie* 2015, vol. 56, n° 4, p. 697-733.

[2287] *Ibidem*, p. 697.

visant à déterminer les situations sociales, matérielles, familiales, professionnelles et de santé des personnes en attente de jugement[2288]. Lors de cette enquête, les informations relatives à l'état de santé sont alors retranscrites. Parmi les problèmes de santé révélés par les personnes condamnées en comparution immédiate, figurent au premier rang la toxicomanie, l'alcoolisme, le cancer et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)[2289]. Ces informations relatives à l'état de santé de la personne sont reprises par les magistrats au cours du procès. Au-delà de la maladie même, les magistrats prêtent une attention particulière à la prise en charge médicale. Lorsque les individus révèlent être atteints d'une maladie, ils sont ensuite systématiquement questionnés sur leur engagement dans une prise en charge médicale[2290]. Aussi, « *tout en soulignant régulièrement que les justiciables n'y sont pas obligés, les juges les incitent à construire un récit sur leur état de santé en leur posant des questions telles que "vous voulez nous en dire plus ?" ou "vous voulez donner des détails sur vos problèmes de santé ?"* »[2291]. Mais l'attention des juges sur la maladie n'est pas la même en fonction des délits pour lesquels les personnes sont mises en examen. Ils sont particulièrement attentifs « *dans le cas d'une infraction à la législation sur les stupéfiants, de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur sous l'empire d'un état alcoolique ou d'un vol de faible valeur, par exemple, ils tentent d'établir des liens de causalité entre une problématique délictuelle et une problématique médicale* »[2292]. Dans ces cas, les juges peuvent décider d'assortir la sanction pénale d'une obligation de soins[2293].

Dans cette quête, les magistrats peuvent cependant se heurter à la dissimulation de problèmes de santé par la personne mise en examen. Cette dissimulation peut s'expliquer d'une part par la revendication du droit à l'intimité, d'autre part par le refus de susciter de la pitié et de bénéficier d'un éventuel traitement de faveur et enfin, par la peur d'une stigmatisation notamment pour les personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou par une hépatite virale[2294]. Il est aussi possible que certaines personnes refusent d'annoncer leurs problèmes de santé simplement pour s'opposer à l'autorité judiciaire et par là-même à leur procès. La révélation d'une maladie est pourtant déterminante dans le choix de la sanction pénale.

[2288] *Ibid.*, p. 703.
[2289] *Ibid.*, p. 723 (annexe 4).
[2290] *Ibid.*, p. 697.
[2291] *Ibid.*, p. 706.
[2292] *Ibid.*
[2293] V. C. pr. pén., art. 142-5 (sursis avec mise à l'épreuve) et C. pén., art. 131-4-1 (contrainte pénale).
[2294] MAHI L., « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *op. cit.*, p. 708.

B. L'influence de la maladie dans la détermination de la sanction pénale

393. Une alternative à l'incarcération justifiée par une prise en charge médicale. D'après la sociologue Lara Mahi, « *le fait d'avoir (ou non) révélé un problème de santé au cours d'un procès n'a pas d'effet statistiquement significatif sur le fait d'être (ou non) directement transféré en détention à l'issue du prononcé de la condamnation* »[2295]. Les juges ne tiennent pas compte de l'état de santé de la personne pour déterminer et justifier la sanction pénale, ils prennent en considération la prise en charge médicale. C'est cette prise en charge médicale qui permet d'éviter la prison, non pas l'état de santé de la personne. Aussi, les juges questionnent systématiquement les personnes mises en examen non seulement sur la prise régulière d'un traitement médical mais aussi sur le suivi médical. Trois types de déclarations sont alors identifiables, soit l'individu déclare ne pas avoir de problème de santé ; soit l'individu déclare avoir un problème de santé associé à un suivi médical ; soit l'individu déclare avoir un problème de santé et n'avoir pas de suivi médical. Selon ces différents types de résultats, Lara Mahi a mesuré l'influence de la maladie dans la détermination de la sanction pénale. Ses résultats sont les suivants :

- « *une personne déclarant l'absence de problème de santé est trois fois plus souvent condamnée (plutôt que non condamnée) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'une personne révélant un problème de santé associé à un suivi médical* »;
- « *une personne révélant un problème de santé et l'absence de suivi médical est, quant à elle, sept fois plus souvent condamnée (plutôt que non) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'une personne révélant un problème de santé et une prise en charge médicale* » ;
- « *les justiciables qui font état d'un problème de santé suivi médicalement sont "protégés" de la prison par rapport à ceux annonçant l'absence de problème de santé, alors que les justiciables révélant un problème de santé et l'absence de suivi médical sont plus souvent directement conduits en prison comparativement à ces derniers* » ;
- « *la prise en charge médicale "protège" d'un transfert en prison lorsqu'elle est effective, tandis que, lorsqu'elle est absente, elle "aggrave" la sanction* »[2296].

[2295] *Ibidem*, p. 710.
[2296] *Ibid*., p. 711.

La nécessité d'une prise en charge médicale suivie par la personne mise en examen justifie ainsi le prononcé d'une mesure alternative à l'incarcération. Dans ce cas de figure, le soin apparait prioritaire sur la sanction. La prise en charge médicale témoigne de l'insertion sociale de la personne que les juges cherchent alors à maintenir en prononçant une mesure alternative à l'incarcération. Cette priorité du soin est d'autant plus essentielle que la prison mettrait fin à la prise en charge médicale assurée jusque-là. En revanche lorsqu'une prise en charge médicale est nécessaire mais qu'elle n'est pas suivie par la personne, la prison apparaît comme une occasion de soin[2297].

394. Une « surincarcération » des personnes qui ne se soignent pas. Dans le cas où une personne présente des problèmes de santé et qu'elle ne se soumet à aucune prise en charge médicale, le temps de l'incarcération peut permettre de soigner cette personne. Les juges font ainsi le choix de mettre en avant l'opportunité de soins en milieu carcéral[2298]. Ce choix explique alors la « surincarcération » des personnes qui ne se soignent pas. Au-delà même de ce constat de « surincarcération », la décision des juges de condamner à une peine d'emprisonnement les individus présentant des problèmes de santé et n'ayant aucun suivi médical permet de comprendre le particularisme des patients détenus qui se traduit par une précarité sanitaire pré-carcérale. Les personnes ayant des problèmes de santé et n'ayant pas recours au système de santé ont de fortes chances d'être conduites en prison plutôt que de bénéficier d'une alternative à l'incarcération. D'où la proportion importante de personnes détenues en situation de précarité sanitaire. Aussi, « *la prison est* […] *devenue un lieu de prise en charge médicale de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer, véritable observatoire de la précarité* »[2299]. Mais la prison doit-elle être l'ultime institution pour soigner et punir ? [2300].

[2297] Sur la mobilisation de la maladie comme procédé argumentatif dans la négociation et la justification de la sanction, V. MAHI L., « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *op. cit.*, p. 714-717.
[2298] *Ibidem*, p. 716.
[2299] OBRECHT O., « Des progrès pour la santé en prison », *Projet* 2002, n° 269 [consulté le 11 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.revue-projet.com/articles/2002-1-des-progres-pour-la-sante-en-prison/
[2300] DUBRET G., « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? », *L'information* psychiatrique 2006, p. 663-668.

Conclusion du chapitre 2

395. Repenser les mesures de libération pour raisons médicales. Le contrôle du juge judiciaire exercé sur la capacité à la détention témoigne d'une prise en considération de la santé en vue de libérer les personnes détenues pour des raisons médicales et même de prévenir l'incarcération. Pour autant, cette prise en considération n'est pas suffisante. En dépit d'avancées notables qui répondent à la jurisprudence européenne, il subsiste des obstacles légaux à la libération des personnes détenues, notamment dans le cadre de la suspension de peine pour raisons médicales. Pour y remédier, Pierrette Poncela propose la création d'une nouvelle mesure d'aménagement de peine, « la libération anticipée pour raisons médicales »[2301]. Le régime juridique de cette mesure serait proche de la libération conditionnelle mais les conditions d'octroi et de révocation seraient différentes. Une personne détenue pourrait être admise au régime de cette mesure « *quelle que soit la nature de la peine ou la durée restant à subir, nonobstant l'existence d'une période de sureté* ». Le champ d'application de la mesure serait plus large que celui de la suspension de peine pour raisons médicales en l'absence de référence « *au risque grave de renouvellement de l'infraction* »[2302]. Aucun refus de libération anticipée pour raisons médicales ne pourrait alors être justifié par l'existence d'un tel risque. Les deux critères d'octroi de la suspension médicale de peine seraient repris, à savoir l'existence d'une pathologie engageant le pronostic vital et l'incompatibilité durable de l'état de santé, physique ou mental, avec le maintien en détention. La mesure de libération pourrait être accordée sur la délivrance d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire et, si nécessaire, après la conduite d'une expertise réalisée par un médecin spécialiste de la maladie dont est atteinte la personne détenue. Et la personne détenue aurait la possibilité de demander, dans tous les cas, une contre-expertise. Il serait opportun que cette mesure de libération anticipée pour raisons médicales soit applicable aux personnes placées en détention provisoire afin de garantir une égalité de traitement entre les personnes condamnées et les personnes prévenues. Il reste cependant à voir comment cette mesure serait accueillie par le juge judiciaire. Il serait en pratique difficile pour le juge de ne pas tenir compte de la condition de l'absence de risque

[2301] PONCELA P., « La question des libérations pour raisons médicales » in CASILE-HUGUES G. [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, *Les Études hospitalières*, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 51-52.
[2302] C. pr. pén., art. 720-1-1.

grave de récidive et ce, eu égard aux risques que peut faire encourir la libération d'une personne détenue à l'ordre public. Il reste à penser que la suppression de cette exigence légale puisse conduire le juge judiciaire à faire preuve davantage de souplesse dans le prononcé de cet aménagement de peine.

En sus de cette proposition, il pourrait être prévu l'instauration d'« une libération conditionnelle pour raisons médicales ». Le critère d'octroi de cette mesure serait alors celui de l'impossibilité de bénéficier, en détention ou par le biais d'une autre mesure d'aménagement de peine, des soins médicaux adaptés à l'état de santé en raison de leur caractère répétitif et régulier. La libération conditionnelle pour raisons médicales pourrait alors être accordée sans exiger au préalable l'écoulement d'un temps d'épreuve mais sous réserve que la personne détenue ne présente aucun risque grave de renouvellement de l'infraction. Et, par souci de préserver l'ordre public, cette mesure de libération pourrait cependant n'être applicable qu'en matière correctionnelle. Pour bénéficier de cette libération conditionnelle pour raisons médicales, les personnes détenues devraient alors s'engager à suivre, de manière assidue, leur traitement médical et se soumettre à un suivi médical régulier sous peine, dans le cas contraire, d'être réincarcérées. La libération anticipée pour raisons médicales serait alors réservée aux cas les plus graves et les obligations et restrictions pouvant accompagner la mesure seraient alors considérablement allégées.

Bien que ces mesures puissent permettre de libérer les personnes détenues pour des raisons médicales et donc de contribuer à l'effectivité du droit à la protection de la santé des personnes détenues, il n'en demeure pas moins que l'effectivité même de ces mesures serait susceptible de se heurter à des obstacles matériels. Il serait alors nécessaire d'accompagner la mise en œuvre de ces mesures par la création de structures chargées d'accueillir les personnes détenues libérées pour raisons médicales mais aussi par la formation d'experts chargés d'évaluer l'état de santé des personnes détenues susceptibles de bénéficier de ces mesures. Il serait aussi souhaitable d'encourager un partenariat entre les personnels pénitentiaires et les personnels de santé afin de repérer les personnes dont l'état de santé justifierait l'octroi de ces mesures. Et l'application de ces mesures pourrait être envisagée *ab initio* par la juridiction de jugement ou le juge d'application des peines. Pour cela, il serait nécessaire de repenser l'intégration de la santé dans les décisions pénales.

396. Repenser l'intégration de la santé dans les décisions pénales. L'état de santé ne protège pas de l'incarcération, en témoigne la frilosité du juge judiciaire à prévenir l'incarcération pour raisons médicales et accorder un aménagement de peine pour ces mêmes raisons médicales. En raison du signe d'insertion sociale qu'il transmet, le soin doit rester prioritaire sur la sanction en ce qu'il justifie le prononcé d'une mesure alternative à l'incarcération ou d'aménagement de peine. Pourtant, l'absence de soin ne doit pas être vue comme un critère d'incarcération. La finalité de la peine privative de liberté est de punir et de réinsérer. Certes, le soin contribue à la réinsertion. Mais la prison ne doit pas devenir une institution médicale, qui plus est ultime. Aussi, doit être renforcé le recours à des mesures visant à contraindre de manière effective et efficace un individu à se soigner sans avoir recours à la privation de liberté tels que le sursis avec mise à l'épreuve[2303], le suivi socio-judiciaire[2304] ou encore la contrainte pénale[2305].

[2303] C. pén., art. 132-40 et 132-47.
[2304] C. pén., art. 131-36-1 et 131-36-4.
[2305] C. pén., art. 131-3 et 131-4-1.

Conclusion du Titre 2

397. Une garantie des droits à deux vitesses. L'analyse du contrôle opéré par le juge administratif sur les conditions d'exécution de la détention ainsi que du contrôle mené par le juge judiciaire sur la capacité à la détention révèle que ces contrôles n'évoluent pas à la même vitesse.

D'un côté, le juge administratif a manifestement accru son contrôle sur l'activité de l'administration pénitentiaire en tentant de transposer en droit interne les normes européennes issues de l'interprétation faite par le juge européen, de la Convention européenne des droits de l'homme. Aussi, le juge administratif a étendu et approfondi son contrôle sur la légalité des décisions prises par l'administration pénitentiaire et ce, en élargissant progressivement le champ d'application de son contrôle mais également en intensifiant ce contrôle de manière manifeste. En sus, le juge administratif a assoupli les conditions d'engagement de la responsabilité de l'État du fait du service public pénitentiaire et/ou de la responsabilité du service public hospitalier favorisant ainsi la réparation du préjudice subi par la personne détenue en raison de la violation de ses droits en matière de santé.

De l'autre côté, le juge judiciaire tente, sous l'influence lui aussi des normes européennes, de contrôler la capacité à la détention. Grâce à des mesures alternatives à l'incarcération et à des mesures d'aménagement de peine, le juge judiciaire peut ordonner une libération pour des raisons médicales ou prévenir l'incarcération pour un motif d'ordre médical. En incitant les personnes mises en examen à révéler leurs problèmes de santé, le juge judiciaire a intégré la question de la santé dans les décisions pénales. Il a alors fait le choix de « récompenser » les personnes ayant des problèmes de santé et qui se soumettent à un suivi médical. Ces personnes bénéficient ainsi majoritairement de mesures alternatives ou d'aménagement de peine. *A contrario*, le juge judiciaire « pénalise » les personnes ayant des problèmes de santé, mais qui ne se soumettent pas à un suivi médical, en mettant à exécution la peine privative de liberté. La frilosité du juge judiciaire, quant au prononcé à l'égard de ces personnes, de mesures alternatives à l'incarcération ou d'aménagement de peine, est due au risque éventuel d'atteinte à l'ordre public qu'il peut faire encourir en libérant ces personnes ou en leur évitant l'incarcération. Du fait de sa frilosité, le juge judiciaire s'expose aux pressions exercées par une « surincarcération » des personnes en précarité sanitaire et, de

manière plus générale, par la surpopulation carcérale. Ces situations entravent alors l'effectivité du droit à la protection de la santé ainsi que des droits qui en découlent et portent atteinte à la dignité humaine des personnes détenues. Elles exposent ainsi les autorités étatiques à une condamnation par le juge administratif ou même par la Cour européenne des droits de l'homme, si après épuisement des voies de recours internes, la personne détenue ou ses ayants-droits entendent faire valoir le respect de ses droits.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

398. Une garantie des droits impulsée par le juge européen et mise en œuvre par les juges nationaux. Si des droits en matière de santé sont reconnus à la personne détenue, encore faut-il que l'effectivité de ces droits soit garantie. Par une interprétation dynamique de la Convention européenne des droits de l'homme, le juge européen a cherché à « *donner tout son effet utile aux dispositions normatives de la Convention* »[2306] en vue de garantir l'effectivité des droits fondamentaux. Par là-même, il a interprété les dispositions de la Convention à la lumière des conditions de vie actuelles des personnes détenues afin de leur garantir une protection effective de leurs droits, en particulier, en matière de santé. La mobilisation de la Cour européenne des droits de l'homme en faveur d'une garantie des droits de la personne détenue en matière de santé s'est alors manifestée au travers d'une protection procédurale en complément nécessaire de la protection substantielle de ces droits. Cette mobilisation a ainsi donné naissance à un droit européen de la détention dont découlent des normes spécifiques applicables à la personne détenue. Eu égard au rayonnement de ce droit européen de la détention, les juges nationaux tentent de transposer en droit interne le respect de ces normes spécifiques à la personne détenue. Ils veillent ainsi à ce que les autorités nationales respectent les droits de la personne détenue en matière de santé. La garantie de ces droits, mise en place par les juges nationaux, se manifeste alors par un contrôle exercé par le juge administratif sur les conditions d'exécution de la détention et par un contrôle exercé par le juge judiciaire sur la capacité à la détention. Ce double contrôle opéré par le juge national vise à placer la question de la santé des personnes détenues non seulement au cœur de l'activité de l'administration pénitentiaire mais aussi à intégrer cette question dans les décisions pénales.

[2306] SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'homme*, 11e éd., Paris, PUF, 2012, n° 160, p. 248.

CONCLUSION GÉNÉRALE

« *Changer la condition carcérale, c'est la rapprocher de la condition commune* »[2307]. N'est-ce pas illusoire ? Depuis que la santé des personnes détenues est progressivement devenue une question de santé publique, on s'est efforcé d'organiser la prise en charge de leur santé en tentant de la calquer sur la prise en charge de la santé des patients en milieu libre. En sus, on s'est efforcé de reconnaitre à la personne détenue les mêmes droits que ceux dont bénéficie le patient en milieu libre. Et, afin d'assurer l'effectivité de ces droits, des garanties notamment juridictionnelles ont été actionnées tant au niveau européen que national. Ces efforts ont ainsi participé à la conduite d'une politique de normalisation de la prise en charge de la santé des personnes détenues visant à rapprocher autant que possible cette prise en charge de celle assurée à la population générale. Cette politique de normalisation trouve sa justification légitime dans la lutte contre le concept de moindre éligibilité auquel adhère une partie de l'opinion publique et qui implique que les conditions de vie des personnes détenues soient nécessairement moins favorables que celles des individus libres, même les plus démunis. Mais la personne détenue doit-elle être regardée comme un patient « normal » ?

Non. La personne détenue, bien qu'elle puisse avoir des besoins de santé comme tout patient, reste une personne *faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* »[2308]. Une reconnaissance efficace de droits en matière de santé en faveur de la personne détenue doit nécessairement prendre en considération ce statut de personne détenue. Chercher à appliquer le droit commun aux personnes détenues ne peut aboutir aux résultats escomptés. À l'image du juge européen qui, par une interprétation dynamique de la Convention européenne des droits de l'homme, a érigé un véritable droit européen de la détention, il faut établir des normes spécifiques à la personne détenue afin de lui assurer une garantie effective du droit à la protection de la santé ainsi que des droits qui en découlent.

[2307] SOULIER G., « Le décloisonnement de la prison » in *Psychologie et science administrative*, Paris, PUF, 1985.

[2308] Ne figurent pas dans cette catégorie de personnes privées de liberté, les personnes retenues dans les locaux de police ou de gendarmerie ou encore celles retenues dans les centres de rétention administrative.

Cette finalité paraît néanmoins se heurter une fois encore au statut de personne détenue. Derrière cette personne détenue se cache certes un patient détenu mais aussi un détenu patient. Il est nécessaire de tenir compte de ce double visage. Aussi, un équilibre doit être atteint entre le soin et l'impératif de sécurité. Et, en cherchant à renforcer la qualité de la prise en charge de la santé des personnes détenues ainsi que l'effectivité de leurs droits en matière de santé, la situation même du « détenu » peut être atteinte. Cela explique, par exemple, les réticences des personnes détenues à accepter une hospitalisation dans des structures telles que les unités hospitalières sécurisées interrégionales (U.H.S.I.). L'hospitalisation dans ces unités est vécue par les personnes détenues comme un « surenfermement » en raison des conditions de vie austères jugées plus difficiles qu'en prison. Et, hormis le risque grave de renouvellement de l'infraction, le renforcement de l'offre de soins destinée aux personnes détenues peut inciter le juge judiciaire, en proie à une certaine frilosité quant au prononcé d'une mesure alternative à l'incarcération ou d'un aménagement de peine, à privilégier une fois encore le recours à l'emprisonnement. L'amélioration de la prise en charge médicale a pour effet pervers de diminuer les chances pour une personne détenue d'obtenir une libération pour des raisons médicales dans le cas où des soins appropriés à son état de santé peuvent lui être dispensés au sein de l'établissement pénitentiaire.

La santé étant devenue un élément à prendre en considération dans l'exécution de la détention, le juge judiciaire fait alors preuve d'une particulière sévérité à l'égard des individus qui ont des problèmes de santé mais qui ne se soumettent à aucun suivi médical en privilégiant un recours à l'emprisonnement. C'est pourquoi les établissements pénitentiaires sont confrontés à une « surincarcération » des personnes en situation de précarité pré-carcérale. L'administration pénitentiaire est alors contrainte de « garder des malades » que le système de santé n'est, lui-même, pas parvenu à prendre en charge en milieu libre, faute assurément d'une mobilisation des individus eux-mêmes pour leur santé. Le danger de cette « surincarcération » est de faire de la prison, une institution médicale et même l'ultime. Mais, si la réinsertion passe notamment par le soin, la peine privative de liberté doit-elle pour autant avoir pour finalité « soigner et punir » ? Ou ne faudrait-il pas supprimer la peine privative de liberté ? Pourrait-elle être remplacée par l'éducation et le soin ?

