

Groupe de travail Santé Justice

« Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale »

RAPPORT à

**Madame la Garde des sceaux,
Ministre de la Justice,**

**Madame la ministre
des Affaires sociales et de la Santé**

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA, Christiane TAUBIRA, garde des Sceaux, ministre de la Justice, et Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ont visité l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Fresnes.

Cette visite a donné lieu à des échanges nourris avec le personnel de l'unité sanitaire où sont prises en charge les personnes détenues.

Lors de cette visite, les deux ministres ont annoncé une réflexion interministérielle sur une amélioration des dispositions et des pratiques actuelles permettant des aménagements et suspensions de peine pour raison médicale.

En effet, divers rapports, les constats et les remontées des professionnels et des associations ont documenté les obstacles dans la mise en œuvre des dispositifs existants et leurs limites pour certains types de publics. Les besoins de réponses en la matière sont majorés du fait des évolutions récentes de la population carcérale, en particulier son vieillissement.

En sus des suicides, 106 personnes détenues sont décédées au cours de l'année 2012¹. La Garde des sceaux souhaite assouplir les procédures existantes en matière de suspension de peine pour que les personnes malades puissent mourir hors de la détention, dans des conditions dignes, entourées par leurs proches, le cas échéant.

A l'initiative des deux ministres, un groupe de travail interministériel a été constitué, associant des magistrats, des professionnels de santé et pénitentiaires, des médecins experts, des associations ainsi que plusieurs directions des deux ministères. Cette composition pluridisciplinaire avait pour objectif de recueillir l'ensemble des points de vue pour analyser les procédures en identifiant notamment les améliorations possibles, les freins et les réserves aux étapes de la décision.

Le mandat confié au groupe de travail interministériel était de réaliser un bilan de la prise en charge des personnes en fin de vie ou souffrant de pathologies lourdes engageant leur pronostic vital. Le groupe devait également évaluer les dernières réformes touchant à la suspension de peine pour motif médical et aux différentes mesures d'aménagement de peine pouvant être prononcées pour raison médicale.

Coordonné par le Docteur Dominique de Galard et le Docteur Dominique Peton-Klein

¹ Source DAP. Le recueil statistique ne permet pas de connaître le lieu de décès (en détention ou hors détention).

I - METHODOLOGIE

1. Programme de travail

Un programme de travail a été établi conjointement afin d'étudier les 3 thèmes suivants :

Thème 1 : Le repérage des personnes concernées

- connaissance du dispositif ;
- état du droit : présentation des conditions et de la procédure de la suspension de peine pour raison médicale (SPRM) et des différents aménagements de peine pouvant être prononcés pour raison médicale ;
- statistiques ;
- limite des soins en prison ;
- sensibilisation des différents professionnels concernés.

Thème 2 : L'analyse de la procédure

- analyse des étapes de la procédure : repérage, dangerosité, modalités de la décision ;
- état des lieux des expertises : besoins, accessibilité, types, délais, mise en exergue des difficultés rencontrées, pistes de réflexion ;
- Libération Conditionnelle (LC): conditions particulières des LC pour les personnes détenues de plus de 70 ans, rôle du CNE, évaluation de la dangerosité.

Thème 3 : L'accueil en aval

- Etat de la situation, possibilités d'accueil des structures ;
- Difficultés rencontrées au sein des établissements, lors des communications JAP, SPIP, chefs d'établissements, unités sanitaires... ;
- Propositions d'amélioration.

2. Modalités de travail

La méthode de travail retenue s'articule autour de trois approches :

- les débats et travaux en séance des membres du groupe de travail interministériel d'une part,
- les auditions des institutions et personnalités qualifiées, proposées et retenues par les cabinets des deux ministres ou proposées par un ou plusieurs membres du groupe de travail d'autre part,
- enfin, les contributions rédigées par les membres du groupe de travail.

3. Calendrier des travaux

Le groupe de travail santé-justice sur les aménagements et suspensions de peine pour raison médicale a été installé le mercredi 20 février 2013 à la Chancellerie par les conseillers techniques des cabinets des trois ministres concernés.

A l'issue de leurs premiers échanges, et compte tenu du périmètre des thèmes retenus devant servir de base aux discussions au sein du groupe, six journées de travail ont finalement été retenues et consacrées alternativement aux auditions ainsi qu'aux thèmes des travaux.