Index alphabétique

(Les numéros renvoient aux numéros de pages)

A

Accès aux soins, 53, 90, 96, 100, 137-138, 140, 151, 165, 170, 173, 181-183, 222, 225, 235, 241, 247-248, 251-252, 256, 268-269, 302, 304, 315-316, 343, 398, 504, 517, 541, 623, 632-633, 637, 640, 648, 659, 676
Accouchement, 28, 37, 140, 184, 275-276, 396, 535, 635
Addiction, 92, 211, 217, 224, 322, 373, 510, 566, 209-211, 224, 234, 537
Aidant *Voir* Handicap
Ancien Régime, 24-30, 39, 44, 67, 71-72, 634, 652
Association médicale mondiale, 136
Assurances maladie et maternité *Voir* Protection sociale
Autonomie, 143-146, 148, 150, 159, 219, 220, 237, 292, 300-301, 303, 308, 310, 366-367, 407, 461-462, 477, 542, 640
Autorité indépendante, 342, 344

B

Bilan de santé, 182, 224

C

Cahier électronique de liaison, 305-306, 319, 322-325, 327
Cellule disciplinaire, 230, 361, 375, 376, 402, 405, 466-468, 512-513, 527-528
Cesare Beccaria, 26, 28, 30-31, 37
Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 150, 154, 383
Charte de la personne hospitalisée, 160,162
Charte des Nations-Unies, 131, 135
Charte européenne des droits des patients, 149
Charte pénitentiaire européenne 141-142
Charte sociale européenne, 137
Châtiments corporels, 24-25, 30, 31, 37-38, 41, 46, 67, 69, 697
Codétenus de soutien, 229, 292
Comité européen pour la prévention de la torture, 134, 281, 314, 368, 397, 405, 411, 413, 621, 632
Commission pluridisciplinaire unique, 102, 306, 319-324, 326
Confidentialité, 110, 138, 140, 149, 156-157, 250, 277, 280, 285, 299, 306, 308-310, 312-316, 325, 328, 398-399, 502, 505, 506, 533, 622, 636
Confinement en cellule ordinaire, 218, 402
Consentement, 72, 120, 121, 124, 132, 140, 149, 160, 162-163, 174, 187-188, 190, 223, 254, 265, 273, 286, 288-289, 292-294, 297-298, 303, 345, 367, 388, 493, 504
Constitution du 4 octobre 1958, 151, 175, 177, 344, 490
Continuité des soins, 89, 96, 111, 151, 173, 182-183, 186, 234-235, 253-254, 256, 268-269, 286
Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 75, 76, 115, 125, 133-134, 181, 187, 227, 229, 236, 240, 258, 260, 268-269, 274-275, 277-280, 283, 285, 289, 292, 302, 304-307, 309, 310, 312, 315-317, 319, 321, 323, 342-343, 345, 487, 636
Convention des Nations-Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 388
Correspondance, 156, 285, 304, 368, 399-400, 512

D

Décès, 69, 101, 137, 270, 271, 357, 361, 363, 376-378, 419, 420, 437-439, 441-442, 444-449, 462, 467-468, 526, 527, 533, 536-537, 539-541, 641, 658
Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 37
Déclaration universelle des droits de l'homme, 47, 131, 154, 381
Décloisonnement, 49, 64, 82-83, 85, 94, 128, 623, 632, 651
Défenseur des droits, 101, 150, 181, 278-279, 342, 344, 345, 679
Démocratie sanitaire, 143-144, 150, 633, 650
Déontologie, 136, 157, 162-163, 166-169, 172, 179, 190, 249, 271, 313, 324
Dépistage, 79, 81, 89, 140, 208, 222-223, 231-235, 362, 369
Détention provisoire, 23, 114, 141, 453, 489, 490, 493, 527, 638, 650, 652, 659-661, 664
Dignité humaine, 48, 59, 131, 154-155, 213, 220, 379-380, 383, 389, 391-392, 402-403, 407-409, 413, 415, 417-419, 421, 424, 432, 439, 491, 497, 500, 506, 532-533, 655, 663, 668
Discrimination, 60-61, 132, 136-137, 139, 141-142, 150, 154, 173, 193, 221, 241, 321, 351, 388, 658
Dossier médical, 125, 138, 161, 164, 172, 186, 249, 254, 311-312, 324, 328, 447, 667
Droit à l'information médicale, 162, 174, 187-188
Droit à la protection de la santé, 132, 135, 137, 151-153, 186, 188, 194, 202, 222, 235, 246, 354, 416, 440, 445, 458, 484, 487, 504, 518, 669
Droit à la protection sociale, 102, 153, 163, 174, 206-207, 236-238, 240-241, 245-246
Droit à la vie, 137, 152, 354-359, 361, 369, 374, 380, 432, 436-438, 440-441, 445, 458, 472, 502, 615, 638
Droit au respect de la vie privée, 156, 308, 366-368, 400, 433, 472, 478

E

Effectivité, 197-201
Encellulement individuel, 73-74, 310, 677, 686
Enquête, 73, 75-76, 129, 146-147, 170, 176, 179, 204-205-207, 213, 219, 247-248, 302, 307, 365, 435-451, 484, 682, 683
Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, 59, 61, 137, 139, 204
Épuisement des voies de recours internes, 346-347, 469, 484
Équivalence des soins, 96, 120, 126,136, 138, 140, 172, 174, 181-182, 197
Établissement de santé de rattachement, 95-96, 101, 103, 107-109, 111-113, 122, 223, 320
État de droit, 50, 52-53, 59, 168, 175, 185, 191, 195, 266-267, 330, 342, 345, 445-446, 487, 511, 620, 629, 653, 659
Éthique, 136, 139, 143, 157, 160, 169, 171, 198, 202, 219, 281, 313, 381, 398, 619, 622, 626, 628, 640, 645, 656, 659, 666, 671, 679
Étrangers, 238, 241, 478
Euthanasie, 155, 165, 359, 369-380, 640, 655
Examen bucco-dentaire, 225-227
Examen médical d'entrée, 138, 182, 209, 223, 233-234, 307
Extraction médicale, 88, 108-110, 117-118, 250, 253, 255, 270, 275, 277-279, 281-282, 303, 315, 328, 392-395, 397-398, 425, 581-582

F

Faute lourde, 524-529, 535, 630
Faute simple, 526-527, 530, 535
Fouilles corporelles, 298-299, 490, 516, 520

G

Grève de la faim, 293, 297-298, 322, 359, 363, 367-368, 376-378, 406-408, 422, 480-483, 617
Grief défendable, 443, 462

H

Handicap, 150, 183-184, 186-187, 204, 221, 237, 266, 287, 291-292, 321-322, 424, 428, 430, 498-499, 531, 638
Hiérarchie des normes, 50, 175-177, 181, 188, 347
Hygiène pénitentiaire, 67-68

I

Incitations aux soins, 293, 295-296
Incompétence négative, 177-178, 191
Indépendance professionnelle, 138, 140, 167, 169-172, 182, 301, 318, 324, 327
Injonction thérapeutique, 293-294
Institution totale, 40, 60, 203, 648
Isolement, 35-36, 86, 100, 106, 206, 217-218, 230-231, 255, 284, 301, 361, 371, 375-376, 386-387, 400-406, 427, 462, 466-467, 513, 516, 520, 525, 632, 635, 649, 657, 663

J

John Howard, 34, 66, 69
Juge d'application des peines, 294-296
Juge d'instruction, 33, 72, 289, 294, 490, 660
Juge des libertés et de la détention, 289, 294

L

Libération conditionnelle, 184, 294, 296, 490, 643
Libre choix du praticien et de l'établissement de santé, 163, 287

M

Médecine pénitentiaire, 83, 169, 171, 625
Mesure d'ordre intérieur, 511, 513, 515, 517-518
Mesures de sécurité, 110, 170, 253, 277-279, 316, 386, 393, 397-398, 400-401, 404, 409, 502, 533, 648
Mesures provisoires, 453, 469, 472-479, 481-483, 495, 505, 641
Michel Foucault, 25-26, 28-29, 41-42

N

Normalisation, 41, 55, 58-61, 64, 127, 129, 141, 142, 168, 173, 197, 201, 256, 263, 330, 335-336, 601, 644
Nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege, 26

O

Obligation négative, 358
Obligation positive, 137, 352, 353, 360-362, 366-367, 369, 372, 374-375, 377, 407, 415, 433-434
Obligation procédurale, 435, 436, 439
Obligation substantielle, 441
Observatoire international des prisons, 76, 184, 189, 225-227, 236, 265, 272, 277, 461, 501, 503, 566
Organisation mondiale de la Santé, 89, 135, 144, 415

P

Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 131
Paternalisme médical, 143
Patient (notion), 63-64
Permanence médicale, 108, 262, 270
Personne détenue (notion), 21-23
Placement à l'extérieur, 294
Placement extérieur, 296
Placement sous surveillance électronique, 296
Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 135, 151
Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, 151, 153
Principe de légalité, 26, 266, 450
Protocole cadre, 95, 97, 107-109, 111, 223, 534
Protocole complémentaire, 95, 111, 113, 534

R

Recours administratif préalable obligatoire, 341
Recours de pleine juridiction, 521
Recours effectif (droit au), 340, 341, 453-454, 456-458, 461-464, 466-468, 492, 507, 640, 697

Recours gracieux, 340-341
Recours hiérarchique, 340-341
Recours pour excès de pouvoir, 465, 504, 507-509, 514-518, 658, 659
Référé-constat, 495-498
Référé-instruction, 495-496, 498
Référé-liberté, 465, 496, 502, 505
Référé-provision, 495-496, 498-500, 659, 662-663
Référé-suspension, 496, 501, 505
Refus de soins, 253, 296-297, 648
Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, 212, 276, 287, 340
Règles pénitentiaires européennes, 59-61, 92, 99, 140, 141, 178-179, 236, 264, 342, 346, 409, 634
Responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires, 530, 631
Responsabilité du service public hospitalier, 507, 533, 535-536, 542, 597
Responsabilité partagée de l'État et du service public hospitalier, 538

S

Santé (notion), 52-53
Santé publique (notion), 88-93
Secret professionnel, 134, 140, 156, 157, 169, 171-172, 182, 278, 285, 299, 306, 312, 313-317, 319, 321, 323, 324-329, 345, 399, 502, 506, 622, 641, 650, 652, 662
Semi-liberté, 106, 238, 261, 294, 296
Service médico-psychologique régional, 84, 95, 110-113, 123, 320, 373, 534
Succession de fautes simples, 526, 530
Suicide, 30, 92, 100, 137, 209-210, 218, 228, 229-230, 292, 320, 322, 361, 362, 364-365, 367, 370-372, 374, 376, 380, 446, 447, 451, 525-527, 529-531, 536, 539, 540, 628, 638, 654, 657, 660, 672, 684-685
Suivi socio judiciaire, 293-296, 585, 595
Supplice, 24-30
Surveillants pénitentiaires, 100, 228, 232, 271, 282-283, 397
Suspension de peine pour raisons médicales, 639, 644

T

Tabagisme passif, 211-213, 415, 416, 417, 418, 500, 504, 532, 662
Technologies de l'information et de la communication, 146-148, 249, 255-260
Télémédecine, 249-262, 274, 282, 620, 672, 680, 682
Torture, 24, 30, 131-134, 221, 354, 380-391, 406-409, 411, 413, 419, 439, 441, 445, 458, 472, 615, 644
Traitement inhumain ou dégradant, 132, 354, 368, 375, 385-388, 391, 396, 403, 411-412, 423, 427, 517, 543, 550, 583
Traitement prioritaire des requêtes, 453, 469, 483
Troubles addictifs (ou conduites addictives), *Voir Addiction*
Troubles mentaux, 64, 81, 87, 90, 113, 121, 122, 137, 183, 188, 211, 217-218, 361-362, 369-370, 372-373, 375, 404-406, 420, 422, 424, 430, 500, 640, 642, 649, 657, 673

U

Unité de consultations et de soins ambulatoires, 320, 536, 540
Unité hospitalière sécurisée interrégionale, 115-120, 173-175, 283-285, 517
Unité hospitalière spécialement aménagée, 120-122, 272-273, 317
Unité pour malades difficiles, 123-125
Unité sanitaire en milieu pénitentiaire, 107, 223, 252, 269, 300-301, 540, 541

V

Vidéosurveillance, 210, 281, 316, 317-318, 502, 658

Bibliographie

Si les éléments insérés dans la bibliographie n'ont pas tous été cités dans les développements de notre recherche, ils ont néanmoins contribué, partiellement ou intégralement, à nourrir notre réflexion.

Les éléments bibliographiques consultés en ligne ont été insérées dans la bibliographie.

La bibliographie est composée de sept parties : les dictionnaires, lexiques et encyclopédies (I.), les ouvrages généraux, manuels et traités (II.), les ouvrages spéciaux, monographies et thèse (III.), les articles, chroniques et commentaires (IV.), les notes, observations et conclusions (V.), les colloques, conférences et communications (VI.), les rapports, études et avis (VII.).

I. DICTIONNAIRES, LEXIQUES ET ENCYCLOPÉDIES

ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome premier A-G, 8e éd., Librairie Hachette, 1932.

ACADÉMIE FRANÇAISE, *Dictionnaire de l'Académie française,* Tome second H-Z, 8e éd., Librairie Hachette, 1935.

ALLAND Denis, RIALS Stéphane [dir.], *Dictionnaire de culture juridique*, Paris, PUF, 2003.

ANDRIANTSIMBAZOVINA Joël, GAUDIN Hélène, MARQUENAUD Jean-Pierre [dir.], *Dictionnaire des Droits de l'Homme*, Paris, PUF, 2008.

ARNAUD André-Jean [dir.], *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., 1993.

BELY Lucien [dir.], *Dictionnaire de l'Ancien Régime. Royaume de France XVI-XVIIIe siècle*, 3e éd., Paris, PUF, 2010.

BISSARDON Sébastien, *Guide du langage juridique*, 4e éd., Paris, Litec, 2014.

CABRILLAC Rémy [dir.], *Dictionnaire du vocabulaire juridique 2016*, 7e éd., Paris, LexisNexis, 2015.

CADIET Loïc [dir.], *Dictionnaire de la justice*, Paris, PUF, 2004.

CÉRÉ Jean-Paul, *Rép. pén. Dalloz*, V° Prison (Organisation générale), juin 2015 (actu. janvier 2016).

CÉRÉ Jean-Paul, *Rép. pén. Dalloz*, V° Prison (Normes européennes), janvier 2012 (actu. octobre 2015).

CÉRÉ Jean-Paul, HERZOG-EVANS Martine, *Rép. pén. Dalloz*, V° Prison, février 2006 (actu. avril 2015).

CORNU Gérard [dir.], *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, 2016.

DE GRAËVE Loïc, *Rép. pén. Dalloz*, V° Juridictions de l'application des peines, juin 2011 (actu. octobre 2014).

DOURNEAU-JOSETTE Pascal, *Rép. pén. Dalloz*, V° Convention européenne des droits de l'homme (Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en matière pénale), juin 2013.

EDME-THÉODORE Bourg, *Dictionnaire de la pénalité dans toutes les parties du monde connu*, t. 1-5, Paris, Chez l'éditeur, 1824, 1825 et 1828.

GILTARD Daniel, *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Référés (Urgence), octobre 2011 (actu. avril 2016).

GILTARD Daniel, *Rép. resp. puiss. publ. Dalloz*, V° Référé provision, mars 2011, (actu. avril 2016).

GILTARD Daniel, *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Référé constat et Référé instruction, mars 2011 (actu. mars 2014).

GUÉRY Christian, *Rép. pén. Dalloz*, V° Détention provisoire, juin 2013 (actu. octobre 2015).

GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry [dir.], *Lexique des termes juridiques 2016-2017*, 24e éd., Paris, Dalloz, 2016.

HAÏM Victor, *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Recours de pleine juridiction, janvier 2011 (actu. octobre 2014).

HERZOG-EVANS Martine, *Rép. pén. Dalloz*, V° Peine (Exécution), septembre 2011 (actu. janvier 2016).

LECOURT Dominique [dir.], *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.

LITTRÉ Émile, *Dictionnaire de la langue française*, Tome 2, Paris, Hachette, 1874.

LOPEZ Gérard, TZITZIS Stamatios [dir.], *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, 2004.

PÉDROT Philippe [dir.], *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006.

PY Bruno, *Rép. pén. Dalloz*, V° Secret professionnel, février 2003 (actu. janvier 2016).

ROLAND Henri, BOYER Laurent, *Adages du droit français*, 4e éd., Paris, Litec, 1999.

THIEBAUD Jean-Marie, *Dictionnaire de l'Ancien Régime du royaume de France*, Besançon, Cêtre, 2009.

TOURNIER Pierre-Victor, *Dictionnaire de démographie pénale. Des outils pour arpenter le champ pénal*, Paris, L'Harmattan, 2011.

TRUCHET Didier, *Rép. resp. puiss. publ. Dalloz*, V° Hôpitaux (Responsabilité des services hospitaliers), septembre 2005 (actu. avril 2016).

TRUCHET Didier, *Rép. cont. adm. Dalloz*, V° Recours administratifs, octobre 2000 (actu. janvier 2015).

VIRIOT-BARRIAL, *Rép. pén. Dalloz*, V° Dignité de la personne humaine, juin 2014 (actu. janvier 2016)

II. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS ET TRAITÉS

A-Droit pénal et Criminologie

BECCARIA Cesare [trad. CHEVALLIER M.], *Des délits et des peines (1764)*, Paris, Flammarion, 1991.

BEERNAERT Marie-Aude, *Manuel de droit pénitentiaire*, 2e éd., Louvain, Anthémis, coll. « Criminalis » 2013.

BENTHAM Jérémie, *Œuvres de Jérémie Bentham. Tome premier*, Bruxelles, Société belge de librairie, Hauman et Cie, 1840.

BEZIZ-AYACHE Annie, BOESEL Delphine, *Droit de l'exécution de la sanction pénale*, 2e éd., Rueil-Malmaison, Lamy, coll. « Axe Droit », 2012.

BOULOC Bernard, *Procédure pénale*, 25e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015.

BOULOC Bernard, *Droit pénal général*, 24e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015.

BOULOC Bernard, *Droit de l'exécution des peines*, 4e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011.

BOULOC Bernard, *Pénologie*, 3e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011.

DESPORTES Frédéric, LE GUNEHEC Francis, *Droit pénal général*, 16e éd., Paris, Économica, coll. « Corpus », 2009.

DONNEDIEU DE VABRES Henri, *Traité de droit criminel et de législation pénale comparée*, 3e éd., Paris, Sirey, 1947.

DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 3e éd., Paris, Litec, coll. « Manuels », 2014.

DUROCHÉ Jean-Philippe, PÉDRON Pierre, *Droit pénitentiaire*, 2e éd., Paris, Vuibert, coll. « Droit », 2013.

FOURMENT François, *Procédure pénale*, 15e éd., Bruxelles, Larcier, coll. « Paradigme – Manuels », 2016.

GARÇON Éveline, PELTIER Virginie, *Droit de la peine*, 2e éd., Paris, Litec, coll. « Manuels », 2015.

GASSIN Raymond, CIMAMONTI Sylvie, BONFILS Philippe, *Criminologie*, 7e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2011.

GRIFFON-YARZA Laurent, *Guide de l'exécution des peines*, Paris, LexisNexis, coll. « Carré Droit », 2014.

GUINCHARD Serge, BUISSON Jacques, *Procédure pénale*, 11e éd., Paris, LexisNexis,, coll. « Manuels », 2016.

HERZOG-EVANS Martine, *Droit pénitentiaire*, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2012.

HERZOG-EVANS Martine, *Droit de l'exécution des peines*, 5e éd, Paris, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2016.

KELLENS Georges, *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000.

LEROY Jacques, *Procédure pénale*, 4e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015.

LEROY Jacques, *Droit pénal général*, 5e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2014.

MAYAUD Yves, *Droit pénal général*, 5e éd., Paris, P.U.F., coll. « Droit fondamental », 2015.

MERLE René, VITU André, *Traité de droit criminel, t. 1, Problèmes généraux de la science criminelle - Droit pénal général*, 3e éd., Paris, Cujas, 1978.

MERLE René, VITU André, *Traité de droit criminel*, Paris, Cujas, 1967.

MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, Paris, Cujas, coll. « Bibliothèque de sciences criminelles », 2013.

PIN Xavier, *Droit pénal général*, 7e éd., Paris, Dalloz, coll. « Cours », 2015.

PINATEL Jean, *Précis de science pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945.

PLAWSKI Stanislaw, *Droit pénitentiaire*, Villeneuve d'Ascq, Publications de l'Université de Lille III, 1977.

PONCELA Pierrette, *Droit de la peine*, 2e éd., Paris, P.U.F., coll. « Thémis Droit privé », 2001.

PRADEL Jean, VARINARD André, *Les grands arrêts de la procédure pénale*, 9e éd., Paris, Dalloz, coll. « Grands arrêts », 2016.

PRADEL Jean, *Droit pénal général*, 20e éd., Paris, Cujas, coll. « Référence », 2014.

PRADEL Jean, *Procédure pénale*, 18e éd., Paris, Cujas, coll. « Référence », 2015.

SCHMELCK Robert, PICCA George, *Pénologie et droit pénitentiaire*, Paris, Cujas, 1967.

VIDAL Georges, *Cours de droit criminel et de sciences pénitentiaires*, Paris, Rousseau et Cie, 1921.

B- Droit de la santé

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, SARGOS Pierre, *Les grands arrêts du droit de la santé*, 2e éd., Paris, Dalloz, coll. « Grands arrêts », 2016.

CALLU Marie-France, « La dignité de la personne humaine », in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 43.

DUJARDIN Valériane, *Les relations hôpital, police, justice*, 2 éd., Paris, Les Études hospitalières, coll. « Tout savoir sur », 2013.

HOCQUET-BERG Sophie, PY Bruno, *La responsabilité du médecin*, Condé-sur-Noireau, Heures de France, coll. « Droit professionnel », 2006.

LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 3e éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2012.

MÉMETEAU Gérard, GIRER Marion, *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Études hospitalières, 2016**.**

PONSEILLE Anne, *Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal*, Bordeaux, LEH Édition, 2015.

PY Bruno, « Secret professionnel : de l'affaire Watelet aux affaires Gubler » in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, Paris, L.G.D.J. 2014, coll. « Les grandes décisions », p. 305.

THIERRY Jean-Baptiste, « Santé en détention », in VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014, p. 59.

VIALLA François [dir], *Les Grandes décisions du droit médical*, 2e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Les grandes décisions », 2014.

C- Autres branches du droit

AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006.

BERGER Vincent, *Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, 13e éd., Paris, Dalloz, 2014.

BONICHOT Jean-Claude, CASSIA Paul, POUJADE Bernard, *Les grands arrêts du contentieux administratif*, 5e éd., Paris, Dalloz, coll. « Grands arrêts », 2016.

CHAPUS René, *Droit du contentieux administratif*, 13e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2008.

CHAPUS René, *Droit administratif général*, 15e éd., Paris, Montchrestien, coll. « Précis Domat », 2001.

DUGUIT Léon, *Traité de droit constitutionnel*, t. I, 3e éd. (La règle de droit, le problème de l'État), Paris, Éditeurs de Boccard, 1927.

DUGUIT Léon, *Traité de droit constitutionnel*, t. II, 2e éd. (La théorie générale de l'État), Paris, Fontemoing et Cie, 1923.

GHESTIN Jacques, *Traité de Droit civil. Introduction générale*, 4e éd., Paris, L.G.D.J., 1994.

GOHIN Olivier, *Contentieux administratif*, 8e éd., Paris, LexisNexis, coll. « Manuels », 2014.

GUINCHARD Serge, *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 8e éd., Paris, Dalloz, coll. « Précis », 2015.

HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, ROMAN Diane, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 2e éd., Paris, Dalloz, coll. « HyperCours », 2015.

KORFF Douwe, *Le droit à la vie. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007.

LOMBARD Martine, DUMONT Gilles, SIRINELLI Jean, *Droit administratif*, 11e éd., Paris, Dalloz, coll. « HyperCours », 2015.

LONG Marceau, WEIL Prosper, BRAIDANT Guy, DEVOLTÉ Pierre, GENEVOIS Bruno, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 20e éd., Paris, Dalloz, coll. « Grands arrêts », 2015.

MARGUÉNAUD Jean-Pierre, *La Cour européenne des droits de l'Homme*, 6e éd., Paris, Dalloz, coll. « Connaissance du droit », 2012.

ODENT Raymond, *Cours de contentieux administratif, Les cours du droit* (fascicule III), 1976-1981.

REIDY Airsling, *L'interdiction de la torture. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2003.

RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH,* 6e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2015.

RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Contentieux européen,* 4e éd., Paris, L.G.D.J., coll. « Manuels », 2010.

SUDRE Frédéric, MARGUENAUD Jean-Pierre, ANDRIANTSIMBAZOVINA Joël, GOUTTENOIRE Adeline, LEVINET Michel, *Les grands arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme,* 7e éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2015.

SUDRE Frédéric, *Droit européen et international des droits de l'homme,* 12e éd. Paris, PUF, coll. « Droit fondamental », 2015.

VITKAUSKAS Dovydas, DIKOV Grigoriy, *La protection du droit à un procès équitable par la Convention européenne des droits de l'homme*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2012.

WACHSMANN Patrick, *Libertés publiques,* 7e éd., Paris, Dalloz, coll. « Cours », 2013.

III. OUVRAGES SPÉCIAUX, THÈSES ET MONOGRAPHIES

Le choix a été fait d'insérer les articles issus d'ouvrages collectifs dans cette partie. Seuls les articles issus de revues sont insérés dans la quatrième partie intitulée « Articles, Chroniques et Commentaires ».

A-Ouvrages exclusivement ou essentiellement juridiques

BARTHOLEYNS Frédérique, BÉGHIN Juliette, BELLIS Philippe, MARY Philippe, « Le droit pénitentiaire en Belgique : limité aux contraintes carcérales ? » in DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus,* Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll., « La pensée juridique », 2002, p. 153-186.

BELDA Béatrice, *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme,* Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit de la Convention européenne des droits de l'homme », 2010.

BELDA Béatrice, « Les techniques de protection des droits des détenus mobilisées par la Cour européenne des droits de l'homme » in DEFLOU Arnaud [dir.], *Le droit des détenus. Sécurité ou réinsertion ?,* Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2010, p. 121-130.

BELRHALI-BERNARD Hafida, « Le juge administratif et le contrôle de l'administration pénitentiaire », in FROMENT Jean-Charles, KALUSZYNSKI Martine [dir.], *L'Administration pénitentiaire face aux principes de la nouvelle gestion publique,* Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2011, p. 175-186.

BIBAL-SERY Dominique, *Prison et droits de l'homme*, Paris, Direction de l'administration pénitentiaire, 1995.

BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral : Étude comparative France, Angleterre et Pays de Galles*, Paris, L'Harmattan, « Bibliothèque de droit », 2006.

BLOCH Laurent, COUTURIER Mathias, *Dix ans d'application de la loi Kouchner*, Paris, Les Études hospitalières, 2013.

BOLLE Pierre-Henri, « Les nouvelles règles pénitentiaires européennes : premières réflexions et notes de lecture », in BORN Michel, KÉFER Fabienne, LEMAÎTRE André [dir.] *Criminologie de la tradition à l'innovation : En hommage à Georges Kellens*, Bruxelles, Larcier, 2006.

CARBONNIER Jean, *Sociologie juridique*, Thémis-PUF, 1978.

CARTUYVELS Yves, DUMONT Hugues, OST François, VAN DE KERCHOVE Michel, VAN DROOGHENBROECK Sébastien, *Les droits de l'homme : bouclier ou épée du droit pénal*, Bruxelles, Publications des facultés Universitaires de Saint-Louis, 2007.

CASILE-HUGUES Geneviève, *La grève de la faim en milieu carcéral : à travers le cas de la Maison d'arrêt des Baumettes de 1975 à 1983*, Aix-en-Provence, Presses de l'Université D'Aix-Marseille, 1994.

CÉRÉ Jean-Paul, *La prison*, 2e éd., Paris, Dalloz, coll. « Connaissance du droit », 2016.

CÉRÉ Jean-Paul, « Les soubresauts du droit pénitentiaire. Propos sur un projet de loi en souffrance », in MALABAT Valérie, DE LAMY Bertrand, GIACOPELLI Muriel [dir.], *La réforme du Code pénal et du Code de procédure pénale, opinio doctorum,* Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2009.

CÉRÉ Jean-Paul [dir.], *Panorama européen de la prison*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles », 2002.

CÉRÉ Jean-Paul, *Le contentieux disciplinaire dans les prisons françaises et le droit européen*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 1999.

CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, « Effectivité et droits de l'homme : approche théorique » in CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle [dir.], *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 11-26.

CHAUVIN Isabelle, *La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*, Paris, ESF, 2000.

CHEVALLIER Jacques, « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté », in FROMENT Jean-Charles, KALUSZYNSKI Martine [dir.], *L'Administration pénitentiaire face aux principes de la nouvelle gestion publique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2011, p. 187-201.

CLIGMAN Olivia, GRATIOT Laurence, HANOTEAU Jean-Christophe, *Le droit en prison*, Paris, Dalloz, coll. « États de droits », 2001.

CONSEIL DE L'EUROPE, *Les règles pénitentiaires européennes*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2006.

COSTA Jean-Paul, *La Cour européenne des droits de l'homme. Des juges pour la liberté*, Paris, Dalloz, coll. « Les sens du droit », 2013.

DARSONVILLE Audrey, LÉONHARD Julie, *La loi pénale et le sexe*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, coll. « Santé, qualité de vie et handicap », 2015.

DEFLOU Arnaud [dir.], *Le droit des détenus. Sécurité ou réinsertion ?*, Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2010.

DELZANGLES Béatrice, « Effectivité, efficacité et efficience dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme » in CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle [dir.], *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 41-57.

DE CONINCK Gérard, LEMIRE Guy, *Être directeur de prison. Regards croisés entre la Belgique et le Canada*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2011.

DE CONINCK Gérard, *La formation des surveillants de prison : mission impossible ?*, Paris, L'Harmattan, coll. « Technologie de l'action sociale », 2001.

DE SCHUTTER Olivier, *Fundamental rights in the European Union*, Oxford, Oxford University Press, 2013.

DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan, « Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus », in DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll., « La pensée juridique », 2002, p. 3-14.

DE SCHUTTER Olivier, « La protection juridictionnelle provisoire devant la Cour européenne des droits de l'homme», in RUIZ-FABRI Hélène, SOREL Jean-Marc [dir.], *Le contentieux de l'urgence et l'urgence dans le contentieux devant les juridictions internationales : regards croisés*, Paris, Pedone, 2001, p. 142.

DU MESNIL DU BUISSON Godefroy, « Le condamné en détention : liberté, incitation, obligation de soins ? » in LOUZOUN Claude, SALAS Denis [dir.], *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 1998, p. 273-279.

DÜNKEL Frieder, SNACKEN Sonja, *Les prisons en Europe*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005.

ENDERLIN Samantha, « Droit constitutionnel et droit pénitentiaire. Les prémices de la protection constitutionnelle des personnes détenues » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 48-61.

ERRERA Roger, « Un nouveau domaine de responsabilité de l'État du fait des services publics de la justice. La prison en justice », in *Mélanges en l'honneur de Serge Guinchard, Justices et droit du procès : du légalisme procédural à l'humanisme processuel*, Paris, Dalloz, coll. « Études, mélanges et travaux », 2010, p. 113.

FAVARD Jean, *Les prisons*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos »,1994.

GIROLAMI Paolo, *Médecine et prison : entre éthique et droit*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2013.

GRÜNDLER Tatiana, « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du "droit à la santé" » in CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle [dir.], *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 31-40.

GUASTADINI Cristal, *Droit pénal et droits de l'homme, la dignité en prison, genèse et avènement*, Paris, Buenos books international, 2010.

HERZOG-EVANS Martine, « Vers une prison normative ? » in VEIL Claude, LHUILIER Dominique [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 43-69.

HERZOG-EVANS Martine, *La gestion du comportement du détenu : essai de droit pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 1998.

HUR-VARIO Nelly-Marine, *Dignité et exécution des peines. Tome 2. La dignité dans l'exécution des peines privatives de liberté*, Presses académiques francophones, 2012.

JENDLY Manon [dir. BOLLE Pierre-Henry], *La coexistence des secrets en exécution de peine privative de liberté. Vers un modèle de partage des informations en milieu carcéral*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Neuchâtel, Université de Neuchâtel, 2005.

KAMINSKI Dan, « Les droits des détenus au Canada et en Angleterre : entre révolution normative et légitimation de la prison », in DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll., « La pensée juridique », 2002, p. 91-112.

LANGARD Stéphanie [dir. PY Bruno, THIERRY Jean-Baptiste], *Approche juridique de la télémédecine. Entre droit commun et règles spécifiques*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2012.

LARRALDE Jean-Manuel, « Placement sous écrou et dignité de la personne » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 23-34.

LARRALDE Jean-Manuel, « Le Conseil de l'Europe promoteur des réformes pénitentiaires » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 242-253.

LASCOUMES Pierre, « L'effectivité, indicateur de la place du droit dans les rapports sociaux », in CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle [dir.], *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses universitaires de Paris X, 2008, p. 263-266.

LEHALLE Sandra, *La prison sous l'œil de la société ? Contrôle du respect de l'État de droit en détention en France et au Canada*, Paris, L'Harmattan, 2013.

LEMIRE Guy, VACHERET Marion, *Anatomie de la prison contemporaine*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2007.

LEROY Yann [dir. MARRAUD Catherine], *L'effectivité du droit au travers d'un questionnement en droit du travail*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université Nancy II, 2008.

MANSUY Isabelle, *La protection des droits des détenus en France et en Allemagne*, Paris, L'Harmattan, coll. « Bibliothèques de droit », 2007.

MAUGÜÉ Christine, THIELLAY Jean-Philippe, *La responsabilité du service hospitalier*, Paris, L.G.D.J., coll. « Systèmes », 2010.

MAYER Geneviève, « Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) : l'initiative du Conseil de l'Europe dans le domaine de la prévention des mauvais traitements de personnes privées de liberté », in CÉRÉ Jean-Paul [dir.], *Panorama européen de la prison*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles », 2002, p. 7-27.

MENABÉ Catherine [dir. SEUVIC Jean-François], *Réflexions critiques sur la criminalité féminine, Thèse de doctorat d'université,* Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013.

MORTET Laurent [dir. FOURMENT François], *Essai d'une théorie générale des droits d'une personne privée de liberté,* Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2014.

MORTET Laurent, *La suspension médicale de peine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles », 2007.

MURDOCH Jim, *Le traitement des détenus. Critères européens*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2007.

NOËL Étienne, SANSON Manuel, *Aux côtés des détenus, un avocat contre l'État*, Paris, Bourin Éditeur, 2013.

OLLIVAUX Julie, *La dépendance des personnes détenues, Mémoire de recherche de l'application professionnelle,* 42ème promotion de Directeur des services pénitentiaires, École nationale de l'administration pénitentiaire, 2014.

PAIN-MASBRENIER Marie-Thérèse, NICOLEAU Patrick, *Guide pratique des lois du* 2 janvier *2002 et du 4 mars 2002. Comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2009.

PANSIER Frédéric-Jérôme, *La peine et le droit*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1994.

PÉCHILLON Éric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., coll. « Thèses », 1998.

PÉDRON Pierre, *La prison et les droits de l'homme*, Paris, L.G.D.J., 1995.

PÉDRON Pierre, *La prison sous Vichy*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1993.

PERRIN Jean-François, « Qu'est-ce que l'effectivité d'une norme juridique » in *Pour une théorie de la connaissance juridique*, Genève, Droz, 1979, p. 91-94.

PINATEL Jean, *Histoire des sciences de l'homme et de la criminologie*, Paris, L'Harmattan, 2001.

PITCHO Benjamin, *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2004.

PRADEL Jean [dir.], *La condition juridique du détenu*, Paris, Cujas, 1994.

PY Bruno, VIALLA François, LEONHARD Julie [dir.], *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : regards contemporains*, Paris, Les Études Hospitalières, coll. « Mélanges », 2015.

PY Bruno, « Secret et confidentialité des informations » in VIALLA F. [dir.], *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Paris, Dunod, coll. « Guide de l'action sociale », 2012, étude n° 16, p. 261 s.

PY Bruno [dir.], *La mort et le droit*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2010.

PY Bruno, « De la violation du secret professionnel : essai de légistique progressiste » in MALABAT Valérie, DE LAMY Bertrand, GIACOPELLI Muriel [dir.], *La réforme du Code pénal et du Code de procédure pénale, opinio doctorum*, Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2009, p. 89-96.

PY Bruno, « Le Code de la santé publique : dans le temps et l'espace » in LEMONNIER-LESAGE Virginie, LORMANT François [dir.], *Droit, histoire et société. Mélanges en l'honneur de Christian Dugas de la Boissonny*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008, p. 169-184.

PY Bruno, *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005.

PY Bruno, *Le sexe et le droit*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1999.

QUELOZ Nicolas, RIKLIN Franz, DE SINNER Philippe, SENN Ariane [dir.], *Medizin und Freiheitsentzug : Beiträge und Dokumentation der 2. Freiburger Strafvollzugstage (November 2000)*, Bern, Stämpfli Verlag AG Bern, 2002.

SAUVAT Christophe, *Réflexions sur le droit à la santé*, Aix-en-Provence, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2004.

SCHAMPS Geneviève, « L'application des droits du patient aux détenus et aux malades mentaux » in DIGNEFFE Françoise, MOREAU Thierry [dir.], *La responsabilité et la responsabilisation de la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, coll. « Perspectives criminologiques », 2006, p. 147-158.

SIMON Anne, *Les atteintes à l'intégrité des personnes détenues imputables à l'État. Contribution à la théorie des obligations conventionnelles européennes*, Thèse de doctorat d'université, droit privé, Paris, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2013.

SIMON Anne, « La vulnérabilité du détenu » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 35-47.

SNACKEN Sonja, *Prison en Europe. Pour une pénologie critique et humaniste*, Bruxelles, Larcier, coll. « Crimen », 2011.

SNACKEN Sonja, « "Normalisation" dans les prisons : concept et défis. L'exemple de l'Avant-projet de la loi pénitentiaire belge », in DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 133-152.

SOULIER Gérard, « Le décloisonnement de la prison » in *Psychologie et science administrative*, Paris, PUF, 1985, p. 93-101.

SPRUMONT Dominique, « Le droit à la santé et le droit d'accès aux soins en milieu pénitentiaire » in QUELOZ Nicolas, RIKLIN Franz, DE SINNER Philippe, SENN Ariane [dir.], *Medizin und Freiheitsentzug : Beiträge und Dokumentation der 2. Freiburger Strafvollzugstage (November 2000),* Bern, Stämpfli Verlag AG Bern, 2002, p. 27-43.

THIBIERGE Catherine [dir.], *La force normative. Naissance d'un concept*, Paris, L.G.D.J., 2009.

THIERRY Jean-Baptiste [dir. SEUVIC Jean-François.], *Handicap et droit criminel*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université Nancy II, 2006.

TULKENS Françoise, « Droits de l'homme et prison. Jurisprudence de la nouvelle Cour européenne des droits de l'homme », in DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan [dir.], *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris-Bruxelles, L.G.D.J.-Bruylant, coll. « La pensée juridique », 2002, p. 249-288.

VALLOTON André, « La protection de la dignité en prison. Brève approche analytique des agences de régulation en Europe », in FROMENT Jean-Charles, KALUSZYNSKI Martine [dir.], *L'Administration pénitentiaire face aux principes de la nouvelle gestion publique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2011, p. 175-186.

VAUTHIER Jean-Philippe [dir. PY Bruno], *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat d'université, Droit privé, Nancy, Université de Lorraine, 2013.

B- Autres ouvrages

AKRICH Madeleine, CALLON Michel, « L'intrusion des prisons privées dans le monde carcéral français : le programme 13 000 », p. 295-319 in ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, *Gouverner, enfermer. La prison modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Science Po, 2004.

BEER Daniel, « Médecine générale en milieu de détention », in BERTRAND Dominique, NIVEAU Gérard, *Médecine, santé et prison*, Genève, Médecine & Hygiène, 2007, p. 159-172.

BELLANGER Hélène, *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*, Paris, Hachette, coll. « Littératures », 2007.

BENGUIGUI Georges, GUILBAUD Fabrice, MALOCHET Guillaume, *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ social, 2011.

BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NÈGRE Isabelle, *Communication soignant-soigné*, 3e éd., Paris, Bréal, coll. « Repères et pratiques », 2013.

BOUAGGA Yasmine [dir. FASSIN Didier], *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, Thèse de doctorat d'université, Sociologie, Paris, Université Paris XIII, 2013.

BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire. L'impossible réforme des prisons*, Paris, Le Seuil, 1973.

CAMUS Albert, « Réflexions sur la guillotine », in KOESTLER Arthur, CAMUS Albert, *Réflexions sur la peine capitale*, Paris, Calmann-Lévy, 1957, p. 119.170.

CARLIER Christian, *Histoire du personnel des prisons françaises : du XVIIIe siècle à nos jours*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 1997.

CARTUYVELS Yves, CHAMPETIER Brice, WYVEKENS Anne, *Soigner ou punir ?, Regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2010.

CHENIVESSE Sandrine, « Soigner et punir en Unité hospitalière sécurisée interrégionale » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 63-78.

COSTANTINI Pierre-Paul [dir. ABELHAUSER Alain], *L'acte et son énigme. Entre l'innombrable et l'indicible. Psychopathologie en milieu carcéral*, Thèse de doctorat d'université, Psychopathologie clinique, Rennes, Université Rennes 2, 2007.

CUGNO Alain, « La dialectique des règles pénitentiaires européennes » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 256-265.

DANJOU Ernest, *Des prisons, de leur régime, et des moyens de l'améliorer*, Paris, A. Egron, 1821.

DE LA CONDAMINE Christophe, *Le journal de taule*, Paris, L'Harmattan, 2012.

DESMAZES Charles, *Les pénalités anciennes. Supplices, prisons et grace en France*, Paris, Henri Plon, 1866.

DEYON Pierre, *Le temps des prisons. Essai sur l'histoire de la délinquance et les origines du système pénitentiaire*, Villeneuve d'Ascq, Université de Lille III, 1975.

D'HARCOURT Claude [dir.], *Histoire pénitentiaire*, Ministère de la Justice, Paris, Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice, 2009, n° 8.

DIGNEFFE Françoise, « La prison comme problème social », in DEBUYST Christian, DIGNEFFE Françoise, LABADIE Jean-Michel, PIRES Alvaro, *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. 1. Des savoirs diffus à la notion de criminel-né*, Bruxelles, De Boeck, 1995.

DRAÏ Raphaël, *Le mythe de la loi du talion*, Paris, Anthropos, 1996.

DUBOS René, *L'homme interrompu*, Paris, Le Seuil, 1971.

DULIOUST Anne, *Médecin en prison*, Paris, First, 2014.

DURKHEIM Émile [dir. BERTHELOT Jean-Michel], *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Flammarion, coll. « Champs classiques », 2010.

ENGLEBERT Jérôme, *Psychopathologie de l'homme en situation : le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Paris, Hermann, 2014.

FANTINI Bernardino, « Histoire de la médecine pénitentiaire », in BERTRAND Dominique, NIVEAU Gérard [dir.], *Médecine, santé et prison*, Genève, Médecine & Hygiène, 2007, p. 1-12.

FARCY Jean-Claude, *Guide des archives judiciaires et pénitentiaires (1800-1958)*, Paris, CNRS Éditions, 1992.

FARGES Éric, *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, Thèse de doctorat d'université, Science politique, Lyon, Université d'études politiques de Lyon, 2013.

FASSIN Didier, *L'ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil, Paris, 2015.

FERRI Tony, BRKIĆ Dragan, *La condition pénitentiaire. Essai sur le traitement corporel de la délinquance*, Paris, L'Harmattan, coll. « Questions contemporaines », 2013.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Histoires », 1975.

FRAYER Arthur, *Dans la peau d'un maton*, Paris, Fayard, 2011.

GENTILINI Marc, TCHERIATCHOUKINE Jean [dir.], *Problèmes sanitaires dans les prisons : maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18 janvier 1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-sciences », 1997.

GINOUVIER J.-F.-T., *Tableau de l'intérieur des prisons de France, ou, Études sur la situation et les souffrances morales et physiques de toutes les classes de prisonniers ou détenus*, Paris, Baudouin Frères, 1824.

GOFFMAN Erving [LAINÉ Liliane et Claude trad.], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

GONIN Daniel, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991.

GRAVIER Bruno, « L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité », in LOUZOUN Claude, SALAS Denis [dir.], *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 1998, p. 281-296.

GROS Frédéric, « Un nouveau punissable », in LOUZOUN Claude, SALAS Denis [dir.], *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 1998, p. 297-301.

GUENO Jean-Pierre [dir.], *Paroles de détenus*, Paris, Librio, 2009.

HALIOUA Bruno, « Du procès au Code de Nuremberg : principes de l'éthique biomédicale », in HIRSCH Emmanuel [dir.], *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes et repères*, Toulouse, Érès, 2014, p. 233-248.

HOCHMANN Jacques, *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Paris, Masson, 1964.

HOWARD John, *The State of the prisons in England and Wales, with preliminary observations, and an account of some foreign prisons*, Warrington, William Eyres, 1777.

HOWARD John [trad. CARLIER Christian, PETIT Jean-Guy], *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIe siècle*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994.

JUVÉNAL [trad. SERS Olivier], *Satires*, Paris, Les Belles Lettres, coll. « Classiques en poche », 2002.

KHOSROKHAVAR Farrhad, *Prisons de France. Violence, radicalisation, déshumanisation… Quand surveillants et détenus parlent*, Paris, Robert Laffont, coll. « Le monde comme il va », 2016.

LAMOTHE Pierre, « La prison est-elle une chose trop sérieuse pour qu'on la confie à l'Administration pénitentiaire ? » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 267-275.

LE BIANIC Thomas, MALOCHET Guillaume, « Soigner, évaluer, contrôler. Les dilemmes des soignants en milieu carcéral » in BENGUIGUI Georges, GUILBAUD Fabrice, MALOCHET Guillaume, *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ social, 2011, p. 221-247.

LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, *Histoire du droit de la santé*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2014.

LE CAISNE Léonore, *Prison, un ethnologue en centrale*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2000.

LÉCU Anne, *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, 2013.

LHUILIER Dominique, LEMISZEWSKA Adona, *Le choc carcéral : survivre en prison*, Paris, Bayard, 2001.

LHUILIER Dominique, « La santé en prison : permanence et changement », in VEIL Claude, LHUILIER Dominique [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 187-216.

MAUREL Olivier, *Le taulier, confessions d'un directeur de prison*, Paris, Fayard, 2010.

MICHEL Laurent, BRAHMY Betty, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Condé-sur-Noireau, Heures de France, coll. « Guides professionnels de santé mentale », 2005.

MILHAUD Olivier [dir. DI MEO Guy], *Séparer et punir. Les prisons françaises : mise à distance et punition par l'espace,* Thèse de doctorat d'Université, Géographie, Bordeaux, Université Michel de Montaigne Bordeaux III, 2009.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 2001.

MONCEAU Madeleine, JAEGER Marcel, « Médicaments et réforme de la santé en prison », in VEIL Claude, LHUILIER Dominique [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 217-230.

OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », in VEIL Claude, LHUILIER Dominique [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 231-253.

OBRECHT Olivier, « Précarité et prison » in LEBAS J., CHAUVIN P. [dir.], *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-sciences », 1998, p. 189-201.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Passés par la case prison*, Paris, La Découverte, 2014.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Le guide du prisonnier*, 4e éd., Paris, La Découverte, coll. « Guides », 2012.

PAPET Nathalie, LEPINÇON Sylvie, *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, L'Harmattan, coll. « Psycho-logiques », 2005.

PERRIER Charles, *Le service de santé en prison*, Paris, A. Storck & Compagnie, 1903.

PERROT Michèle, *Les ombres de l'histoire*, Paris, Flammarion, coll. « Champs », 2003.

PERROT Michèle [dir.], *L'impossible prison, recherche sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*, Paris, Seuil, 1980.

PETIT Jean-Guy, CASTAN Nicole, FAUGERON Claude, PIERRE Michel, ZYSBERG André, *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIIIe – XXe s.). Introduction à l'histoire pénale de la France*, Toulouse, Privat, 1991.

PETIT Jean-Guy [dir.], *La prison, le bagne et l'histoire*, Genève, Médecine & Hygiène, 1984.

PORRET Michel, *Beccaria : le droit de punir*, Paris, Michalon, 2003.

PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1954.

PUEYO Joachim, *Des hommes et des murs*, Paris, Le Cherche-midi, 2013.

QUINTON Laurent, *Digérer la défaite : récits de captivité des prisonniers de guerre français de la Seconde Guerre mondiale (1940-1953)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014.

ROLLIN Estelle [dir. KAHN Jean-Pierre], *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral,* Thèse de doctorat d'université, Médecine, Nancy, Université Nancy 1, 2008.

ROME Isabelle, *Dans une prison de femmes. Un juge en immersion*, Paris, Du Moment, 2014.

RUSCHE Georg, KIRCHHEIMER Otto, *Peine et structure sociale. Histoire et « théorie critique » du régime pénal,* Paris, Éditions du Cerf, 1994.

RUTY Paul, *Prison, le cri du silence,* Paris, L'Harmattan, 2002.

SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit. La question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2009.

SALLE Grégory, « 1975 : une date marquante dans l'histoire de la prison ? Petit essai de mise en perspective », in BENGUIGUI Georges, GUILBAUD Fabrice, MALOCHET Guillaume, *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ social, 2011, p. 20-56.

SALLÉ Jacques-Antoine, *L'esprit des ordonnances de Louis XIV* (Tome second, contenant l'Ordonnance Criminelle de 1670, l'Ordonnance du Commerce de 1673, et l'Édit de 1695 sur la jurisdiction écclésiastique), Paris, Samson, 1758.

SLAMA Helena, « Santé des femmes détenues », in BERTRAND Dominique, NIVEAU Gérard, *Médecine, santé et prison,* Genève, Médecine & Hygiène, 2007, p. 419-426.

THÉVENIN Étienne, *Jacques Parisot (1882-1967). Un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2002.

THUILLIER Vincent, *Ouvrages posthumes de Dom Jean Mabillon et Thierri Ruinart, Bénédictins de la congrégation de Saint-Maur,* Paris, François Babuty, 1724.

TOURAUT Caroline, *La famille à l'épreuve de la prison*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2012.

TOURNIER Pierre-Victor, « Démocratiser la politique carcérale » in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 303-315.

TOURNIER Pierre-Victor, *Loi pénitentiaire, contexte et enjeux*, Paris, L'Harmattan, coll. « Controverses », 2007.

VASSEUR Véronique, *Médecin chef à la prison de la Santé,* Paris, Le Cherche midi, 2000**.**

VEIL Simone, *Une vie*, Paris, Stock, coll. « Essais – Documents », 2007.

VEIL Claude, « Évolution sur la longue durée du système de soins, motivations et résistances », in VEIL Claude, LHUILIER Dominique [dir.], *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2000, p. 255-275.

VILAIN XIIII Jean-Jacques-Philippe, *Mémoire sur les moyens de corriger les malfaiteurs et fainéants à leur propre avantage et de les rendre utiles à l'État*, Gand, De Goesin, 1775.

VILLERMÉ Louis-René, *Des prisons telles qu'elles sont, et telles qu'elles devraient être. Ouvrage dans lequel on les considère par rapport à l'hygiène, à la morale et à l'économie politique*, Paris, Chez Méquignon-Marvis, 1820.

VIMONT Jean-Claude, *La prison. A l'ombre des hauts murs*, Paris, Gallimard, coll. « Découvertes », 2004.

VOGEL Marie, *Contrôler les prisons. L'inspection générale des services administratifs et l'administration pénitentiaire (1907-1948)*, Paris, La Documentation française, 1998.

VOLTAIRE, *Commentaire sur le livre des Délits et des Peines*, 2e éd., Gabriel Grasset, 1767.

VOLTAIRE, *Traité sur la tolérance* (1763), Paris, Librio, coll. « Philosophie », 2013.

WILLIAMS Paul Revere, *Treatment of detainees. Examination of issues relevant to detention by the United Nation Human Rights Committee*, Geneva, Henry Dunant Institute, 1990.

ZAY Jean, *Écrits de prison*, Paris, Belin, coll. « Littérature et politique », 2014.

IV. ARTICLES, CHRONIQUES ET COMMENTAIRES

ALBERT Nathalie, « L'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire », *AJDA* 2004, p. 157.

ALEZRAH Charles, PECASTAING Jean-Pierre, REYNAUD M.-J., « Approche pénologique et psychiatrique du délinquant en milieu fermé », *RPDP* 1983, p. 37-59.

ALLAMAN Marc, « La réforme des soins en prison : le regard de l'administration pénitentiaire », *Actualité et dossier en santé publique* 2003, n° 44 [consulté le 4 mars 2011]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf

ALLAN Béatrix, DJIAN Stéphanie, « De la surpopulation carcérale en Californie », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 47-49.

ALLAN Béatrix, MAREST Patrick, « Contrôleur des lieux de privation de liberté. Le contrôle en mode majeur », *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 5-6.

ALT-MAES Françoise, « Le concept de victime en droit civil et en droit pénal », *RSC* 1994, p. 35-66.

AMOR Paul, « La réforme pénitentiaire en France », *RSC* 1947, p. 1-30.

ARBOUSSET Hervé, « Responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires : une nouvelle évolution jurisprudentielle », *AJDA* 2007, p. 2094.

ARCHER Évry, LAMEYRE Xavier, « Souffrance en détention. La prise en charge sanitaire des personnes détenues », *SYNAPSE* 2003, n° 10.

ARCHER Évry, « La création des SMPR. Progrès en 1987, risques vingt ans après ? », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 30-32.

AUBY Jean-Bernard, « Le juge administratif, juge pénitentiaire », *Droit administratif* 2014, p. 3-4.

AUBY Jean-Bernard, « Le juge administratif et l'enfermement », *Droit administratif* 2008, p. 1-2.

BADONNEAU Marine, « Étienne Noël : "Un avocat efficace sera toujours un avocat révolté », *Dalloz actualité*, 13 mai 2013.

BARTHOLEYNS Frédérique, BÉGHIN Juliette, « La loi de principes du 12 janvier 2005, vecteur de changement dans l'univers carcéral belge ? », *RDPC* 2005, p. 862-893.

BARLET Pierre, « Historique et état actuel du dispositif de soins », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 15.

BARLET Pierre, « Prison, carrefour des paradoxes », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 16-19.

BARON-LAFORÊT Sophie, « La prison un espace sans contrainte de soin ? », XVIIe journée de psychiatrie de Fontrevraud 1er juin 2002 [consulté le 21 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/2002/prisonetsoin.htm

BAZEX Hélène, COMBALBERT Nicolas, « Les mécanismes de défense d'une équipe soignante d'une unité d'hospitalisation sécurisée pour les détenus », *L'évolution psychiatrique* 2009, n° 74, p. 549-565.

BELDA Béatrice, « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », *AJDA* 2009, p. 406-413.

BÉRARD Jean, CHANTRAINE Gilles, « La carcéralisation du soin psychiatrique », *Vacarme* 2008, n° 42, [consulté le 6 juin 2012]. Disponible sur : http://www.vacarme.org /article1490.html

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, « La santé en prison : quelle législation ? », *RDSS* 2009, p. 497.

BERTEAU Frédéric, OBADIA Marjorie, PÉRARD Dominique, « Médecins, secret médical et procédure pénale », *Revue Droit et Santé* 2013, n° 52, p. 673-677.

BERTRAND Dominique, UMMEL Marinette, HARDING Timoty-Wilfried, « Le Comité européen pour la prévention de la torture : comment la médecine et le droit peuvent se mettre au service des droits de l'homme », *Médecine et Droit* 2002, n° 56, p. 8-16.

BÈS François, « Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA », *Dedans Dehors* 2013, n° 80, p. 53-54.

BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité du soin en prison », *Ethnologie française* 2002, vol. 32, p. 69-80.

BESSIN Marc, « La pratique psychiatrique en prison », *Regards sur l'actualité* 2000, n° 261, p. 51-59.

BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, ZELEM Marie-Christine, « Soigner en prison : principes et sens pratique des acteurs de la réforme », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 111-116.

BLANC Alain, « La santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement », *Actualité et dossier en santé publique* 2003, n° 44 [consulté le 4 mars 2011]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf

BONNARDOT Laurent [dir. Pr. HERVE Christian], « Enjeux éthiques du mode d'accès aux soins en situation d'isolement », Université René Descartes, Paris 5, 2005 [consulté le 27 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/850c546e8a80518ec12570ea0059ec87/$FILE/Bonnardot.pdf

BOUAGGA Yasmine, « Incarcération totale. L'enfermement solitaire aux États-Unis à l'ère de la prison de masse », *La vie des idées*, 24 novembre 2015 [consulté le 7 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.laviedesidees.fr/Incarceration-totale.html

BOUAGGA Yasmine, « Le temps de punir. Gérer l'attente en maison d'arrêt », *Terrain* 2014, n° 63, p. 86-101.

BOUCHER Julien, BOURGEOIS-MACHUREAU Béatrice, « Le juge administratif et le détenu », *AJDA* 2008, p. 128-135.

BOUDOUKHA Abdel Halim, « Surveiller et … en souffrir », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 35-36.

BOURGOIN Nicolas, « Les automutilations et les grèves de la faim en prison », *Déviance et Société* 2001, vol. 25, n° 2, p. 131-145.

BOURRET Rodolphe, CAZALÈDES Delphine, MARTINEZ Éric, VIALLA François, « Détenus et droit à l'information », *Revue Droit et Santé* 2014, n° 59, p. 1203-1210.

BOUSTA Rhita, « La spécificité du contrôle constitutionnel français de proportionnalité », *RID comp*. 2007.

BRAHMY Betty, « L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires », *AJ Pénal* 2010, p. 314.

BRAHMY Betty, « Psychiatrie et prison », *Études* 2005, n° 6, t. 402.

BRAUSCH Géraldine, « L'enfant bâtard des Lumières. L'histoire foucaldienne de la prison », *L'Observatoire* 2010, n° 66, p. 24-27.

BRETONNEAU Aurélie, DOMINO Xavier, « *Custodire ipsos custodes* : le juge administratif face à la prison », *AJDA* 2011, n° 24, p. 1364-1369.

BRILLET Emmanuel, « Vieillesse(s) carcérale(s) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, Direction de l'administration pénitentiaire, octobre 2013, n° 58 [consulté le 5 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_detudese38.pdf

BRÜCKER Gilles, CANIARD Étienne, « États généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie », *Actualité et dossier en santé publique* 1999, n° 27 [consulté le 12 décembre 2014]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad270609.pdf

BUISSON Jacques, « Le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires », *RPDP* 2007, n° spécial, p. 75.

BUISSON Jacques, « Rapport de la Commission sur l'amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires », *RSC* 2001, p. 199-216.

BUREAU Eve, HERMAN-MESFEN Judith, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie et Santé* 2014, n° 8 [consulté le 10 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1342#quotation

CANNAT Pierre, « La prison », *RPDP* 1982, p. 27-40.

CARBONNIER Jean, « Effectivité et ineffectivité de la règle de droit », *Année sociologique* 1958, p. 3-17.

CARDET Christophe, « Le contrôle "extérieur" des établissements pénitentiaires en Europe ou l'esquisse d'un tryptique », *RSC* 2003, p. 870-881.

CARLIER Christian, « L'histoire de l'enfermement », *Cahiers de la sécurité*, avril-juin 2010, n° 12, p. 216-227.

CARLIER Christian, « La prison au cours des siècles : protéger la cité contre les hors-la-loi ? », *RPDP* 1995, p. 184-187.

CARLIER Christian, « Paul Amor et l'affaire de la prison de Laon », *Criminocorpus*, [consulté le 31 août 2012]. Disponible sur : http://criminocorpus.revues.org/1780

CARLIER Christian, « Histoire de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours », *Criminocorpus* [consulté le 23 mai 2011]. Disponible sur : http://criminocorpus.revues.org/313

CARLIER Christian, « Chronologie complémentaire sur les peines et les prisons en France (2000-2008) », *Criminocorpus* [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.criminocorpus.cnrs.fr/article512.html

CARLIER Christian, RENNEVILLE Marc, « Chronologie relative aux peines et aux prisons en France : de l'Ancien Régime à la Restauration », *Criminocorpus* [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.criminocorpus.cnrs.fr/article147.html

CARLIER Christian, RENNEVILLE Marc, « Chronologie relative aux peines et aux prisons en France : de 1914 à nos jours », *Criminocorpus* [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.criminocorpus.cnrs.fr/article174.html

CARLIER Christian, RENNEVILLE Marc, « Chronologie relative aux peines et aux prisons en France : de l'Ancien Régime à la Restauration », *Criminocorpus* [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible sur : http://www.criminocor pus.cnrs.fr./article175.html

CARTUYVELS Yves, CHAMPETIER Brice, WYVEKENS Anne, « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et Société* 2010, vol. 34, p. 615-645.

CASSAN Francine, TOULEMON Laurent, KENSEY Annie, « L'histoire familiale des hommes détenus », *Insee Première*, avril 2000, n° 710 [consulté le 31 août 2015]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

CAYLA Olivier, « Dignité humaine : le concept le plus flou », *Le Monde* 31 janvier 2003 [consulté le 7 août 2015]. Disponible sur : http://www.philolog.fr/dignite-humaine-le-plus-flou-des-concepts-olivier-cayla/

CÉPÈDE Christine, FÉVRIER François, « Règles pénitentiaires européennes. De la prescription à la prestation, l'inscription de l'administration pénitentiaire dans une démarche de qualité », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 78-85.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le droit pénitentiaire rénové. À propos des décrets des 23 et 30 décembre 2010 », *JCP G* 2011, p. 146-148.

CÉRÉ Jean-Paul, « Tsunami pénitentiaire », *D.* 2011, p. 643.

CÉRÉ Jean-Paul, « L'éveil des prisons françaises au droit international et européen pénitentiaire », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 61-68.

CÉRÉ Jean-Paul, « Quand nécessité fait … loi pénitentiaire », *RPDP* 2010, p. 57-67.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le détenu malade : le traitement du droit européen », *AJ Pénal* 2010, p. 325.

CÉRÉ Jean-Paul, « Loi du 24 novembre 2009 : aspects de procédure pénale et de droit pénitentiaire », *Droit pénal* 2010, p. 14-18.

CÉRÉ Jean-Paul, « Virage ou mirage pénitentiaire ? À propos de la loi du 24 novembre 2009 », *JCP* 2009, n° 50, p. 47-55.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le nouveau droit pénitentiaire et le respect du droit européen. Esquisse de comparaison », *AJ Pénal* 2009, p. 476.

CÉRÉ Jean-Paul, « La mise en conformité du droit pénitentiaire français avec les règles pénitentiaires européennes : réalité ou illusion ? », *RPDP* 2009, p. 111-119.

CÉRÉ Jean-Paul, « La Cour européenne des droits de l'homme et la protection des droits des détenus », *RPDP* 2009, p. 369-382.

CÉRÉ Jean-Paul, « Droit de l'exécution des peines », *RPDP* 2009, p. 461-468.

CÉRÉ Jean-Paul, « L'institution d'un contrôleur général des lieux de privation de liberté par la loi du 30 octobre 2007 : remarques sur un accouchement difficile », *AJ Pénal* 2007, p. 525.

CÉRÉ Jean-Paul, « L'isolement en prison d'un terroriste ne constitue pas un traitement inhumain et dégradant, mais viole l'article 13 de la Convention européenne », *D.* 2005, p. 1272.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le droit disciplinaire pénitentiaire entre jurisprudence interne et européenne », *AJ Pénal* 2005, p. 393.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le maintien en détention de malades graves constitue un traitement inhumain et dégradant », *RTDH* 2003, p. 1007-1015.

CÉRÉ Jean-Paul, « La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 et l'amélioration du fonctionnement et de la sécurité des établissements pénitentiaires », *D.* 2002, p. 3224.

CÉRÉ Jean-Paul, « Prospective sur la répartition juridictionnelle des compétences en droit de l'exécution des peines », *RSC* 1999, p. 874.

CÉRÉ Jean-Paul, « À propos du contrôle des punitions en milieu carcéral », *RFDA* 1995, p. 826-833.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le nécessaire contrôle du pouvoir disciplinaire dans les prisons françaises », *RSC* 1994, p. 597-611.

CHANTRAINE Gilles, « 30 après, surveiller et punir de Michel Foucault », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 17.

CHANTRAINE Gilles, KAMINSKI Dan, « La politique des droits en prison », *Champ pénal* [consulté le 24 mai 2011]. Disponible sur : http://champpenal.revues.org/2581

CHEREUL Anne, « États généraux de la condition pénitentiaire », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 11-12.

CHEVRY Pascale, PLANCHE C., « Quelques réflexions de terrain sur la place de l'acteur de santé en milieu carcéral », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 137-148.

CHOLET Didier, « Les nouvelles prisons : quel bilan ? », *AJ Pénal* 2014, p. 567.

CIAVATTI Dominique, « Le point de vue du directeur d'établissement pénitentiaire », *RPDP* 2010, p. 109-115.

COELHO José, « Garde à vue, examen médical et confidentialité », *AJ Pénal* 2006, p. 35.

COLLIN Jonathan, « Eléments de théorie et de réflexion concernant certains aménagements possibles de la peine privative de liberté », *L'Observatoire* 2010, n° 66, p. 74-78.

COLIN M., JEAN J.-P., « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 17-28.

CONSTANT Jean, « L'évolution du régime pénitentiaire », *RDPC* 1950-1951, p. 1001-1035.

COUVRAT Pierre, « Santé et système pénitentiaire. Applications et implications de la loi du 18 janvier 1994. Rapport de synthèse du 31e Congrès de l'Association française de criminologie », *RSC* 1997, p. 169-174.

COUVRAT Pierre, « Le contrôle du juge sur les sanctions disciplinaires en milieu carcéral », *RSC* 1995, p. 381.

COYE Stéphanie, « Contrôleur général des lieux de privation de liberté : "Saisir la réalité des lieux qui ne livrent pas toujours leurs secrets" », *Dedans Dehors* 2008, n° 66, p. 3.

CRÉTENOT Marie, « Réforme pénale : des pas en avant et des pas en arrière », *Dedans Dehors* 2014, n° 85, p. 8-12.

CREUX-THOMAS Florence, « Les lieux de privation de liberté sous haute surveillance », *JCP* 2009, n° 29-30, p.6.

DANET Jean, « La notion d'état de santé et la détention en Europe », *RSC* 1996, p.49.

DANIEL Sébastien, « La loi pénitentiaire est une loi inapplicable en l'État », entretien avec Dominique Rousseau, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 10-13.

DANTI-JUAN Michel, « Analyse critique du contenu de la loi dite "pénitentiaire" », *RPDP* 2010, p. 79-102.

DANTI-JUAN Michel, « La création d'un contrôle général des lieux de privation de liberté en France », *RPDP* 2008, p. 485-492.

DARBÉDA Pierre, « Une nouvelle autorité administrative indépendante : le contrôleur général des lieux de privation de liberté », *RPDP* 2007, p. 699-714.

DARBÉDA Pierre, « Éthique et organisation sanitaire en milieu pénitentiaire : la recommandation R (98) 7 du Conseil de l'Europe », *RPDP* 2000, p. 257-272.

DARBÉDA Pierre, « Contrôler les établissements pénitentiaires : un regard citoyen », *RPDP* 2000, p. 535-554.

DARBÉDA Pierre, « Médecine et détenus », *Journal international de la bioéthique* 1999, n° 1, p. 35-45.

DARBÉDA Pierre, « Les directives européennes et internationales sur la lutte contre le VIH/SIDA en milieu pénitentiaire », *RSC* 1995, p. 132-140.

DARBÉDA Pierre, « Prison et santé », *RSC* 1987, p. 743-748.

DARMON Laetitia, « L'accès aux soins en prison : logique sécuritaire contre logique médicale », *Le journal du sida* 2005, n° 175 [consulté le 24 mai 2011]. Disponible sur : http://www.prison.eu.org/IMG/pdf/dossier175.pdf

DE BEAUREPAIRE Christiane, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 2012, n° 40, p. 125-146.

DE BEAUREPAIRE Christiane, « Psychopathologie et détention données et réflexions cliniques », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 213-223.

DEBOVE Frédéric, « Libertés physiques du détenu et droit européen : ou l'histoire d'une Convention passe-muraille », *RPDP* 1997, p. 49-61.

DE BROUWER Jérôme, « La prison menace ruine », *J.T.* 2009, p. 438.

DECAUX Emmanuel, « Handicap et privation de liberté », *JDI* 2005, p. 511-512.

DE CONINCK Frédéric, « L'écroulement du temps carcéral ou le temps virtuel des prisons contemporaines », *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1999, vol. 4, n° 4, p. 20-25.

DE CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Étienne, SANNIER Olivier, « Les aménagements de peine pour raison médicale : approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre », *AJ Pénal* 2010, p. 318.

DEFFAINS Nathalie, « De la responsabilité de l'État du fait des conditions de détention », *Gaz. Pal*. 2013, p. 12-18.

DE GALARD Dominique, HUTTER Oriane, « Réflexion de l'administration pénitentiaire sur la prévention du suicide », *AJ Pénal* 2010, p. 440.

DE GRAEVE Loïc, « Le droit à la vie et l'Administration pénitentiaire. Soumission du monde carcéral aux exigences du principe de prévention », *RFDA* 2009, p. 947.

DELARUE Jean-Marie, « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté et les conditions de détention », interview réalisée par François Fourment, *Gaz. Pal.* 2013, p. 26.

DELARUE Jean-Marie, « Du contrôleur des lieux de privation de liberté et de ce qu'il en advient », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 69-77.

DELARUE Jean-Marie, « La protection de la santé dans les lieux de privation de liberté », *Gaz. Pal.* 2010, n° 16, p.10.

DELARUE Jean-Marie, « Extension et limites du contrôle judiciaire », *Pouvoirs* 2010, n° 135, p. 101-119.

DEMATTEIS Jean, « Modalités, pratiques d'exécution de la détention provisoire », *RPDP* 2000, n° 4, p. 563-583.

DE MONTECLER Marie-Christine, « Le contrôle croissant du juge sur l'administration pénitentiaire », *AJDA* 2008, p. 2364.

DESESQUELLES Aline, « Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? », *Population* 2005, vol. 60, n° 1-2, p. 71-98.

DE SILVA Isabelle, « La rénovation du régime de responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires », *AJDA* 2009, p. 416-421.

DETIENNE Jean, « La loi pénitentiaire belge de l'élaboration à l'application », *RPDP* 2007, p. 79-102.

DETIENNE Jean, « Des faveurs aux droits : l'avant-projet de loi pénitentiaire belge », *RPDP* 1999, p. 510-533.

DETIENNE Jean, « Détention et soins de santé aux détenus », *J. T.* 1999, p. 526-532.

DEVERS Alain, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et Société* 2005, n° 115, p. 39-48.

DEVERS Alain, « La protection de la santé de l'étranger en situation irrégulière », *RDSS* 2001, p. 241.

DEVOTO José Polo, « Les mourants en prison », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 225-233.

DEYGAS Serge, « Contrôle des décisions pénitentiaires », *Procédures* 2009, p. 30-32.

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Droits et devoirs de la personne détenue*, Ministère de la justice, janvier 2009 [consulté le 5 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/DroitsDevoirsPersonneDetenue.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2013* [consulté le 12 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Statistiques mensuelles de la population écrouée et détenue en France au 1er novembre 2012* [consulté le 10 décembre 2012]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenue-et-ecrouee-23435.html

DIZIER Marc, « Comment (contribuer à) donner du sens à l'enfermement pénitentiaire ? », *L'Observatoire* 2010, n° 66, p. 29-31.

DOURNEAU-JOSETTE Pascal, « Les conditions de détention et la CEDH : les droits fondamentaux à l'assaut des prisons », *Gaz. Pal.* 2013, n° 40, p. 4-12.

DUBOIS Christophe, « Restauration et détention en Belgique : genèse de la circulaire ministérielle du 4 octobre 2000. II.3. Humanisation des conditions de détention et émergence du droit pénitentiaire », *Droit et Société* 2008, p. 491-493.

DUBOUT Edouard, « La procéduralisation des obligations relatives aux droits fondamentaux substantiels par la Cour européenne des droits de l'homme », *RTDH* 2007, p. 397-425.

DUFLOT Pierre, « Santé en prison : un enjeu de santé publique », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 131-135.

DUJOURDY Elsa, MAREST Patrick, « Contrôleur des prisons : l'heure du choix », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 17.

DUJOURDY Elsa, « Suspension de peine pour raisons médicales. Le parcours du combattant en fin de vie », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 22-23.

DUPRÉEL Jean, « Une notion nouvelle : les droits des détenus », *RDPC* 1957-1958, p. 163-173.

DURAND E., BILLAUD P., OBRECHT Olivier, « L'accès aux soins en milieu carcéral. Un hiatus entre les textes et la pratique », *Médecine et droit* 1999, n° 35, p. 22-25.

ECOCHARD Bertrand, « L'émergence d'un droit à des conditions de détention décentes garanti par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », *RFDA* 2003, p. 99.

ENGGIST S., MULLER L., GALEA G., UDESEN C., *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, Foreword (avant-propos) [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

ENJOLRAS Franck, « Soigner en centre de rétention administrative : une question de légitimité ? », *Revue Hommes et Migrations*, novembre-décembre 2009, n° 1282.

EZRATTY Myriam, « Décloisonnement et modifications de la vie carcérale » in Rapport oral présenté par Mme EZRATTY lors de l'assemblée générale du conseil supérieur de l'administration pénitentiaire du 7 janvier 1986, *RSC* 1986, p. 433-438.

FALLON Damien, « Le prisonnier, l'euthanasie et la Convention européenne », *AJDA* 2015, p. 437.

FABRE MAGNAN Muriel, « Le domaine de l'autonomie personnelle », *Dalloz actualité*, 11 janvier 2008.

FALXA Joana, « Regards comparés sur le droit au recours effectif en matière pénitentiaire », *AJ Pénal* 2015, p. 358.

FARGES Éric, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques* 2007, n ° 25, p. 104-125.

FAUCHER Dominique, « Médecin en détention : soignant et témoin », *Espace éthique, la lettre*, n° 12-13-14, été-automne 2000, p. 39-40 [consulté le 6 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Espace%20e%CC%81thiqueAPHP_2000_Espace%20e%CC%81thique%20-%20Lettre%20n%C2%B012-1314.pdf

FELTZ François, « Des soins sous contraintes », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 85-93.

FERON Jean-Marc, « Les soins de santé en prison : une vue de l'intérieur », *Santé conjuguée* 2002, n° 22, p. 91.

FERON Jean-Marc, « La santé en prison : santé publique ou Ministère de la Justice », *Santé conjuguée* 2002, n° 22, p. 95.

FERRAN Nicolas, « La détention de personnes atteintes de troubles mentaux dénoncée par la Cour européenne des droits de l'homme », *Dedans Dehors* 2012, n° 76, p. 29-30.

FIZE Michel, « Le travail dans les prisons (1873-1914) », *RSC* 1990, p. 297-309.

FORT François-Xavier, « La protection de la dignité de la personne détenue », *AJDA* 2010, p. 2249.

FOUCHARD Isabelle, « Décès violents de détenus en prison. Les évolutions récentes de la responsabilité de l'État », *AJDA* 2011, p. 142-149.

FRAISSE Régis, « Le Conseil constitutionnel exerce un contrôle conditionné, diversifié et modulé de la proportionnalité, *Les Petites Affiches* 2009.

FROMENT Jean-Charles, « Vers une "prison de droit" ? », *RSC* 1997, p. 537.

FRUMER Philippe, « Un arrêt définitif sur les mesures provisoires : la Cour européenne des droits de l'homme persiste et signe », Comm. sous CEDH *Mamatkoulov et Askarov contre Turquie* du 4 février 2005, *RTDH* 2005, p.799-826.

GATÉ Juliette, « *Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ?* » *RGDM* 2013, n° 47, p. 51-72.

GAUTIER Samuel, « Loi pénitentiaire : l'heure des comptes à rendre », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 18-19.

GAYRAUD Albert, « La coercition dans l'exécution des peines », RPDP 1968.

GERMAIN Charles, « Les nouvelles tendances du système pénitentiaire français », *RSC* 1954, p. 39-63.

GHADI Véronique, « L'émergence de l'usager dans le paysage sanitaire », *Laennec* 2000, n° 7, p. 15-18.

GHICA-LEMARCHAND Claudia, « La responsabilité pénale de la violation du secret professionnel », *RDSS* 2015, p. 419.

GIACOPELLI Muriel, « Les contrôles sur les prisons en France », *RPDP* 2009, p. 411-422.

GIACOPELLI Muriel, « Le détenu citoyen », *RPDP* 2008, n° 4, p. 811-820.

GIRARD Jean-François, « Enjeu de santé publique », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 13-15

GIROLAMI Paolo, « Le médecin en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau. Enjeux éthiques et juridiques », *RGDM* 2011, n° 40, p. 113-127.

GOLOVINE Paolo, « Un psychologue en prison : entre logique psychiatrique et logique judiciaire », *Psychotropes* 2004, vol. 10, n° 3-4, p. 187-197.

GORCE Isabelle, « L'administration pénitentiaire confrontée à sa norme juridique », *RPDP* 2000, p. 524-534.

GOUTTENOIRE Adeline, « Les droits de l'homme en prison », *RPDP* 2005, p. 107-116.

GOURMELON Nathalie, « La prise en charge psychiatrique pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : un état des lieux », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 178-182.

GRAND Roger, « La prison et la notion d'emprisonnement dans l'Ancien droit », *Revue historique de droit français* 1940, p. 58-87.

GROS Frédéric, « Foucault et la "Société punitive" », *Pouvoirs* 2010, n° 135, p. 5-14.

GUERIN Geneviève, « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique* 2003, n° 44 [consulté le 15 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf

GUIDI Olivier, « Faire vivre les relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire en établissement : la gestion de la complexité », *Les cahiers du CIRAP*, avril 2012, n° 13.

GUILLAUME Yannick, « Une offre de soins pour quel suivi ? », *AJ Pénal* 2009, p. 62-64.

GUILLONNEAU Maud, KENSEY Annie, « La santé en milieu carcéral. Éléments d'analyse démographique », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 41-59.

GUYOMAR Mattias, « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA* 2009, p. 413-416.

HARICHAUX Michèle, « Les sites portails santé sur Internet : quelles perspectives ? », *RDSS* 2000, p. 697.

HAZARD Angélique, « Étrangers incarcérés », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, Direction de l'administration pénitentiaire, octobre 2008, n° 5 [consulté le 12 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CahEtudesPenitCrim 25.pdf

HEDHILI Hinda, « Regard sur l'histoire pénitentiaire française et ses institutions depuis le XIXe siècle », RPDP 2011, p. 32-42.

HENNION-JACQUET Patricia, « Soins en prison », *RDSS* 2009, p. 363.

HENNION-JACQUET Patricia, « Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux et si la justice s'arrêtait aux portes des prisons », *RDSS* 2009, p. 509.

HERVIEU Nicolas, « Cour européenne des droits de l'homme : de l'art de la résilience juridictionnelle », *La Revue des droits de l'homme*, 16 février 2015 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/1062

HERVIEU Nicolas, « Une Cour européenne des droits de l'homme maîtresse de son destin », *La Revue des droits de l'homme* [consulté le 22 août 2016]. Disponible sur : http://revdh.revues.org/658#quotation

HERVIEU Nicolas, « Une condamnation européenne des conditions carcérales en France à conjuguer à tous les temps » in *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 29 avril 2013 [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://revdh.org/2013/04/29/droits-des-detenus-condamnation-europeenne-conditions-carcerales/

HERZOG-EVANS Martine, « Prisons : la France à nouveau condamnée par deux fois par la Cour européenne des droits de l'homme », *AJ Pénal* 2011, p. 88.

HERZOG-EVANS Martine, « Isolement carcéral : le juge administratif s'aligne sur les exigences européennes », *AJ Pénal* 2010, p. 144.

HERZOG-EVANS Martine, « Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *D*. 2010, p. 31.

HERZOG-EVANS Martine, « Détenu malade : la libération conditionnelle relais utile de la suspension de peine ? », *AJ Pénal* 2007, p. 40.

HERZOG-EVANS Martine, « Deux ans de réformes législatives du droit pénitentiaire ou l'urgence à codifier un droit "patchwork " », D. 2005, p. 679.

HERZOG-EVANS Martine, « Le droit en prison », *Projet* 2002, n° 269.

HERZOG-EVANS Martine, « Les particularités du droit pénitentiaire », *Les cahiers de la sécurité intérieure* 1998, n° 31, p. 19-31.

HERZOG-EVANS Martine, « Droit commun pour les détenus », *RSC* 1995, p. 621.

HIVERT P.-É., « Le détenu et le droit aux soins médicaux », *RPDP* 1983, p. 9-19.

HIVERT P.-É., RIBON J.-F., « Grève de la faim en prison », *RPDP* 1970, p. 635-638.

HOFFMAN Axel, « Santé et prison : une équation insoluble ? », *Santé conjuguée* 2002, n° 22, p. 105.

HOFFMAN Axel, « La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un avenir incertain », *Santé conjuguée* 2002, n° 22, p. 78.

JAMOULLE Pascale, « La prison ne s'arrête pas à ses murs », *Santé conjuguée*, octobre 2002, n° 22, p. 74.

JANAS Michaël, « Les dispositions relatives au prononcé et à l'application des peines de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire. Entre aménagements de peine et libérations anticipées », *Droit pénal* 2010, étude n° 1.

JAVILLIER Jean-Claude, « Ambivalence, effectivité et adéquation du droit pénal du travail », *Droit Social* 1975, n°7-51, p. 375-395.

JEGO Alain, « L'évolution dans la prise en charge de la population pénale par l'administration pénitentiaire », *RPDP* 2004, p. 547-553.

JEHL Joseph, « Grèce : traitements inhumains ou dégradants dans les lieux de rétention et les prisons », *JCP* 2011, n° 14, p. 656.

KATROUGALOS Georges, AKOUMIANAKI Daphné, « L'application du principe de proportionnalité dans le champ des droits sociaux », *RDP* 2012, p. 1381.

KAMINSKI Dan, « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie* 2010, vol. 43, n° 1, p. 199-226.

KANOUI-MEBAZAA Valérie, VALANTIN Marc-Antoine, « La santé en prison », *Les tribunes de la santé* 2007, n° 17, p. 97-103.

KOVLER Anatoly, « L'application des peines à la lumière de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », *RPDP* 2007, H.S. n° 1, p. 165-174.

LALANDE Françoise, « La santé des détenus et l'état du système de soins avant la réforme », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 61-72.

LAMOTHE Pierre, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 151-160.

LANGLET Marianne, « Suspension de peine pour raisons médicales. Mourir libre », *Lien social*, 3 février 2011, n° 1004, p. 10-14.

LARRALDE Jean-Manuel, « Les autorités pénitentiaires doivent accorder des traitements de substitution aux détenus toxicomanes qui le nécessitent », Chronique côté CourEDH, *Arpenter le Champ pénal*, 4 octobre 2016 [consulté le 5 octobre 2016]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr/

LARRALDE Jean-Manuel, « Le comité européen pour la prévention de la torture publie ses normes en matière d'espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires », *Arpenter le Champ pénal*, Chronique côté Cour EDH, 27 décembre 2015 [consulté le 28 décembre 2015]. Disponible sur : http://pierre-victortournier.blogspot.fr

LARRALDE Jean-Manuel, « Mauvaises conditions de détention, la France condamnée », *Arpenter le Champ pénal* 2013, n° 327, p. 2-3.

LARRALDE Jean-Manuel, « La Cour européenne des droits de l'homme et la promotion des droits des femmes », *RTDH* 2007, p. 855-874.

LARRALDE Jean-Manuel, « Les règles pénitentiaires européennes instrument d'humanisation et de modernisation des politiques carcérales », *RTDH* 2007, p. 993-1015.

LARRALDE Jean-Manuel, « Les droits des personnes incarcérées : entre punition et réhabilitation », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux* 2003, n° 2, p. 63-76 [consulté le 26 août 2013]. Disponible sur : https://www.unicaen.fr/puc/images/crdf0204larralde.pdf

LARROSE Bruno, « Eduquer à la liberté en milieu carcéral ? Un défi éthique pour l'éducateur pour la santé », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 20-21.

LASCOUMES Pierre, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et management public* 2007, vol. 25, n° 2, p. 129-144.

LASCOUMES Pierre, SERVERIN Évelyne, « Théories et pratiques de l'effectivité du Droit », *Droit et Société* 1986, n° 2, p. 127-150.

LAURENT Stéphane, « La sécurité pénitentiaire est l'ennemie de la sécurité publique », entretien avec Martine Herzog-Evans, *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. 14-17.

LAURENT Stéphane, « L'avertissement de Dan Kaminski », *Dedans Dehors* 2009, n° 69, p. 40-41.

LAVRIC Sabrina, « Points sur l'ordre de traitement des requêtes devant la CEDH », *Dalloz Actu Étudiant*, 7 décembre 2010 [consulté le 17 août 2016]. Disponible sur : http://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/point-sur-lordre-de-traitement-des- requetes devant-la-cedh/h/6a97d96f822d4f118367ce7eed2da1ec.html

LE BIANIC Thomas, MALOCHET Guillaume, « Les modes de coordination entre intervenants en santé mentale en milieu carcéral », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 183-189.

LECERF Jean-René, « Le contrôle non juridictionnel des prisons », *Pouvoirs* 2010, n° 135, p. 121-134.

LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2001, n° 136-137, p. 15-26.

LECHIEN Marie-Hélène, MOREAU François, « La prise en charge médicale des détenus », *Regards sur l'actualité* 2000, n° 261, p. 43-49.

LECLERCQ C., « Améliorer la santé mentale », Interview de M.-C. BORRE, psychologue, Asbl Autrement, Bruxelles, *L'Observatoire* 2010, n° 66, p. 59-60.

LEFEUVRE DEOTTE Martine, « Foucault : le corps, le pouvoir, la prison », *Revue Appareil*, 2009, n° 4.

LEHALLE Sandra, « Les droits des détenus et leur contrôle : enjeux actuels de la situation canadienne », *Criminologie* 2007, vol. 40, n° 2, p. 127-145.

LEMIRE Guy, « Vingt ans de droits des détenus au Québec », *Criminologie*, XXIV, 1, 1991, p. 63-76.

LÉNA Maud, « Surpopulation carcérale : des chiffres et des textes », *AJ Pénal* 2014, p. 552.

LEPERS Jacques, « Responsabilité de l'État pour mauvaises conditions de détention en prison : première condamnation en appel », *AJDA* 2010, p. 42-46.

LEROY Yann, « La notion d'effectivité du droit », *Droit et Société* 2011, n° 79, p. 715-732.

LETENEUR Henri, « Droits et devoirs du détenu dans la pratique journalière de la vie carcérale (1945-1981), *RPDP* 1982, p. 7-26.

LETURMY Laurence, « Pour quelques idées plus précises sur la genèse de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *RPDP* 2010, p. 67-77.

LEVRAY Nathalie, « La santé à la peine en prison : des droits toujours entravés », *Gazette Santé-Social* 2012, n° 84 [consulté le 5 août 2013]. Disponible sur : http://infos.gazette-sante-social.fr/3460/la-sante-a-la-peine-en-prison-des-droits-toujours-entraves

LÉVY Joseph Josy, THOËR Christine, « Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication », *Revue de communication sociale et publique* 2013, n° 10, p. I-IV.

LIARAS Barbara, « Baumettes : à l'assaut de la dignité », *Dedans Dehors* 2013, n° 79, p. 9-11.

LIARAS Barbara, « Psychiatrie et incarcération : le cercle vicieux n'est pas brisé », *Dedans Dehors* 2012, n° 76, p. 15-17.

LIARAS Barbara, « La pénitentiaire nuit gravement à la santé », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 26-30.

LIARAS Barbara, « Le mitard, espace paradoxal de liberté », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 33-35.

LORVELLEC Soizic, « Travail et peine », *RPDP* 1997, p. 207-226.

MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie* 2015, vol. 56, n° 4, p. 697-733.

MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* 2015 [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://anthropologiesante.revues.org/1607

MAIOLO Rosine, « Prisons : un avenir incertain », *Les Petites affiches* 2003, n° 240, p. 3.

MALAUZAT Marie-Isabelle, « Vers une amélioration de la qualité du système de santé ? », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 31.

MANAOUIL Cécile, SANNIER Olivier, « La médecine en milieu pénitentiaire », *RGDM* 2008, n° 28, p. 157-196.

MARQUART James Walter, BREWER Victoria. E., MULLINGS Janet L., CROUCH Ben M., « Health Risk as an Emerging Field Within the New Penology», *Journal of Criminal Justice* 1999, vol. 27, p. 143-154.

MAREST Patrick, « Intervenants extérieurs : ils dénoncent des “manquements aux droits de l’homme” », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 8.

MAREST Patrick, « Surveillants pénitentiaires : le silence est d’or… sous peine de sanctions », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 9.

MAREST Patrick, « Vous avez dénoncé par voix de presse et d’avocat », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 10-11.

MAREST Patrick, « Politique pénale et pénitentiaire. L’ONU accentue sa pression sur les autorités françaises », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 20-21.

MARKUS Jean-Paul, « Responsabilité des établissements publics de santé », *J.-Cl. Adm.*, fasc. 906-10.

MARTIN Daniel, « De la nécessaire coordination des interventions en milieu carcéral », *L’Observatoire* 2010, n° 66, p. 48-51.

MARY Philippe, « Place et sens de la prison en Belgique : entre discours et pratiques », *L’Observatoire* 2010, n° 66, p. 32-37.

MARY Philippe, BARTHOLEYNS Frédérique, BÉGHIN Juliette, « La prison en Belgique : de l'institution totale aux droits des détenus ? », *Déviance et Société* 2006, vol. 30, n° 3, p. 389-404.

MATHIEU Bertrand, « Les droits des personnes malades », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 10.

MAUDET Gwénaëlle, « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, 2002, p. 95-102 [consulté le 23 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.erudit.org/revue/lsp/2002/v/n48/007894ar.pdf

MAYER-MALY Theo, « *Servum sub poena vinculorum domino reddere* », *Studia et documenta historiae et iuris 1957*, p. 323-334.

McCRIE Robert, « La prison aux États-Unis aujourd'hui : un échec retentissant », *Cahiers de la sécurité* 2010, n° 12, p. 238-246.

MERENNE Sylvain, « Le Conseil d'État étend le contrôle du juge administratif sur l'administration pénitentiaire », *JCP G* 2009, n° 12, p. 58-62.

MILLY Bruno, « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué », *Droit et Société 2003*, p. 745-767.

MISTRETTA Patrick, « De l'art de légiférer avec tact et mesure. À propos de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 », *JCP G*, 2016, p. 417-423.

MISTRETTA Patrick, « Refus de soins et responsabilité médicale : consigner n'est pas informer », Cass. 1re civ., 15 novembre 2005 à propos de l'obligation d'information d'un médecin en cas de refus de soins, *JCP G*, du 29 mars 2006, II, 10 045.

MISTRETTA Patrick, « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : réflexions critiques sur un droit en pleine mutation », *JCP G* 2002, I, 141.

MODERNE Franck, « À propos du contrôle des punitions en milieu carcéral. Le point de vue du publiciste », *RFDA* 1995, p. 822-826.

MODERNE Franck, « La responsabilité des services pénitentiaires à raison des dommages subis par les détenus », *RPDP* 1979, p. 575-582.

MOLINER-DUBOST Marianne, « La dignité des détenus, le juge et le contrôle de la nécessité des mesures de sécurité pénitentiaires », *RTDH* 2008, p. 77-86.

MOLINER-DUBOST Marianne, « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, commentaire de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 », *AJDA* 2008, p. 84.

MOLINER-DUBOST Marianne, « Le point sur la compatibilité du placement à l'isolement des détenus avec l'article 3 de la Conv. EDH », *AJ Pénal 2007*, p. 160.

MOLINER-DUBOST Marianne, « La détention de personnes atteintes de troubles mentaux : condamnation ferme de la "prison-asile" », *RTDH* 2007, p. 541-557.

MOLLER Lars, STÖVER Heino, JÜRGENS Ralf, GATHERER Alex, NIKOGOSIAN Haik [dir.], *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, 2007 [consulté le 8 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

MOREAU François, « La santé dans les prisons françaises », *Pouvoirs* 2010, n° 135, p. 69-86.

MORTET Laurent, « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : un nouveau regard sur les lieux de privation de liberté », *RPDP* 2008, p. 287-304.

MOUNAUD Patrick, « La modernisation du service public pénitentiaire », *RPDP* 2008, p. 821-826.

MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, mars 2005, n° 386 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/er386.pdf

MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine, BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque », *Études et résultats* 1999, n° 4 [consulté le 16 juin 2012]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf

MUCCHIELLI Laurent, « Criminologie, hygiénisme, eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles" », *Revue d'histoire des sciences humaines* 2000, n° 3, p. 57-89.

NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ Urbain, « Le juge administratif et la prise en charge médicale des détenus par les établissements pénitentiaires », *RDP* 2015, p. 1281-1306.

NICOLAS Guy, « La Santé en prison : dix ans après la réforme, Haut comité de la sécurité publique », *Actualité et dossier en santé publique* 2003, n° 44, p. 1.

NICOLAS Guy, DESSAINT Louis, NICOLAS Christine, « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Problèmes économiques* 1997, n° 2549, p. 1-4.

NOËL Étienne, « Proposition de loi visant la création d'un dispositif de suspension de détention provisoire pour motif d'ordre médical », *ACP* 2011, n° 217.

NOUWYNCK Lucien, « La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire. Cadre modifié, principe conforté », *RDPC* 2012, p. 589-641.

OBRECHT Olivier, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », *Actualité et dossier en santé publique* 2003, n° 44 [consulté le 2 septembre 2013]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf

OBRECHT Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », *Projet* 2002, n° 269 [consulté le 11 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.revue-projet.com/articles/2002-1-des-progres-pour-la-sante-en-prison/

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Coordination Ile-de-France, « Délais d'attente exorbitants pour les consultations médicales », *Dedans Dehors* 2014, n° 86, p. 35.

OBSERVATOIRE INTERNATIONNAL DES PRISONS, « Menottes et entraves pendant une crise cardiaque », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 12.

OBSERVATOIRE INTERNATIONNAL DES PRISONS, « Prisons d'autres temps et d'autres mœurs ? », *Dedans Dehors* 2009, n° 70-71, p. I-XXIII.

OLIVE Agnès, « Le sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », *RPDP* 1998, n° 3, p. 310-319.

PÉDROT Philippe, « Libres propos sur la démocratie sanitaire », *Les Petites Affiches* 2002, n° 122, p. 5.

PÉCHILLON Éric, « Le droit des unités hospitalières spécialement aménagées : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques », *AJ Pénal* 2010, p. 322.

PÉCHILLON Éric, « Regard d'un administrativiste sur la loi du 24 novembre 2009 », *AJ Pénal* 2009, p. 473.

PÉCHILLON Éric, « À propos de l'obligation à la charge de l'État de prendre des mesures propres à protéger la vie des détenus », *AJ Pénal* 2009, p. 86.

PÉCHILLON Éric, « L'activité des établissements pénitentiaires soumise à un contrôle plus rigoureux du juge administratif », *AJ Pénal* 2008, p. 100-101.

PERDRIAU André, « La réforme des peines privatives de liberté », *RSC* 1960, p. 675-683.

PERDRIAU André, « La réforme pénitentiaire et le code de procédure pénale », *RPDP* 1959, p. 627-647.

PERRIN Lionel, « Référé-liberté pour les détenus placés au “mitard” : une loi pour rien ? », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 43-45.

PERRIN Lionel, « Conditions de détention : les condamnations de l’État se systématisent », *Dedans Dehors* 2010, n° 72-73, p. 46.

PETER Olivier, « Alimentation et droits des personnes détenues : analyse dans la perspective du droit européen », *RTDH* 2013, p. 97-121.

PETIT (Dr.), LEGER L.-A., « Le décloisonnement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire », *RPDP* 1974, p. 363-383.

PETTITI Louis-Edmond, « Les droits du détenu et la Convention européenne des droits de l’homme », *RPDP* 1981, p. 317-325.

PICCA Georges, « Faut-il “démocratiser” les prisons ? », *RSC* 1973, p. 926-932.

PINATEL Jean, « La crise pénitentiaire », *L’année sociologique* 1973, p. 13-67.

PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 50, n° 2, p. 315-349.

PLICHART Philippe, GOLSE Anne, « Psychiatrie en prison, une clinique aux limites », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 161-175.

POLLET-PANOUSSIS Delphine, « Une nouvelle hypothèse de contrôle du milieu carcéral par le juge administratif », *RFDA* 2009, p. 957.

PONCELA Pierrette, « Les peines extensibles de la loi du 15 août 2014 », *RSC* 2014, p. 611.

PONCELA Pierrette, « Quelques aspects du respect de la dignité en droit de l'exécution des peines », *RSC* 2010, p. 645.

PONCELA Pierrette, « Droit au respect de la vie et de la dignité pour les détenus, Chronique de l’exécution des peines », *RSC* 2009, p. 431.

PONCELA Pierrette, « L'harmonisation des normes pénitentiaires européennes », *RSC* 2007, p. 126-133.

PONCELA Pierrette, « La responsabilité du service public pénitentiaire à l'égard de ses usagers détenus », *RSC* 2000, p. 232.

PONCELA Pierrette, « Rendre le droit accessible aux détenus », *RSC* 1998, p. 161.

PONSEILLE Anne, « Prise en considération de l'état de santé de la personne suspectée ou condamnée par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », *RSC* 2014, p. 729.

PONSEILLE Anne, « Détenu malade et loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales: remises en liberté pour motif médical », *Revue Droit et Santé* 2014, n° 62.

PONSEILLE Anne, « Plaidoyer pour la création de la suspension de détention provisoire pour raison médicale : entre nécessité et inutilité », *Revue Droit et Santé* 2011, n° 42, p. 415-422.

PONSEILLE Anne, « Expertises médicales et suspension de peine pour raison médicale de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale », *Revue Droit et Santé* 2010, n° 35, p. 248-253.

PRADEL Jean, « Aperçus sur le droit pénitentiaire comparé », *RPDP* 2009, p. 423-432.

PRADEL Jean, « La santé du détenu », *RSC* 1974, p. 269-293.

PUECHAVY Michel, « Les détenus âgés ou malades et la Cour européenne des droits de l'homme » [consulté le 23 octobre 2014]. Disponible sur : http://acatparis5.free.fr/telechargement/puechavy32006.pdf

PY Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril », *AJ Pénal* 2012, p. 384.

PY Bruno, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *Revue Droit et Santé* 2012, n° 50, p. 161.

PY Bruno, « Secret professionnel : le syndrome des assignats ? », *AJ Pénal* 2004, p. 133-141.

QUOIDBACH Renaud, « Boule de neige en prison », *Santé conjuguée* 2002, n° 22, p. 97.

RANGEON François, « Réflexions sur l'effectivité du droit » in LOCHAK Danièle [dir.], *Les usages sociaux du droit*, Paris, PUF, 1989, p. 126-149.

RATEAU Marguerite, « Les peines corporelles en France sous l'Ancien Régime (1670-1789) », *Annales internationales de criminologie*, 1963, p. 276-308.

REIMERINGER Céline, GAUTIER Samuel, « Dix ans de loi Kouchner : funeste anniversaire de la suspension de peine médicale », *Dedans Dehors* 2012, n° 76, p. 10-14.

RENAUT Marie-Hélène, « De l'enfermement sous l'Ancien Régime au bracelet magnétique du XXIe siècle. Qu'en est-il de l'exécution effective des peines d'emprisonnement ? », *RPDP* 1997, p. 271-305.

RIEDER Jean-Pierre, GRAVIER Bruno, BERTRAND Dominique, PASCHE Christophe, BODENMANN Patrick, WOLF Hans, « Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé », *Revue médicale suisse* 2010, n° 6, p. 1462-1465.

RIGAMBERT Catherine, « Le juge administratif et le milieu carcéral », *RPDP* 2011, p. 585-593.

ROBERT Anne-Gaëlle, « Conditions de détention : lorsque les juges nationaux prennent le relais de la CEDH », *Droit pénal* 2013, p. 7-14.

ROBERT Dominique, FRIGON Sophie, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société* 2006, vol. 30, n° 3, p. 305-322.

ROTILY Michel, OBADIA Yolande, GALINIER-PUJOL Anne, VERNAY-VAISSE Chantal, « Les besoins de santé des détenus et les pathologies spécifiques : hépatites virales et infection à VIH », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 103-108.

ROUSSEAU Élisabeth, « La prise en charge sanitaire des détenus », *Actualité et dossier en santé publique* 1995, n° 11, p. 2-5 [consulté le 4 mars 2011]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-11/ad110205.pdf

ROVERE Olivier, « Des volontés aux réalités du terrain », Contact Santé 2007, n° 222, p. 14-15.

SAINT-JAMES Virginie, « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *RP publ.* 1997, p. 457-486.

SALLE Grégory, « Des "infimes matérialités" carcérales à l'"État de droit". Prison et Rechtsstaat en RFA depuis 1968 », *Droit et société* 2008, n° 69-70, p. 507-525.

SALOMEZ Jean-Louis, « La santé en prison : une préoccupation très récente », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 40-41.

SAMET Catherine, « Prison et alternatives à la détention au Japon : leurs rôles majeurs dans la procédure pénale », *RPDP* 1997, p. 239-247.

SAMPEUR Odile, « La fonction santé dans les « établissements du “Programme 13000” à gestion mixte », *RF aff. soc.* 1997, n° 1, p. 81-83.

SAUVAT Christophe, « Précision normative sur le droit à la santé », *RLDC* 2006, n° 24, p. 53-58.

SCHINDLER Patrick, « Prison : surveiller, punir et pousser au suicide », *Le Monde Libertaire* 2011, n° 1636 [consulté le 23 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.monde-libertaire.fr/anticarceral/14576-prison-surveiller-punir-et-pousser-au-suicide

SCHMITZ Julia, « La Constitution, la loi, le règlement et l’exécution des peines de détention », *RFDA* 2015, p. 148.

SENNA Éric, « L’application des droits fondamentaux en captivité : la recherche d’un nouvel équilibre entre évaluation et résolution des atteintes », *AJ Pénal* 2014, p. 408.

SENNA Éric, « La qualité des conditions de détention », *Gaz. Pal.* 2013, p. 21.

SENNA Éric, « État des lieux à mi-mandat du contrôle général des lieux privatifs de liberté », *AJ Pénal* 2011, p. 204.

SENNA Éric, « La question controversée du contrôle des prisons », *AJ Pénal* 2007, p. 164.

SENON Jean-Louis, « Un bilan en demi-teinte de l’interface santé justice », *AJ Pénal* 2009, p. 64.

SENON Jean-Louis, MANZANERA Cyril, « Troubles mentaux et prison », *AJ Pénal* 2007, p. 155.

SENON Jean-Louis, MANZANERA Cyril, « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutique », *Annales Médico Psychologiques* 2004, n° 162, p. 686-699.

SENON Jean-Louis, RICHARD Denis, « Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu’à la loi de 1994 », *RPDP* 1999, p. 97-110.

SENON Jean-Louis, « Réglementation et structure de l’intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994 », *RSC* 1998, p. 509-521.

SIMONI Cécile-Marie, « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : vers de nouveaux droits pour les détenus », *AJDA* 2010, p. 494.

SLINGENEYER Thibaut, « Quelles alternatives à la prison ? Ici et ailleurs en Europe », *L’Observatoire* 2010, n° 66, p. 88-93.

SLIWOWSKI Georges, « La sociologie du temps et la peine privative de liberté », *RSC* 1974, p. 295-312.

SNACKEN Sonja, DEVYNCK Caroline, DISTELMANS Willem, GUTWIRTH Serge, LEMMENS Christophe, « Demandes d'euthanasie dans les prisons belges. Entre souffrance psychique, dignité humaine et peine de mort », *Criminologie* 2015, vol. 48, n° 1, p. 101-122.

SUDRE Frédéric, « À propos du dynamisme interprétatif de la Cour européenne des droits de l'homme », *JCP G* 2001, p. 335.

SUDRE Frédéric, « Les obligations positives dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *RTDH* 1995, p. 363-384.

TCHEN Vincent, « Les droits fondamentaux du détenu à l'épreuve des exigences du service public pénitentiaire », *RFDA* 1997, p. 597.

TEITGEN Francis, « L'évolution de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme concernant le traitement des détenus », *RPDP* 1985, p. 211.

THIERRY Jean-Baptiste, « Révocation d'une suspension de peine pour motif médical : l'enjeu des expertises », *AJ Pénal* 2005, p. 33

THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer* 2013, n° 10, p. 1-24.

TOURNIER Pierre-Victor, « Population sous écrou, population détenue au 1er octobre 2012 », *Arpenter le Champ pénal* 2012, supplément au n° 295.

TOURNIER Pierre-Victor, « L'état des prisons françaises », *Pouvoirs* 2010, n° 135, p. 29-41.

TOURNIER Pierre-Victor, « Prisons d'Europe », *AJ Pénal* 2007 p. 168.

TOURNIER Pierre-Victor, « Prisons françaises : état d'urgence », *Contact Santé* 2007, n° 222, p. 37-39.

TRAULLE Émilie, WERBROUCK Annabelle, MANAOUIL Cécile, « La suspension de peine pour raison médicale », *Médecine et Droit* 2006, n° 79-80, p. 142-146.

TREGUER Michèle, « La santé des personnes détenues, les enjeux d'une réforme de santé publique », *Revue du Soignant en santé publique* 2009, vol. 4, n° 29, p. 10-14.

TROUILLARD PERROT Michel, « La santé "carcéralisée" : gestion de soi et chronicité pénitentiaire », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2007, n° 4, p. 41-57.

TULKENS Françoise, VOYATZIS Panayotis, « Le droit à la santé en prison. Les développements de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », *RDPC* 2009, p. 364.

TULKENS Françoise, « Les droits de l'homme en détention », *RSC* 2001, p. 881.

VACHERET Marion, LAFORTUNE Denis, « Prisons et santé mentale, les oubliés du système », *Déviance et Société* 2011, vol. 35, n° 4, p. 485-501.

VANDERVEKEN Mark, « Améliorer nos prisons ? », *L'Observatoire* 2010, n° 66, p. 79-82.

VAN DEN BOGAARD Claire, « Quand le sécuritaire le dispute au sanitaire », *Le passe-murailles* 2011, n° 28, p. 43-45.

VAN DEN BOGAARD Claire, « Du droit à la santé à l'obligation de soins », *Le passe-murailles* 2011, n° 28, p. 78-80.

VASSEUR Véronique, « Engagement éthique d'un médecin en prison », *Espace éthique, la lettre*, n° 12-13-14, été-automne 2000, p. 44 [consulté le 6 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Espace%20e%CC%81thiqueAP-HP_2000_Espace%20e%CC%81thique%20-%20Lettre%20n%C2%B012-13-14.pdf

VERIN Jacques, « La prison : comment s'en débarrasser ? », *RSC* 1974, p. 906.

VILLERMÉ Louis-René, « Mémoire sur la mortalité des prisons », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1829, série 1, n° 1.

VIOUJAS Vincent, « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS* 2011, p. 1071.

VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Le renforcement du droit à la santé du détenu par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *Gaz. Pal.* 2010, n° 177, p. 18-19.

WINSLOW Charles-Édouard Amory, « The untilled fields of Public Health », *Science*, 9 January 1920, 51 (1306), p. 23-33.

V. NOTES, OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS

ALLAIN Emmanuelle, « La liberté n'exclut pas la suspension », obs. sous Cass. Crim., 21 février 2007, *Dalloz actualité*, 27 mars 2007.

ANANE Sofiane, « Détention provisoire : point de départ du délai pour statuer sur une demande de mise en liberté », note sous Cass. Crim., 13 janvier 2015, n° 14-87146, *Dalloz actualité*, 27 février 2015.

ARBOUSSET Hervé, « L'extension de l'obligation *in solidum* au suicide d'un détenu », note sous CE 24 avril 2012, req. n° 342 104, *JCP A* 2012, p. 28-33.

BELRHALI-BERNARD Hafida, « Encore un peu plus d'obligation *in solidum* : la collaboration de l'hôpital et de la prison », note sous CE 24 avril 2012, *M. et Mme Abdeslam et E. Massioui*, req. n° 342104, *AJDA* 2012, p.1671-1672.

BONNE-HARBIL Aurélie, « Suicide d'un détenu : répartition des responsabilités entre l'État et les soignants », note sous CE, 24 avril 2012, *M. et Mme Massioui*, req. n° 342104, *Revue Droit et Santé* 2012, n° 48, p. 490-493.

BRETONNEAU Aurélie, « Le plein contrôle disciplinaire franchit le seuil des prisons », note sous CE, 1er juin 2015, n° 380449, *AJDA* 2015, p. 1596.

BRETONNEAU Aurélie, LESSI Jean, « Sanctions infligées aux agents publics : M. Lebon sort du Recueil », note sous CE, 13 novembre 2013, *M. D.*, req. n° 347704, *AJDA* 2013, p. 2432.

BRIGANT Jean-Marie, « La loi Taubira, les services de l'État et les collectivités territoriales », note sous loi n° 2014-896 du 15 août 2014, JORF 17 août 2004, *JCP A* 2014, p. 2325.

CELERIER Thibaut, « Le contrôle du juge sur le maintien en isolement d'un détenu », concl. sous TA Paris 15 mars 2007, req. n° 05-19080, *AJDA* 2007, p. 1664.

CÉRÉ Jean-Paul, « Condamnation de la France pour l'absence de prise en charge médicale suffisante d'un détenu atteint de graves troubles mentaux », note sous CEDH 23 février 2012, *G. c/ France*, req. n° 27244/09, *AJ Pénal* 2012, p. 357.

CÉRÉ Jean-Paul, « Exigences européennes en matière de prise en charge médicale des détenus », note sous CEDH 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 38435/07, *AJ Pénal* 2011, p. 129.

CÉRÉ Jean-Paul, « Détention, maladie et traitement inhumain ou dégradant », note sous CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, *RTDH* 2007, p. 261-268.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le détenu et son juge », note sous CE, 9 février 2001, *Malbeau*, req. n° 215405, *RFDA* 2002, p. 598.

CÉRÉ Jean-Paul, « Article 3 de la Convention européenne et détention prolongée d'une personne âgée et malade », note sous CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D*. 2001 p. 2335.

DANET Jean, « Les conditions de détention et l'article 225-14 du code pénal », note sous CA Nancy, 01 mars 2002, *D*. 2007 p. 2218.

DEFFAINS Nathalie, « Conditions de détention et état de santé », *EUROPE*, mai 2004, p. 37.

DEFFAINS Nathalie, « Conditions de détention et état de santé », *EUROPE*, février 2003, p. 26-27.

DEGOMMIER Sébastien, « La responsabilité des services pénitentiaires du fait du décès d'un détenu », concl. sous CAA Nantes 5 juillet 2012, *Mme V*, req. n° 11NT00104, *AJDA* 2012 p. 2181.

DE MONTECLER Marie-Christine, « L'étoile du recours pour excès de pouvoir brille encore sur les sanctions infligées aux détenus », *Dalloz actualité*, 16 février 2013

DEVOUÈZE Nelly, « Suppression des prestations sociales aux détenus internés : pas de discrimination », note sous CEDH, 21 avril 2015, *S.S. c/ Royaume-Uni et autres*, req. n° 40356/10 et 5446610, Dalloz Actualité, 12 juin 2015.

DUBREUIL Charles-André, « Nouvelle restriction du champ des mesures d'ordre intérieur en milieu carcéral », note sous CE 28 mars 2011, req. n° 316977, *JCP G* 2011, p. 701.

EVEILLARD Gweltaz, « Sanctions prises à l'encontre des détenus : le contrôle reste minimal », *Dr. adm.* 2013, p. 42-44.

FLEURIOT Caroline, « Traitement dégradant pour un détenu souffrant de "psychose de prison" », *Dalloz actualité*, 18 novembre 2015**.**

FLEURIOT Caroline, « Prison : il faut « proscrire la vidéosurveillance dans les lieux de soin », *Dalloz actualité*, 13 mai 2015.

FLEURIOT Caroline, « Les journalistes pourront visiter les prisons sans prévenir », *Dalloz actualité*, 21 avril 2015.

FLEURIOT Caroline, « L'État condamné pour sa prison "dégradante" de Ducos, en Martinique », note sous CAA Bordeaux, 17 février 2015, n° 14BX01988, n° 14BX01989, n° 14BX01991, *Dalloz actualité*, 2 mars 2015.

FLEURIOT Caroline, « En prison, il ne fait pas bon être "procédurier " », *Dalloz actualité*, 13 mars 2014.

FOURMENT François, « Point de départ du délai de la chambre de l'instruction pour statuer sur une demande directe de mise en liberté », note sous Cass. Crim., 16 janvier 2013, n° 12-87085, Gaz. Pal. 2013, p. 42.

FOURNIÉ François, MASSAT Éric, « Le tabac nuit gravement… à l'État de droit », note sous CE, ord. réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/ Bunel*, req. n° 284803, *Les Petites Affiches* 2007, n° 38, p. 15

GIACOPELLI Muriel, « Les conditions de détention d'une personne handicapée doivent être durablement incompatibles avec l'état de santé », note sous Cass. Crim. 7 janvier 2009, n° 08-83364, *AJ Pénal* 2009, p. 236.

GUIGUE Marion, « Le problème majeur et persistant de l'accès aux soins dans les prisons françaises dénoncé par l'avis du Comité consultatif national d'éthique du 26 octobre 2006, *Revue Droit et Santé* 2007, n° 17, p. 369-374.

GUYOMAR Mattias, « Les sanctions d'avertissement infligées aux détenus sont susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir », note sous CE, 21 mai 2014, req. n° 354672, *Gaz. Pal*. 2014, p. 176-177.

HEDARY Delphine, « Office du juge du référé-provision et conditions de détention », note sous CE, section, 6 décembre 2013, req. n° 363290, *AJDA* 2014, p. 237.

HENNION-JACQUET Patricia, « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », note sous CEDH, 2 novembre 2006, *Serifis c/ Grèce*, req. n° 27695/03, *RDSS* 2007, p. 259.

HERZOG-EVANS Martine, PÉCHILLON Éric, « Exécution des peines : Le Conseil d'État, la norme pénitentiaire et le droit commun. Retour en arrière ?, note sous CE, 18 février 2015, n° 375765, *AJ Pénal* 2015, p. 195.

HERZOG-EVANS Martine, « La détention provisoire nécessaire d'un prévenu mais néanmoins levée pour raison médicale », note sous ord. du 14 juin 2012 rendue par le Juge des libertés et de la détention de Paris, *AJ Pénal* 2013, p. 293-294.

HERZOG-EVANS Martine, « Mourir sous probation : une recherche anglo-galloise importante », *Arpenter le Champ pénal* 2013, n° 339, p. 9-12.

HERZOG-EVANS Martine, « Loi pénitentiaire : la suspension de peine toujours accessible en dehors de l'urgence », note sous CA d'Aix-en-Provence, 16 février 2010, n° 159-J-2010, *AJ Pénal* 2010, p. 253.

HERZOG-EVANS Martine, « Prévention du suicide en prison : l'urgence à agir sur les facteurs institutionnels », note sous CAA Marseille, req. n° 18-05-2009, *AJ Pénal* 2009, p. 457.

HERZOG-EVANS Martine, « L'administration pénitentiaire ne peut refuser l'usage en cellule d'un mini-bike indispensable à la rééducation », note sous TA Orléans, 4 octobre 2007, req. n° 070001, *AJ Pénal* 2008, p. 101.

HERZOG-EVANS Martine, « Tabagisme passif : protéger la santé d'un détenu n'est pas une liberté fondamentale », note sous CE, ord. réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux c/ Bunel*, req. n° 284803, *AJ Pénal* 2005, p. 377.

HERZOG-EVANS Martine, « La confirmation de la suspension de peine médicale de Maurice Papon », note sous Cass. Crim., 12 février 2003, pourvoi n° 02-86531, *D*. 2003, p. 1065.

LASSERRE-CAPDEVILLE Jérôme, « Obligation pour les juridictions du fond de vérifier si l'état de santé de la personne placée en détention provisoire est compatible avec cette détention », note sous Cass. Crim. 2 septembre 2009, n° 09-84172. *AJ Pénal* 2009, p. 452.

LAUDIJOIS Marie, « Le droit à la santé n'est pas une liberté fondamentale », note sous CE, réf., 8 septembre 2005, *Garde des Sceaux c/ Bunel*, req. n° 284803, *AJDA* 2006, p. 376-380.

LE BOT Olivier, « Référé-libéré aux Baumettes : remède à l'inertie administrative et consécration d'une nouvelle liberté fondamentale », note sous CE, réf., 22 décembre 2012, *Section française de l'OIP et autres*, req. n° 364584, 364620, 364621, 364647, *JCP G* 2013, p. 139-142.

LÉNA Maud, « Remise en liberté d'une personne en détention provisoire pour motif médical ! premières applications », note sous TGI Rouen, ordonnance du juge d'instruction, 15 juin 2015, *Dalloz actualité*, 18 juin 2015.

LÉNA Maud, « Quel recours contre l'indignité des conditions de détention ? », *Dalloz actualité*, note sous CEDH, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req. n° 50494/12, 26 mai 2015.

LÉNA Maud, « Santé en prison (détenu paraplégique) : condamnation de la France pour manque de soins », note sous CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, n° 10401/12, *D.* 2015, p. 569.

LÉNA Maud, « Exécution des peines : inconventionnalité de l'appel incident réservé au ministère public », *Dalloz actualité*, 1er décembre 2014.

LÉNA Maud, « Fouilles corporelles intégrales : le Conseil d'État, véritable garant de l'application de la loi pénitentiaire », note sous CE, 6 juin 2013, réf., req. n° 368816 et n° 368875, *Dalloz actualité*, 17 juin 2013.

LÉNA Maud, « Nouméa : rejet d'une demande de mise en liberté fondée sur les conditions de détention », obs. sous Cass. Crim., 29 février 2012, *Dalloz actualité*, 17 mars 2012.

LÉNA Maud, « Suspension médicale de la détention provisoire », note sous Dijon, 6 janvier 2012, *Dalloz actualité*, 25 janvier 2012.

LÉNA Maud, « Appréciation *in concreto* des conditions de détention d'un détenu malade, de la Cour européenne aux juridictions du fond », obs. sous TA Évreux, 3 mai 2011, *Dalloz actualité*, 26 mai 2011.

LEPERS Jacques, « Responsabilité de l'État pour mauvaises conditions de détention en prison : première condamnation en appel », note sous CAA Douai, 12 novembre 2009, req. n° 09DA00782, *AJDA* 2010, p. 42-46.

LEROYER Anne-Marie, note sous loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF 25 nov. 2009, p. 20192, *RTD civ*. 2010, p. 165.

MATEI Mihaela, note sous CEDH,16 octobre 2008, 5e sect., *Renolde c/ France*, req. n° 5608/05, *Gaz. Pal.*, 12 mars 2009, n° 71, p. 42.

MONET Yves, note sous Cass., Crim., 12 février 2003, *Le Procureur Général près la Cour d'appel de Paris c/ Maurice Papon, Gaz. Pal.* 2003, n° 102, p. 14.

MORLAAS-COURTIES Maud, « Traitement inhumain et dégradant (art. 3 CEDH) et lacune dans l'administration de soins médicaux adaptés aux besoins des détenus », note sous CEDH, 5e sect., 8 septembre 2011, *Oshurko c/ Ukraine*, *Revue Droit et Santé* 2011, n° 44, p. 679-681.

MOULIER Isabelle, note sous CEDH, 1e sect., 27 novembre 2003 *Henaf c/ France*, *JDI* 2004, p. 691-694.

MOURGUES Audrey, « Difficultés de preuve du défaut de soins des détenus », note sous CAA Nancy, 12 novembre 2009, req. n° 08NC01007, *Revue Droit et Santé* 2010, n° 35, p. 275-276.

MOURON Philippe, « L'exposition d'un détenu au tabagisme passif : un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », note sous CEDH, 14 sept. 2010, *Florea c/ Roumanie*, req. n° 37186/03, *RDSS* 2011, p. 86.

MOUTOUH Hugues, « La santé d'une personne privée de liberté est un facteur à prendre en compte dans les modalités de l'exécution de sa peine d'emprisonnement », note sous CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, *D.* 2003, p. 303.

MUCCHIELLI Julien, « Prolifération de nuisibles à la prison de Fresnes : le juge contraint à agir », note sous TA Melun, ord. réf., 6 octobre 2016, n° 168016, *Dalloz actualité*, 7 octobre 2016.

MUCCHIELLI Julien, « Le tribunal administratif se prononce sur les conditions indignes de vie de Fresnes », *Dalloz actualité*, 6 octobre 2016.

MUSCAT Hélène, note sous CE, 4 juin 2014, *Bendjebel*, req. n° 359244, *JCP A* 2015, p. 22.

OBSERVATOIRE INTERNATIONNAL DES PRISONS, Coordination Sud-Ouest, « Pétition de détenus contre les conditions d'hygiène : les inspections se succèdent », *Dedans Dehors* 2014, n° 85, p. 30.

OLECH Valérie, « Ficher, "surveiller et punir" », note sous CE 9 novembre 2015, req. n° 383313, *Revue Droit et Santé* 2015, n° 60, p. 251-254

OLECH Valérie, « Soins médicaux en milieu carcéral ? : confusion des rôles et partage des secrets », note sous CE 22 octobre 2014, req. n° 362681, *Revue Droit et Santé* 2014, n°63, p. 96-99.

OLECH Valérie, « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », note sous CE 11 avril 2014, req. n° 352473 et n° 355624, *Revue Droit et Santé* 2014, n° 60, p. 1455-1458.

PASTOR Jean-Marc, « Office du juge du référé-provision et conditions de détention », note sous CE, section, 6 décembre 2013, req. n° 363290, *AJDA* 2013, p. 2461.

PAULIAT Hélène, « Toute sanction dans le domaine carcéral est susceptible de recours », note sous CE, 21 mai 2014, req. n° 359672, *JCP A* 2015, p. 2073.

PÉCHILLON Éric, « Recherche du juste équilibre en échange d'informations entre professionnels et protection du secret médical », note sous CE, 22 octobre 2014, req. n° 362681, *AJDA* 2014, p. 595.

PÉCHILLON Éric, « Référé-provision : état de santé des détenus et conditions de détention contraires à la dignité humaine », note sous CE, section, 6 décembre 2013, req. n° 363290, *AJ Pénal* 2014, p. 143.

PÉCHILLON Éric, « Contrôle des conditions de détention : l'arme du référé face au manque de réactivité de l'administration pénitentiaire », note sous CE, ord. du 22 décembre 2012, Section française de l'OIP et autres, req. n° 364584, 364620, 364621 et 364647, *AJ Pénal 2013*, p. 232-234.

PÉCHILLON Éric, « Compétence du juge administratif pour examiner la responsabilité d'une personne privée intervenant dans un établissement à gestion mixte », note sous T. confl. 11 juin 2012, *Société Dumez*, n° C3849, *AJDA* 2012, p. 496-497.

PÉCHILLON Éric, « Les conditions de détention en maison d'arrêt sous le contrôle du juge des référés : le référé-provision », note sous TA Rouen, 6 mai 2009, req. n° 0900578, *AJ Pénal* 2009, p. 278.

PERRIN Julie, « Présentation du principe de l'accès au soin des détenus consacré par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, *Revue Droit et Santé* 2010, n° 35, p. 258-260.

PONCELA Pierrette, « Le placement à l'isolement des détenus », note sous CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, req. n° 59450/00, *RTDH* 2007 p. 247-260.

PONSEILLE Anne, « Aménagement de peine et de surpopulation pénale », note sous CA Montpellier, CHAP, 18 juin 2014, n° 14/00566, *AJ Pénal* 2014, p. 494.

PONSEILLE Anne, « Un médecin derrière les barreaux », note sous CA Paris, 17 avril 2008, Jurisdata n° 2008-363776, *Revue Droit et Santé* 2008, n° 26, p. 729-733.

POUILLAUDE Hugo-Bernard, « L'extension de la responsabilité solidaire de l'État en matière de santé des détenus », note sous CE, 4 juin 2014, req. n° 359244, *AJDA* 2014, p. 2377.

POUPEAU Diane, « Étendue des pouvoirs du juge des référés mesures utiles », note sous CE, 5 février 2016, req. n° 393540, *Dalloz actualité*, 11 février 2016.

POUPEAU Diane, « Un acte réglementaire n'est pas une "mesure utile" », note sous CE, 27 mars 2015, req. n° 385332, *Dalloz actualité*, 1 avril 2015.

POUPEAU Diane, « L'organisation des établissements pénitentiaires relève de la loi », note sous Cons. const., 25 avr. 2014, n° 2014-393 QPC, *AJDA* 2014, p. 888.

PRIOU-ALIBERT Lucile, « Retrait de la mesure de suspension médicale de peine en cas de manquement aux obligations imposées au condamné », obs. sous Cass. Crim., 12 avril 2012, n° 11-85673, *Dalloz actualité* 15 juin 2012.

RENUCCI Jean-François, « Condamnation européenne de la France pour ne pas avoir fourni de soins médicaux adéquats à une détenue anorexique », note sous CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/ France*, req. n° 36.435/07, *D.* 2011, p. 793.

RENUCCI Jean-François, « Suicide en prison et Convention européenne des droits de l'homme », *RPDP* 2009, p. 469-471.

RENUCCI Jean-François, « La détention d'une personne âgée de quatre-vingt-dix ans n'est pas un traitement inhumain», obs. sous CEDH, 7 juin 2011, *Papon c/ France*, req. n° 64666/01, *D.* 2002, p. 683.

ROBERT Anne-Gaëlle, « Les conditions de détention s'invitent au débat sur la détention provisoire », note sous CA Montpellier, 24 avril 2014, n° 14/00510, *Gaz. Pal.* 2014, p. 7

ROETS Damien, « Le maintien en détention des personnes malades et l'usage des menottes au regard de l'article 3 de la Convention E.D.H. », note sous CEDH, 14 novembre 2002 *Mouisel c/ France*, req. n° 67263/01, *Petites affiches* 2003, n° 141, p. 13.

ROLIN Frédéric, « L'abandon du contrôle restreint pour les sanctions infligées aux fonctionnaires : une solution politiquement correcte mais juridiquement insuffisante », note sous CE, 13 novembre 2013, *M. D.*, req. n° 347704, *Dalloz actualité*, 10 décembre 2013.

SAISON-DEMARS Johanne, « Responsabilité partagée de l'État et de l'établissement public de santé », note sous CAA Paris 31 décembre 2007, *RGDM* 2008, n° 27, p. 370.

SENNA Éric, « Des conditions de détention indignes ne peuvent fonder une remise en liberté », note sous Cass. Crim. 29 février 2012, pourvoi n° 11-88441, *AJ Pénal* 2012, p. 471.

SENNA Éric, « Atteintes à la dignité du détenu lors d'escortes ou de consultations médicales », note sous CEDH, 5e sect., 26 mai 2011, *Duval c/ France*, req. n° 19868/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 233-237, p. 10-14.

SENNA Éric, « Changements d'affectation et pouvoir disciplinaire en détention sous le regard de la CEDH », note sous CEDH, 5e sect., 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, req. n° 19606/08, *Gaz. Pal.* 2011, n° 111, p. 11.

SERON Vincent, « Quelques considérations relatives aux conditions de détention au sein des annexes psychiatriques des prisons et dans les établissements de défense sociale », note sous Civ. Namur (réf.), 14 juillet 2004, *RDPC* 2005, p. 962.

SUDRE Frédéric, « Droit de la Convention européenne des droits de l'homme », *JCP* 2009, n° 3, *Chron.* I 104, p. 27-28.

SUDRE Frédéric, « Droit de la Convention européenne des droits de l'homme », *JCP* 2009, n° 29-30, p. 37-38.

SUDRE Frédéric, « Droit de la Convention européenne des droits de l'homme », *JCP* 2008, n° 30, *Chron.* I 167, p. 25-27.

THONNAT Aurélie, « De quelques précisions relatives aux conditions d'application de la suspension de peine pour raison médicale » note sous Cass. Crim., 2 mars 2011, n° 10-81070, *Revue Droit et Santé* 2011, n° 42, p. 429-433.

TOUZEIL-DIVINA Mathieu, « Des sanctions disciplinaires en prison : des mesures d'ordre (de moins en moins) intérieur, note sous CE, 21 mai 2014, req. n° 354672, *JCP G* 2014, p. 1124.

VÉRON Paul, « Le retard dans les soins du détenu n'est pas constitutif d'un traitement inhumain et dégradant », note sous CEDH, 9 septembre 2014, *Carrella c/ Italie*, req. n° 33955/07, *Revue Droit et Santé* 2014, n° 62.

VIRIOT-BARRIAL Dominique, note sous CEDH, 11 juillet 2006, *Jean-Luc R. c/ France*, req. n° 33834/033, *Gaz Pal.* 2006, n° 343, p. 34.

VI. COLLOQUES, CONFÉRENCES ET COMMUNICATIONS

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON, Actes du congrès national des UCSA organisé à Montpellier en 2013 [consulté le 24 août 2013]. Disponible sur : http://www.sante- prison.com/web/article.php?story=20130211231153640

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON, Actes du congrès national des UCSA organisé à Lille en 2011 [consulté le 24 août 2013]. Disponible sur : http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20111115224430256

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON, Actes du congrès national des UCSA organisé à Bordeaux en 2010 [consulté le 24 août 2013]. Disponible sur : http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20101113222528733

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON, Actes du congrès national des UCSA organisé à Grenoble en 2008 [consulté le 24 août 2013]. Disponible sur : http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207123935215

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON, Actes du congrès national des UCSA organisé à Nantes en 2007 [consulté le 24 août 2013]. Disponible sur : http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20101115230242534

AUVERGNON Philippe, « Une approche comparative de l'effectivité du droit du travail » in AUVERGNON Philippe [dir.], *L'effectivité du droit du travail : à quelles conditions ?,* Actes du séminaire international de droit comparé du travail, des relations professionnelles et de la sécurité sociale, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2006, p. 7-31.

BACACHE-GIBEILI Mireille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier [dir.], *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, Bruxelles, Bruylant, coll. du centre de droit médical et biomédical, 2013.

BESSIN Marc, « L'éthique à l'épreuve des ajustements professionnels en prison » in MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?,* Paris, 7 décembre 2004, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 39-41[consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

BLOCH-LAINÉ Jean-François, « La dignité des personnes détenues est-elle respectée ? » in MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 42-43 [consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

BOUSSARD Sabine [dir.], *Les droits de la personne détenue. Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*, Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2013.

CASILE-HUGUES Geneviève [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015.

CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral » in CASILE-HUGUES Geneviève [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 237-252.

CÉRÉ Jean-Paul, « La protection européenne du droit à la santé des détenus » in CASILE-HUGUES Geneviève [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 29-39.

CÉRÉ Jean-Paul, « Le système pénitentiaire français », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 339-360.

CHIROL Coralie, « La France face aux règles pénitentiaires européennes », in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Enfermements. Population, Espaces, Temps, Processus, Politique. Premier colloque jeunes chercheurs sur la privation de liberté*, Paris, L'Harmattan, coll. « Criminologie », 2012, p. 187-200.

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Défendre en justice la cause des personnes détenues*, Actes de colloque, Paris, La Documentation française, 2014. A consulter. coll. « Thèmes et commentaires »,

COURTIN Christine, « La protection européenne des détenus souffrant de problèmes physiques ou psychiques », in Actes du colloque de la FIPP, Popowo, Pologne, 13-17 juin 2007, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2007, p.105-110.

D'AMBRA Dominique, BENOIT-ROHMER Florence, GREWE Constance [dir.], *Procédure(s) et effectivité des droits : actes du colloque des 31 mai et 1er juin 2002 organisé à la Faculté de droit de Strasbourg par l'Institut de recherche Carré de Malberg (IRCM) et l'Équipe droits de l'homme du groupe de recherche sur les identités et les constructions européennes (GRICE)*, Bruxelles, Nemesis, 2003, p. XI-XV.

DANIEL Aude, PAULET Catherine, « Le cas des patients en détention », Actes du colloque sur le dossier médical : questions éthiques et juridiques, 28 septembre 2009, Faculté de médecine de Marseille, *RGDM* 2010, n° 37, p. 213-219.

DELLA CASA Franco, « Le système pénitentiaire italien », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 429-456.

DETIENNE Jean, SERON Vincent, « Politique pénitentiaire et droits des détenus en Belgique », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 239-266.

D'HARCOURT Claude, « Panorama général des droits en milieu carcéral » in PAULIAT Hélène, NÉGRON Eric, BERTHIER Laurent [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 53-59.

DUBOIS Jean-Pierre, PELEGRY Mikaël, GUYOMAR Mattias, PÉCHILLON Éric, « Le droit administratif vu par l'Administration. Table ronde n° 2 : "L'extension du contrôle : le cas du milieu carcéral" », *JCP A* 2010, n° 7, p. 20-30.

DUCRET Stéphanie, « Lieux de privation de liberté et protection du principe de dignité. L'influence de la justice européenne sur les pratiques françaises », in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Enfermements. Population, Espaces, Temps, Processus, Politique. Premier colloque jeunes chercheurs sur la privation de liberté*, Paris, L'Harmattan, coll. « Criminologie », 2012, p. 83-96.

EYLEM AKSOY Emine, « La notion de dignité humaine dans la sauvegarde des droits fondamentaux des détenus », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 45-61.

FABRE Marie-Sylvie, Colloque franco-allemand sur "l'exécution de la peine privative de liberté et les droits de l'individu", Paris, 26-28 février 1975, *RSC* 1975, p. 741-749.

FRISON-ROCHE Marie-Anne, « La procédure et l'effectivité des droits substantiels » in D'AMBRA Dominique, BENOIT-ROHMER Florence, GREWE Constance [dir.], Procédure(s) et effectivité des droits : actes du colloque des 31 mai et 1er juin 2002 organisé à la Faculté de droit de Strasbourg par l'Institut de recherche Carré de Malberg (IRCM) et l'Équipe droits de l'homme du groupe de recherche sur les identités et les constructions européennes (GRICE), Bruxelles, Nemesis, 2003, p. 1-23.

GILARDEAU Amandine, « La télémédecine en milieu carcéral : entre application et protection des droits fondamentaux des détenus » in CASILE-HUGUES Geneviève [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 173-192.

GUINCHARD Serge, BUISSON Jacques [dir.], *Les transformations de la justice pénale. Cycles de conférences 2013 à la Cour de cassation*, coll. « Thèmes et commentaires », Dalloz, 2014.

GUYOMAR Mattias, « Le juge administratif, juge du service public pénitentiaire », in BOUSSARD Sabine [dir.], *Les droits de la personne détenue. Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*, Paris, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2013, p. 147-155.

JENDLY Manon, « Politique pénitentiaire et droits des détenus au Canada, Politiques pénitentiaires et droits des détenus », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 267-286.

KOEPSEL Klaus, « Handicaped and psychiatric disturbed prisoniers », in Actes du colloque de la FIPP, Popowo, Pologne, 13-17 juin 2007, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2007, p. 99-104.

KOUBI Geneviève, HENNION-JACQUET Patricia, AZIMI Vida [dir.], *L'institution psychiatrique au prisme du droit. La folie entre administration et justice*, Paris, Éditions Panthéon Assas, 2015.

KRENC Frédéric, VAN DROOGHENBROECK Sébastien, « Les droits du détenu dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme », in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Actes du colloque organisé le 9 février 2007 par l'Institut des droits de l'homme du barreau de Bruxelles, le Centre de recherches criminologiques de l'Université de Bruxelles, le Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit et Justice », 2007, n° 73, p. 17-71.

LABETOULLE Daniel, « *Regard du juge administratif* » in PAULIAT Hélène, NÉGRON Éric, BERTHIER Laurent [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 93-103.

LUCAZEAU Gilles [dir.], *Prisons d'Europe, 6ème journées européenne du droit de Nancy*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008.

MARTIN-DUPONT Sophie, « Le droit à la protection de la santé des personnes détenues. Quelques repères historiques dans le domaine sanitaire et carcéral » in PAULIAT Hélène, NÉGRON Eric, BERTHIER Laurent [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p.71-82.

MBANZOULOU Paul, POTTIER Philipe [dir.], *Santé et Justice : savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2014.

MENU S., « Sens de la peine et droits de l'homme. Aperçu du colloque international inaugural de l'école nationale d'administration pénitentiaire, Agen, 8, 9 et 10 novembre 2000 », *RPDP* 2001, p. 628-633.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, 108 p. [consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

MORANGE Jean, « Introduction générale » in PAULIAT Hélène, NÉGRON Éric, BERTHIER Laurent [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 13-24.

PAULIAT Hélène, NÉGRON Eric, BERTHIER Laurent [dir], *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013.

PÉTON Patrick, « À propos du droit à la santé : une première européenne, l'UHSI de Nancy-Brabois » in LUCAZEAU G. [dir.], *Prisons d'Europe, 6ème journées européenne du droit de Nancy*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008, p. 139-144.

PICQUART Jean-Marie, « Vers un droit de ne pas mourir en prison ? » in LUCAZEAU G. [dir.], *Prisons d'Europe, 6ème journées européenne du droit de Nancy*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008, p. 147-152.

PONCELA Pierrette, « La question des libérations pour raisons médicales » in CASILE-HUGUES Geneviève [dir.], *Santé et prison*, Bordeaux, Les Études hospitalières, coll. « Les cahiers du droit de la santé » n° 21, 2015, p. 41-52.

PORRET Michel, *Beccaria et la culture juridique des Lumières*. Actes du colloque européen de Genève, 1994, Genève, Droz, 1997.

POUILLARD Jean, « Déontologie et droits des patients » in MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 44-45 [consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr /30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

PRADEL Jean, « La politique européenne en matière pénitentiaire », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen Wolf Legal Publishers 2008, p. 63-74.

RENNEVILLE Marc, « Que tout change pour que rien ne change ? Aux origines de la judiciarisation de l'exécution des peines en France (1789-1958) », L'aménagement des peines privatives de liberté : l'exécution de la peine autrement (Paris, 3-4 novembre 2011) [consulté le 15 août 2014]. Disponible sur : http://criminocorpus.revues.org/2517

ROTMAN Edgardo, « The influence of international criminal law on the advancement of prisoners 'rights », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 131-137.

SAUVÉ Jean-Marc, Vice-président du Conseil d'État, « Le contrôle de l'administration pénitentiaire par le juge administratif », Institut d'études judiciaires de l'Université de Lille II, 2008 [consulté le 10 octobre 2011]. Disponible sur : http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-controle-de-ladministration-penitentiaire-par-le-juge-administratif.html

THIERRY Jean-Baptiste, « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », in MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Colloque "Santé en prison", Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, 7 décembre 2004*, Saint-Denis, INPES, 2005, p. 46-49 [consulté le 10 décembre 2010]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf

TOUILLIER Marc, « L'effectivité des droits des personnes détenues à l'aune des évolutions récentes du droit français », in TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Enfermements. Population, Espaces, Temps, Processus, Politique. Premier colloque jeunes chercheurs sur la privation de liberté*, Paris, L'Harmattan, coll. « Criminologie », 2012, p. 159-172.

TOURNIER Pierre-Victor [dir.], *Enfermements. Population, Espaces, Temps, Processus, Politique. Premier colloque jeunes chercheurs sur la privation de liberté*, Paris, L'Harmattan, coll. « Criminologie », 2012.

TULKENS Françoise, « Le droit à la santé des détenus dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme », in LUCAZEAU G. [dir.], *Prisons d'Europe, 6ème journées européennes du droit de Nancy*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2008, p. 121-138.

VANDERVEKEN Mark, « La santé en prison en regard du nouveau droit des peines : “Plus de loi, … plus de santé ?” », in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l’application des peines*, Actes du colloque organisé le 9 février 2007 par l'Institut des droits de l'homme du barreau de Bruxelles, le Centre de recherches criminologiques de l'Université de Bruxelles, le Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Bruylant, coll. « Droit et Justice », 2007, n° 73, p. 181-208.

VAN KEMPEN Piet-Hein, « Positive obligations to ensure the human rights of prisoners », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 21-44.

WALMSLEY Roy, « Rapport général », in Actes du colloque de la FIPP, Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2008, p. 13-20.

VII. RAPPORTS, ÉTUDES ET AVIS

AGENCE NATIONALE D’APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 1 : les grands enseignements), mai 2012, 78 p. [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

AGENCE NATIONALE D’APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* (Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national), mai 2012, 251 p. [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome2.pdf

ALBRAND Louis [dir.], *La prévention du suicide en milieu carcéral*, Rapport au garde des Sceaux, janvier 2009, 410 p. [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rap_albrand_2009.pdf

AMOR Paul, *Rapport annuel de l’administration pénitentiaire (1946)*, Conseil supérieur de l’Administration pénitentiaire, Paris, séance du 30 janvier 1946, 80 p., *RPDP* 1947, p. 163-243.

APPERT Benjamin, *Rapport sur l’état actuel des prisons, des hospices et des écoles des départements de l’Aisne, du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme, etc., Suivi de considérations sur ces sortes d’établissements,* Paris, Chez l’Auteur, 1824.

ASSEMBLÉE NATIONALE, *Enquête parlementaire n° 1676 du 18 mars 1873 sur le régime des établissements pénitentiaires*, Procès-verbaux de la commission, Paris, Imprimerie nationale, 1874, 3320 p. [consulté le 5 mars 2011]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/fonds/F16049_001.pdf

BARBIER Gilbert, DEMONTÈS Christiane, LECERF Jean-René, MICHEL Jean-Pierre, *Rapport d'information n° 434 sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*, déposé au Sénat le 5 mai 2010, 120 p. [consulté le 18 octobre 2010]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf

BLANC Étienne, *Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, déposé, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à l'Assemblée nationale, 8 juillet 2009, 248 p. [consulté le 10 octobre 2010]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1811.pdf

BORVO-COHEN-SEAT Nicole, LECERF Jean-René, *Loi pénitentiaire de la loi à la réalité de la vie carcérale*, Rapport d'information n° 629 (2011-2012) fait au nom de la commission des lois et de la commission pour le contrôle de l'application des lois, déposé au Sénat le 4 juillet 2012, 93 p. [consulté le 10 juin 2013]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-629/r11-629.html

CANIARD Étienne [dir.], *La place des usagers dans le système de santé*, rapport et propositions du groupe de travail, décembre 2000, 61 p. [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001297/0000.pdf

CANIVET Guy [dir.], *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La Documentation française, 2000, 229 p.

CERETTI Alain-Michel, ALBERTINI Laure, *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Rapport remis à M. le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, le 24 février 2011, 310 p. [consulté le 10 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_Bilan_et_propositions_de_reformes_de_la_loi_du_4_mars_2002_relative_aux_droits_des_malades_et_a_la_qualite_du_systeme_de_sante-2-2.pdf

CHODORGE Gilbert, GUY Nicolas, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, janvier 1993, 85 p. [consulté le 10 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001097.pdf

COMITÉ D'ORIENTATION RESTREINT DE LA LOI PÉNITENTIAIRE, *Orientations et préconisations*, Ministère de la Justice, 2007, 71 p. [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_cor_20071120.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires : Normes du CPT*, 15 décembre 2015, 7 p. [consulté le 28 décembre 2015]. Disponible sur : http://hudoc.cpt.coe.int/fre/?i=p-standards-inf-2015-44-fr-1

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Normes du CPT, Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, janvier 2015, 124 p. [consulté le 1er février 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/fr/documents/fra-standards.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *21ème rapport général 1er août 2010 – 31 juillet 2011*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2011, 81p.

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, 110 p. [consulté le 18 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 27 septembre au 9 octobre 2006*, Strasbourg, 10 décembre 2007, 114 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-44-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre 2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, 39 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 13 au 20 décembre 2004*, Strasbourg, 21 décembre 2005, 39 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2005-21-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 27 septembre au 9 octobre 2006*, Strasbourg, 10 décembre 2007, 114 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-44-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 11 au 17 juin 2003*, Strasbourg, 31 mars 2004, 39 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2004-06-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Syndrome de Ganser*, Document préparé pour la réunion du Groupe médical (5 novembre 2001) par M. Florin A. STĂNESCU, Strasbourg, 28 septembre 2001, 3 p. [consulté le 9 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2001-67-eng.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 6 au 18 octobre 1996*, Strasbourg, 14 mai 1998, 102 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/1998-07-inf-fra.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1996*, Strasbourg, 22 août 1997 [consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/fr/annuel/rap-07.htm

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 27 octobre au 8 novembre 1991*, Strasbourg, 19 janvier 1993, 92 p. [consulté le 12 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/documents/fra/1993-02-inf-fra-1.pdf

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1991*, Strasbourg, 13 avril 1992 [consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.cpt.coe.int/fr/annuel/rap-02.htm

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le projet de loi pénitentiaire*, adopté par l'Assemblée plénière du 6 novembre 2008, 16 p. [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-penitentiaire

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons,* Paris, La Documentation française, 2007, 200 p.

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues*, adoptée par l'Assemblée plénière le 19 janvier 2006, 25 p. [consulté le 10 mars 2011]. Disponible sur : http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Etude_soins_personnes_detenues_190106.pdf

COMMISSION NATIONALE DE DÉONTOLOGIE DE LA SÉCURITÉ, *Rapport sur l'accès aux soins des personnes privées de liberté (2001-2007),* 2007, 77 p. [consulté le 26 novembre 2011]. Disponible sur : http://cnds.defenseurdesdroits.fr/rapports/ra_pdf/ra_2007/etude_2007.pdf

COMPAGNON Claire, GHADI Véronique, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, 2014, 259 p. [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000107-pour-l-an-ii-de-la-democratie-sanitaire

CONSEIL DE L'EUROPE, *L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des États membres*, Strasbourg, Les éditions du Conseil de l'Europe, 1998.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN A., *Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté*, JORF 18 février 2016, texte n° 89.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Rapport annuel d'activité 2015*, Paris, Dalloz, janvier 2016, 214 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé*, JORF 16 juillet 2015, texte n° 148.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, HAZAN Adeline, *Rapport annuel d'activité 2014*, Paris, Dalloz, mars 2015, 306 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Avis du 24 mars 2014 relatif à l'encellulement individuel dans les établissements pénitentiaires*, JORF 23 avril 2014, texte n° 117.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, 382 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession de documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*, JORF 11 juillet 2013, texte n° 86.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés dans les unités pour malades difficiles*, JORF 5 février 2013, texte n° 85.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Avis du 26 septembre 2012 relatif à la mise en œuvre du régime de semi-liberté*, JORF du 23 octobre 2012 texte n° 62.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, 390 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, 359 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*, JORF 12 juillet 2011, texte n° 82.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, 357 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2009*, Paris, Dalloz, 2010, 327 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville (Meurthe-et-Moselle)*, visite du 2 au 4 puis du 8 au 10 juin 2010, juin 2010, 97 p. [consulté le 13 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/11/Rapport-de-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Nancy-Max%C3%A9ville-Meurthe-et-Moselle.pdf

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport annuel d'activité 2008*, Paris, Dalloz, 2009, 183 p.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, DELARUE Jean-Marie, *Rapport de visite du centre pénitentiaire de Ducos, (Martinique),* visite du 3 au 7 novembre et 12 novembre 2009, novembre 2009, 72 p. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/CP-Ducos-visite-final.pdf

COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME, *La Cour européenne des droits de l'homme en faits et en chiffres 2015*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, mars 2016, 34 p. [consulté le 25 septembre 2016]. Disponible sur : www.echr.coe.int/Documents/Facts _Figures_2015_FRA.pdf

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS (COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME), *Thematic Report, Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, juin 2015, 34 p.

COTTE Bruno [dir.], *Pour une refonte du droit des peines, Rapport à Madame la Garde des Sceaux*, Décembre 2015, 100 p. [consulté le 19 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/1_Rapportsurlarefontedudroitdespeines.pdf

COUR DE CASSATION, *Rapport annuel 2007, Troisième partie : « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation »*, Paris, La Documentation française, 2008, 610 p.

COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014* (Tome I, Volume I-1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 251-290), Paris, La Documentation française, 2014, 480 p.

COUR DES COMPTES, *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République* (Annexe n° 16 : l'accès à la santé des personnes détenues, p. 196-199), Paris, La Documentation française, 2014, 288 p.

COUR DES COMPTES, *Rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » [2005-2010]*, Paris, La Documentation française, 2012, 212 p.

COUR DES COMPTES, *Rapport public thématique sur le service public pénitentiaire : « Prévenir la récidive, gérer la vie carcérale »*, Paris, La Documentation française, 2010, 227 p.

DÉFENSEUR DES DROITS, TOUBON Jacques, *Rapport annuel 2014*, janvier 2015, 208 p. [consulté le 4 avril 2015]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_baa_2014.pdf

DÉFENSEUR DES DROITS, BAUDIS Dominique, *Rapport annuel 2013*, juin 2014, 300 p. [consulté le 2 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport_annuel_2013.pdf

DÉFENSEUR DES DROITS, BAUDIS Dominique, *L'action du Défenseur des droits auprès des personnes détenues : bilan 2000/2013*, octobre 2013, 101 p. [consulté le 21 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport-personnes-detenues_complet.pdfrapport-personnes-detenues_complet.pdf

DÉFENSEUR DES DROITS, BAUDIS Dominique, *Rapport annuel 2012*, juin 2013, 166 p. [consulté le 21 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files /upload/raa-ddd-2012_press02.pdf

DÉFENSEUR DES DROITS, BAUDIS Dominique, *Rapport annuel 2011*, juin 2012, 150 p. [consulté le 21 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files /upload/ddd_raa_2011.pdf

DE GALARD Dominique, PETON-KLEIN Dominique, *Groupe de travail Santé Justice, « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale* », Rapport à Mme la garde des Sceaux, ministre de la Justice, et Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20 novembre 2013, 28 p. [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000333/0000.pdf

DESCHAMPS Chantal, AMEISEN Jean-Claude, *La santé et la médecine en prison*, avis n° 94 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, le 26 octobre 2006, 45 p. [consulté le 10 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2011*, septembre 2012, 114 p. [consulté le 20 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_activite_dap_2011.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2010*, 116 p. [consulté le 20 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_activite_dap_2010.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2009*, 100 p. [consulté le 20 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_activite2_DAP_2009.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2008*, 89 p. [consulté le 20 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_activite2_DAP_2008.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2007*, 74 p. [consulté le 20 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_activite2_DAP_2007.pdf

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2001*, Paris, La Documentation française, 2003, 174 p.

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 2000*, Paris, La Documentation française, 2002, 312 p.

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, *Rapport d'activité 1999*, Paris, La Documentation française, 2001, 280 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION DES STATISTIQUES, *Rapport sur l'état de santé de la population en France, édition 2015*, 12 février 2015, 502 p. [consulté le 17 février 2015]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *La preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des P.R.T. et du recensement des projets télémédecine 2013*, 2015, 25 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, *Le recensement des activités de télémédecine*, 2012, 10 p. [consulté le 10 février 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf

DUBURCQ Anne, COULOMB Sandrine, BONTE Juliette, MARCHAND Cédric, FAGNANI Francis, FALISSARD Bruno (CEMKA-EVAL), *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral* pour le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice, décembre 2004, 39 p. [consulté le 10 octobre 2010]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_detenus25-07-06.pdf

ENGGIST Stefan, MULLER Lars, GALEA Gauden, UDESEN Caroline, *Prisons and Health*, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014, 190 p. [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005//249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=

FATOME Thomas, VERNEREY Michel, LALANDE François, FROMENT Blandine, VALDÈS-BOULOUQUE Martine, *Rapport d'évaluation conjoint sur l'organisation des soins aux détenus*, juin 2001, 182 p. [consulté le 7 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000176/0000.pdf

FAUCHON Pierre, *Avis n° 175 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, 16 janvier 2002 [consulté le 12 octobre 2015]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/a01-175/a01-1751.pdf

FOLLIGUET Marysette, *La santé bucco-dentaire des personnes détenues*, Direction générale de la santé, 2006, 31 p. [consulté le 22 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf

GERMAIN Charles, Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1951*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1952, 192 p. [consulté le 27 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1951.pdf

GERMAIN Charles, Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951, 169 p. [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

GIL-ROBLES Álvaro, Commissaire aux droits de l'homme, *Rapport sur le respect effectif des droits de l'homme en France*, Strasbourg, 15 février 2006, 184 p. [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=965741

GODIN-BLANDEAU Élodie, VERDOT Charlotte, DEVELAY Aude-Emmanuelle, *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, juin 2014, 94 p. [consulté le 15 juin 2014]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenues-en-France-et-a-l-etranger

HAUSSONVILLE (Vicomte d'), *Les établissements pénitentiaires en France et aux colonies*, Paris, Michel Lévy Frères, 1875.

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »*, septembre 2012 [consulté le 21 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=289

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation française, 2002, 412 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine*, juin 2013, 100 p. [consulté le 18 novembre 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Le patient internaute*, mai 2007, 59 p. [consulté le 9 avril 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf

HOERNI Bernard [dir.], *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins, juillet 2001, 9 p. [consulté le 11 avril 2015]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medpenitentiaire.pdf

HUNAULT Michel, *Rapport relatif à l'élaboration d'une charte pénitentiaire européenne*, fait au nom de la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme du Conseil de l'Europe, 3 mai 2006 [consulté le 21 novembre 2013]. Disponible sur : http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=11203&Language=FR

HYEST Jean-Jacques, CABANEL Guy-Pierre, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, Rapport n° 449 de la commission d'enquête remis à Monsieur le Président du Sénat le 28 juin 2000, 224 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4491.pdf

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, Rapport établi par BRANCHU Christine, GUEDJ Jérôme, D'AMEIDA Samuel, DE BLASI Maxime, LOPEZ Maxime, novembre 2015, 176 p. [consulté le 21 juillet 2016]. Disponible sur : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION DES SERVICES JUDICIAIRES, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, 101 p. [consulté le 15 janvier 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640/0000.pdf

MARCHAND Jean- Luc, DOURLAT Thomas, MOISAN Frédéric, *Mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008 : description et analyse. Synthèse des résultats*, Saint-Maurice, Institut national de veille sanitaire, 2015, 8 p. [consulté le 5 avril 2016]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2015/Description-de-la-mortalite-des-agents-et-ex-agents-de-l-administration-penitentiaire.

MARCHAND Jean- Luc, DOURLAT Thomas, MOISAN Frédéric, *Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire. Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008*, Saint-Maurice, Institut national de veille sanitaire, 2015, 64 p. [consulté le 5 avril 2016]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr /Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et sante/2015/Description-de-la-mortalite-des-agents-et-ex-agents-de-l-administration-penitentiaire

MERMAZ Louis, FLOCH Jacques, *La situation dans les prisons française*, Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête, déposé à l'Assemblée nationale, le 28 janvier 2000, 893 p. [consulté le 20 août 2012]. Disponible sur : http://www.assemblee -nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp

MICHEL Jean-Pierre, GÉLARD Patrice, *Rapport d'information n° 705 (2011-2012), fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur la Cour européenne des droits de l'Homme*, déposé le 25 juillet 2012 [consulté le 27 août 2016]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r11-705/r11-7051.pdf

MICHEL Jean-Pierre, *Rapport n° 216 sur la proposition de loi de MM. Jean-René. LECERF, Gilbert BARBIER et Mme Christiane DEMONTÈS relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits*, déposé au Sénat le 12 janvier 2011, 43 p. [consulté le 15 mai 2011]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l10-216/l10-2161.pdf

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir,* septembre 2013, 8 p. [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DÉFENSEURS DES DROITS, *Usagers de la santé : votre santé, vos droits*, 2014, 128 p. [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/le-guide-pratique.html

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, octobre 2012, 364 p. [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé (juin 2009),* Paris, Ministère de la santé et des sports, 2010, 37 p. [consulté le 23 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000318/0000.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p. [consulté le 21 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, 177 p. [consulté le 17 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ et al., *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, septembre 2011, 96 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, GARDE DES SCEAUX, DATI Rachida, *Plan d'actions ministériel du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide*, recommandation n° 11 [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plan_ministeriel_2009.pdf.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Rapport d'activité 2014* [consulté le 15 mars 2015]. Disponible sur : http://www.oip.org/images/Rapport-dactivite-OIP.pdf

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France, Rapport 2011,* Paris, La Découverte, 2012.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, Paris, La Découverte, 2005.

OLLIVIER Yvon, BLOT Yvan, DALLE Jean-Pierre, DEBERNARDY Brigitte, NOEL Stéphane, *Rapport sur le transfert à l'administration pénitentiaire de la mission de garde et d'escortes des détenus hospitalisés*, Paris, Ministère de la Justice, 2007, 129 p. [consulté le 2 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000544/0000.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, *Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata (U.R.S.S.), 6-12 septembre 1978, Genève, Organisation mondiale de la santé 1978, 88 p. [consulté le 9 février 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Premier rapport du comité d'experts de l'administration de la santé publique*, Genève, septembre 1952, 47 p. [consulté le 11 octobre 2012]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_55_fre.pdf

PETIT Robert, *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, 169 p. in GERMAIN Charles, Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, *Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire sur l'exercice 1950*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1951 [consulté le 21 août 2012]. Disponible sur : http://data.decalog.net/enap1/liens/DAP/DAP_RA_1950.pdf

PRADIER Pierre, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives*, Ministère de la Justice, septembre 1999, 109 p. [consulté le 4 mars 2011]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//004000190/0000.pdf

PREMIER MINISTRE, Jean-Marc AYRAULT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 19 septembre 2013*, p. 51 et 69 [consulté le 13 juin 2015]. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

RAIMBOURG Dominique, *Encellulement individuel, faire de la prison un outil de justice*, Mission auprès de la garde des Sceaux, Ministre de la Justice, Madame Christiane Taubira, confiée par le Premier Ministre Manuel Valls du 10 au 30 novembre 2014, 52 p. [consulté le 15 décembre 2014]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/publication/rapport_raimbourg_encellulement_individuel.pdf

RAIMBOURG Dominique et HUYGHE Sébastien, *Rapport d'information n° 652 sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale*, déposé, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à l'Assemblée nationale, le 23 janvier 2013, 197 p. [consulté le 9 mai 2013]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0652.pdf

TERRA Jean-Louis [dir.], *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*, Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, décembre 2003, 219 p. [consulté le 10 octobre 2013]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rappor_Terra.pdf

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2013 [consulté le 15 avril 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1

URVOAS Jean-Jacques, *En finir avec la surpopulation carcérale, Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel*, Ministère de la Justice, 20 septembre 2016 [consulté le 26 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/publication/rap_jj_urvoas_encellulement_individuel.pdf

Table des matières

Liste des principales abréviations 15
Sommaire 19

INTRODUCTION GÉNÉRALE 21

PREMIÈRE PARTIE 57

LA RECONNAISSANCE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ 57

TITRE 1 : 63
LA CONQUÊTE DU STATUT DE PATIENT 63
CHAPITRE 1 : 65
UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE 65
Section 1 : Une compétence traditionnelle du service public pénitentiaire 66
§1. L'organisation de la prise en charge sanitaire par l'administration pénitentiaire 67
A. L'hygiénisation du milieu carcéral 67
1) Un constat d'insalubrité 68
2) Une mobilisation pour une hygiène en détention 70
B. L'aménagement du dispositif de prise en charge sanitaire 77
1) Un aménagement nécessaire 77
2) Des avancées marquantes 78
§2. La remise en cause de la prise en charge sanitaire par l'administration pénitentiaire . 82
A. Un processus de décloisonnement 83
B. Une intégration dans la politique de santé publique 87
Section 2 : Une compétence transférée au service public hospitalier 93
§1. Une intervention des établissements de santé 94
A. Désignation et missions des établissements de santé 95
B. Partenariat et collaboration entre les établissements de santé et les services pénitentiaires 97
§2. Une offre de soins restructurée 103
A. Les unités sanitaires de niveau 1 106
1) Un dispositif de soins somatiques (D.S.S.) 107
2) Un dispositif de soins psychiatriques (D.S.P.) 110
B. Les unités sanitaires de niveau 2 112
1) Les soins somatiques 112
2) Les soins psychiatriques 113
C. Les unités sanitaires de niveau 3 114
1) Les soins somatiques 114
2) Les soins psychiatriques 120
CHAPITRE 2 : 129
UNE DYNAMIQUE SUBSTANTIELLE 129
Section 1 : Une transposition annoncée des droits du patient 130
§1. Des normes et recommandations internationales 130
A. Une protection contre les traitements inhumains ou dégradants 130
1) Une protection universelle de la personne humaine 131

2) Une protection spécifique du détenu 132
B. Une protection de la santé 134
1) Une protection universelle de la personne humaine 135
2) Une protection spécifique du détenu 137
§2. Des droits de la personne dans le système de santé 143
A. Une consécration de l'autonomie du patient 145
B. Une reconnaissance des droits de la personne et de l'usager du système de santé 149
1) Des droits de la personne 151
2) Des droits de l'usager du système de santé 158
a. Droit à l'information médicale et sociale 160
b. Droit au respect du consentement à l'acte médical 162
c. Autres droits 163
Section 2 : La transposition opérée des droits du patient 166
§1. L'ingérence du pouvoir règlementaire 168
A. Des principes directeurs de la prise en charge sanitaire 168
B. Des principes encadrés par des dispositions réglementaires 175
§2. L'intervention du législateur 178
A. Des dispositions législatives attendues 180
1) La consécration législative des droits de la personne détenue 180
2) Les apports législatifs en matière de santé 182
B. Des dispositions législatives illusoires 185
1) Des dispositions insuffisantes 185
2) Une réaffirmation de la toute-puissance du pouvoir réglementaire 188
TITRE 2 197
L'INCIDENCE DU STATUT DE PERSONNE DÉTENUE 197
CHAPITRE 1 : 202
DES QUELQUES INCIDENCES POSITIVES 202
Section 1 : Des patients particuliers 202
§1. Une précarité sanitaire pré-carcérale 204
A. Des difficultés socio-économiques 205
B. Des problématiques de santé 208
§2. Une influence délétère de la privation de liberté 214
A. Des répercussions physiques et psychiques 214
B. Des répercussions économiques et sociales 218
Section 2 : Des mesures de protection particulière 221
§1. Un accès aux soins renforcé 222
A. Un dépistage des besoins de santé 222
1) Un dépistage initial 223
2) Une initiation thérapeutique 234
B. Un financement de la prise en charge sanitaire 236
1) Une protection sociale renforcée 237
a. Une affiliation obligatoire au régime général de la Sécurité sociale 238
b. Des contributions de l'État 242
c. Un accès favorisé à une complémentaire santé 244
2) Un facteur d'investissement dans le soin 247
§2. Une offre de soins optimisée 249
A. Une pratique médicale à distance 250
B. Un recours à promouvoir 256
CHAPITRE 2 : 264
DES MULTIPLES INCIDENCES NÉGATIVES 264
Section 1 : Sur les soins 268
§1. Des défaillances dans l'organisation des soins 268

A. Une permanence des soins incomplète ... 268
1) Un accès difficile aux soins d'urgence ... 269
2) Un accès insuffisant aux soins spécialisés ... 273
B. Une organisation des soins hospitaliers en quête de sécurité ... 274
1) Des extractions médicales particulièrement sécurisées ... 275
2) Des conditions d'hospitalisation essentiellement sécuritaires ... 282
§2. Des atteintes à la volonté de la personne détenue ... 286
A. Des atteintes au choix du « patient détenu » ... 287
1) Une atteinte au libre choix du praticien et de l'établissement de santé ... 287
2) Une atteinte au droit de désigner une personne de confiance ... 288
3) Une atteinte au droit de choisir un aidant ... 290
B. Une atteinte au droit de consentir aux soins ... 292
1) Des soins non-librement consentis ... 293
2) Des soins sans consentement : le cas particulier des grèves de la faim ... 297
Section 2 : Sur la relation de soins ... 299
§1. Des atteintes à la communication dans la relation de soins ... 300
A. Des requêtes médicales contrariées ... 300
1) Des défaillances dans le recueil et le traitement des requêtes médicales ... 300
2) Des progrès nécessaires dans le recueil et le traitement des requêtes médicales 304
B. Une information limitée du patient ... 307
1) Une communication essentiellement orale des informations médicales ... 307
2) Une autonomie restreinte dans l'accès aux informations médicales ... 310
3) Une assistance conditionnée dans l'accès aux informations contenues dans le dossier médical ... 311
§2. Des atteintes à la confidentialité et au secret professionnel dans la relation de soins 312
A. Une intervention du personnel pénitentiaire dans la relation de soins ... 314
1) Une position intermédiaire dans l'accès aux consultations médicales ... 314
2) Une présence dans les lieux de soins ... 315
B. Une interaction entre personnel de santé et personnel pénitentiaire ... 319
1) Des outils de partage d'informations ... 320
2) Un nécessaire équilibre dans le partage d'informations ... 323

SECONDE PARTIE ... 339
LA GARANTIE DES DROITS DE LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE SANTÉ . 339
TITRE 1 ... 349
LA PROTECTION INFLUENTE DU JUGE EUROPÉEN ... 349
CHAPITRE 1 : ... 354
UNE PROTECTION SUBSTANTIELLE ... 354
Section 1 : La protection de la vie des personnes détenues ... 355
§1. La reconnaissance du devoir primordial d'assurer le droit à la vie ... 358
A. Une obligation positive de protection de la vie ... 360
B. Une obligation limitée ... 363
1) Des limites en faveur des États ... 363
2) Des limites en faveur des personnes détenues ... 365
§2. La violation du devoir primordial d'assurer le droit à la vie ... 369
A. Des défaillances dans la prévention du suicide ... 370
1) Une prise en charge médicale inadaptée ... 370
2) Des conditions matérielles de détention favorisant le passage à l'acte ... 374
B. Des cas particuliers : grève de la faim et demande d'euthanasie ... 376
Section 2 : La protection de l'intégrité des personnes détenues ... 380
§1. L'obligation de ne pas infliger de mauvais traitements ... 384
A. La qualification de mauvais traitements ... 384
1) L'exigence d'un minimum de gravité du mauvais traitement ... 385

a. Le traitement dégradant 385
b. Le traitement inhumain 386
c. La torture 387
2) L'appréciation de la gravité du mauvais traitement 389
a. Un principe général d'appréciation relative 389
b. Une présomption de gravité en faveur des personnes détenues 391
B. Des hypothèses de mauvais traitements 392
1) Des mesures de sécurité lors des extractions médicales 393
a. Des mesures raisonnablement nécessaires 393
b. Des mesures prises au-delà d'une nécessité raisonnable 394
2) Des mesures de sécurité en détention 400
a. Des mesures de transferts répétés 400
b. Des mesures d'isolement cellulaire 402
3) L'alimentation forcée des grévistes de la faim 406
§2. L'obligation d'assurer des conditions de détention conformes à la dignité humaine 408
A. Des atteintes à la dignité des conditions d'hébergement 409
1) De la seule promiscuité en cellule 410
2) De l'effet cumulé de la promiscuité et des manquements aux règles d'hygiène 414
B. Des atteintes à une prise en charge adéquate de l'état de santé 418
1) Un manque de soins appropriés 419
2) Une inaptitude à la détention 423
a. L'appréciation de l'inaptitude 424
b. Des hypothèses d'inaptitude 425
CHAPITRE 2 : 434
UNE PROTECTION PROCÉDURALE 434
Section 1 : La conduite d'une enquête efficace 435
§ 1. L'obligation d'enquêter 436
A. Une enquête sur les causes de la mort de la personne détenue 436
1) La reconnaissance d'une protection procédurale du droit à la vie 437
2) Une protection procédurale étendue au décès de personnes détenues 438
B. Une enquête sur les mauvais traitements infligés à une personne détenue 439
§ 2. La procédure d'enquête 440
A. Le déclenchement de l'enquête 440
1) L'enquête sur les atteintes à la vie 440
2) L'enquête sur les atteintes à l'intégrité 441
B. Le déroulement de l'enquête 444
1) La finalité à atteindre 444
2) Les moyens pour y parvenir 445
a. Une indépendance et une impartialité 446
b. Des mesures raisonnables 447
c. Une célérité et une diligence raisonnable 449
d. Une transparence 450
Section 2 : 452
L'accès à la justice pour remédier à la situation incriminée 452
§1. Un recours effectif devant une instance nationale 454
A. Une garantie du fonctionnement du mécanisme européen de protection 456
1) L'effectivité des droits et libertés fondamentaux 456
2) La réactivité du mécanisme européen de protection 458
B. Une garantie décisive pour une protection de la santé en détention 461
1) La contestation des conditions de détention 463
2) L'action en réparation du décès d'une personne détenue 468
§ 2. Une intervention en urgence du juge européen 469
A. Le traitement prioritaire des requêtes 469
B. Les mesures provisoires 472

1) La prescription de mesures d'urgence 473
a. Une portée renforcée 473
b. Une utilité discutée 476
2) Des prescriptions en cas de risque d'atteinte à la santé en détention 478
TITRE 2 489
UNE PROTECTION CROISSANTE DES JUGES NATIONAUX 489
CHAPITRE 1 : 493
LE CONTRÔLE DU JUGE ADMINISTRATIF SUR LES CONDITIONS D'EXÉCUTION DE LA DÉTENTION 493
Section 1 : La procédure en référé 495
§1. Une intervention provisoire du juge 496
§2. Une intervention d'urgence du juge 501
Section 2 : La procédure classique 507
§1. Le contrôle de l'activité de l'administration pénitentiaire 507
A. Un contrôle juridictionnel étendu 508
1) Des mesures d'ordre intérieur insusceptibles de recours 509
2) Une justiciabilité progressive des mesures d'ordre intérieur 512
a. De la jurisprudence Marie du 17 février 1995 512
b. À la jurisprudence Boussouar, Payet, et Planchenault du 14 décembre 2007 514
c. Et à la jurisprudence Rogier du 9 avril 2008 517
B. Un contrôle juridictionnel intensifié 519
§2. La réparation du préjudice subi par la personne détenue 521
A. La responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires 522
1) Une responsabilité publique traditionnellement limitée 524
2) Une responsabilité publique assurément affirmée 525
a. De la jurisprudence Chabba du 23 mai 2003 526
b. À la jurisprudence Delorme du 9 juillet 2007 530
B. La responsabilité du service public hospitalier 533
C. La responsabilité partagée de l'État et du service public hospitalier 538
1) Un lien de causalité exigé 539
2) Une contiguïté des faits suffisante 540
CHAPITRE 2 : 543
LE CONTRÔLE DU JUGE JUDICIAIRE SUR LA CAPACITÉ A LA DÉTENTION 543
Section 1 : La libération pour raisons médicales 544
§1. La libération de la personne détenue provisoire 545
A. L'incapacité à supporter le placement en détention provisoire 547
1) Des recours contre l'ordonnance de placement 547
a. L'appel contre l'ordonnance de placement en détention provisoire 548
b. La suspension provisoire de l'exécution de l'ordonnance de placement 549
2) Une obligation de vérifier l'incompatibilité de l'état de santé 550
B. L'incapacité à supporter le maintien en détention provisoire 551
1) Une mise en liberté demandée 552
a. La remise en cause du bien-fondé et de la nécessité de la détention 552
b. La mise en liberté pour un motif médical 554
2) Une mise en liberté contestée 557
§2. La libération de la personne détenue condamnée 559
A. La libération partielle pour motif médical 562
1) Des autorisations temporaires de sortie 562
2) Une exécution fractionnée de la peine 566
B. La libération totale pour motif médical 567
1) Une libération définitive 567
2) Une exécution différée de la peine 573
a. La suspension de peine de droit commun 573
b. La suspension de peine pour raisons médicales 574

Section 2 : La prévention de l'incarcération *582*
§ 1. Les alternatives à l'incarcération 583
A. Une peine d'emprisonnement évitée 584
B. Une peine d'emprisonnement aménagée 586
1) Un aménagement par la juridiction de jugement 586
2) Un aménagement par le juge d'application des peines 588
§2. La mobilisation de la santé dans les décisions judiciaires 589
A. L'incitation à révéler un problème de santé 589
B. L'influence de la maladie dans la détermination de la sanction pénale 591

CONCLUSION GÉNÉRALE 601

Index alphabétique 605
Bibliographie 609
Table des matières 689

Auteur : **Aurélie BONNE-HARBIL**

Titre : **Les droits de la personne détenue en matière de santé**

The rights of a detained person regarding health

Matière : **Droit privé – Sciences criminelles (C.N.U. 01)**

Résumé en français :

La santé des personnes détenues n'a longtemps pas été une préoccupation de la société. Pendant des siècles, la répression pénale a été dominée par la cruauté des châtiments corporels. Malgré une diminution de la souffrance infligée aux délinquants, le recours à l'emprisonnement comme peine principale de droit commun n'a pas ôté à la peine son caractère afflictif en raison de son influence délétère sur l'état physique et mental des personnes détenues.

Mais la santé des personnes détenues est progressivement apparue comme un enjeu de santé publique. L'hygiénisation des établissements pénitentiaires et l'organisation progressive des soins aux personnes détenues ont abouti au transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Cette intégration au système de santé de droit commun vise à garantir à la population détenue une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont bénéficie la population générale. Initialement privées de droits en matière de santé, les personnes détenues se sont alors vues reconnaître un ensemble de droits conférés à tout patient. Toutefois, si eu égard à la particulière vulnérabilité des personnes détenues, des mesures de protection particulières sont mises en œuvre, il n'en demeure pas moins que l'effectivité des droits des personnes détenues en matière de santé se heurte aux contraintes d'ordre et de sécurité du milieu carcéral.

Aussi, pour appuyer la reconnaissance des droits des personnes détenues en matière de santé, des garanties juridictionnelles interviennent pour assurer le respect de ces droits. L'intervention de la Cour européenne des droits de l'homme renforce la garantie de ces droits issue des textes nationaux. La protection influente du juge européen, qui établit des normes nécessaires à la sauvegarde de la santé des personnes détenues et reconnaît un droit au recours effectif, contraint le juge national à se conformer à la jurisprudence européenne. Ainsi, le juge national intervient non seulement pour condamner toute atteinte aux droits des personnes détenues en matière de santé, mais aussi pour ordonner la libération des personnes détenues lorsqu'aucune autre garantie ne permet d'assurer le respect de leurs droits.

English Summary :

Until recently, society has been largely unconcerned with the health of detainees. For centuries, the penal system has been dominated by the brutality of corporal punishment. Despite a decrease in the suffering inflicted on offenders, the use of detention as the main punishment of common law has not removed the afflictive character from the punishment due to its harmful influence on the physical and mental condition of the detainees.

However, the health of the detainees has recently emerged as an issue of public health. The sanitation of penal institutions and the progressive organization of care for the detainees have resulted in the transfer of the detainees' health care from the public penitentiary system to the public hospital system. This integration of the common law health system seeks to guarantee a standard of care to those detainees that is equivalent to the standard of care enjoyed by the general population. Initially deprived of rights regarding health, the detainee was then recognized with rights that were afforded to all patients. However, if given the particular vulnerability of detainees, special protective measures are implemented, the fact remains that the effectiveness of detainees' rights regarding health comes up against the constraints of order and security in prisons.

Moreover, in order to support the recognition of detainees' rights regarding health, jurisdictional guarantees intervene to ensure the respect of those rights. The intervention of the European Court of Human Rights reinforces the guarantee of those rights taken from national texts. The influential protection of the European Court of Human Rights which establishes the legal standard necessary to safeguard the health of detainees and recognizes the right to an effective remedy, forces the national court to comply with the European case law. Thus, the national court not only intervenes to condemn any infringement of the detainees' rights in terms of health, but also to order the release of the detainees when no other guarantee allows to assure the respect for their rights.

Mots clés :

Prison – Santé – Personne détenue – Droit à la protection de la santé – Droits des patients – Effectivité – Reconnaissance – Garantie – Contraintes carcérales – Recours – Cour européenne des droits de l'homme – Droit à la vie – Torture ou traitements inhumains ou dégradants – Enquête – Mesures provisoires – Traitement prioritaire des requêtes – Juge administratif – Responsabilité – Indemnisation – Juge judiciaire – Aménagements de peine – Alternatives à l'incarcération