- le mercredi 20 février 2013 : installation officielle des 27 membres du groupe de travail,
- le jeudi 7 mars 2013 : le repérage des personnes concernées par ces mesures ;
- le jeudi 18 mars 2013 : l'analyse des étapes de la procédure de suspension de peine pour raison médicale ;
- le jeudi 5 avril 2013 : l'analyse des conditions d'octroi et de la procédure de libération conditionnelle ;
- le mercredi 17 avril 2013 : la prise en charge en aval et les modalités d'accueil à la sortie ;
- le jeudi 23 mai 2013 : finalisation des recommandations.

Les auditions des institutionnels et des personnes qualifiées ont fait l'objet d'un compte-rendu, soit en reprenant directement l'intervention du représentant de la dite institution, soit en retranscrivant, dans le procès-verbal de séance, les réponses que celui-ci a formulé à la suite des questions qui lui ont été posées par les participants.

Ces documents figurent en annexe du présent rapport.

4. La liste des institutions, des personnes qualifiées et des experts auditionnés

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Le Défenseur des droits

Le directeur et le médecin chef de l'Etablissement public de santé national de Fresnes

Le conseil des barreaux

L'association nationale des psychiatres experts judiciaires (ANPEJ)

Le président de la Compagnie des experts près de la cour d'appel de Douai

La fédération hospitalière de France (FHF)

La fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Le collectif hébergement et accompagnement de personnes en aménagement de peine pour raisons médicales

La fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

II - EXPOSÉ DE LA PROBLEMATIQUE

Les objectifs principaux de ce groupe de travail sont de promouvoir une large réflexion sur les possibilités d'exécution ou de suspension de la peine face à des situations cliniques graves y compris la perte d'autonomie, de pouvoir apporter des réponses pour améliorer les dispositifs existants en fonction des limites et des freins identifiés. Ces dispositions pourront inclure des mesures d'ordre législatif ou réglementaire.

Parmi les dispositifs d'aménagements de peine, les nouvelles conditions d'octroi de la libération conditionnelle seront analysées en prenant en compte les propositions de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive qui s'est déroulée en février 2013. Cependant la suspension de peine sera au cœur de la réflexion.

En effet, la faible application du dispositif de suspension de peine pour raison médicale, dans un contexte de vieillissement de la population carcérale, a été déplorée à plusieurs reprises ces derniers mois notamment :

- par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté,
- dans le rapport d'information sur l'application de la loi pénitentiaire, présenté par M. LECERF et Mme BORVO COHEN SEAT, le 4 juillet 2012,
- dans celui sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale présenté par M. RAIMBOURG et M. HUYGUES, députés, en janvier 2013.

Un colloque organisé par le ministère de la santé le 26 novembre 2011, portant notamment sur le thème de la suspension de peine pour raison médicale, a également permis d'exposer et d'affiner les constats et d'évoquer des pistes.

Différents obstacles sont mentionnés :

1. S'agissant **du champ d'application du dispositif**, le rapport d'information sur l'application de la loi pénitentiaire, présenté par M. LECERF et Mme BORVO COHEN SEAT, regrette que la suspension de peine, prévue par l'article 720-1-1 du CPP ne soit pas applicable aux personnes en détention provisoire, difficulté reprise également par des praticiens, des avocats et des représentants associatifs. Néanmoins, des dispositifs existent actuellement à la disposition des juges d'instruction, en l'absence de peine prononcée, pour éviter une incarcération.

Est également critiquée, notamment dans le rapport d'information sur les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale par M. RAIMBOURG et M. HUYGUES, députés, l'impossibilité de prononcer une suspension de peine pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux et hospitalisées en établissements spécialisés, situation qui a été écartée dès la rédaction de la loi du 4 mars 2002.

2. Les **conditions d'octroi de la suspension de peine pour raisons médicales** sont également critiquées, **considérées comme trop strictes**.

La **nécessité de deux expertises médicales distinctes aux conclusions concordantes** constitue en pratique une condition difficile à atteindre, d'autant que les auteurs et les praticiens font état d'un manque de disponibilité des médecins experts, rendant les délais d'expertise inadaptés. La question de leur connaissance du milieu carcéral se pose également.

Il est également évoqué une pratique consistant à ne désigner qu'un expert à la fois, la demande étant rejetée si la première expertise n'est pas concluante.

Par ailleurs, la jurisprudence de la Cour de cassation (Crim. 24 octobre 2007) tendant à laisser aux juridictions de l'application des peines une compétence souveraine pour décider de procéder ou non aux expertises au vu de la requête et des justificatifs produits par la personne condamnée est contestée. Sur ce point, il est regretté le fait que les juridictions puissent se prononcer sans qu'aucun réel examen médical de la situation de la personne détenue n'ait eu lieu.

L'exception à l'obligation d'une double expertise prévue, en cas d'urgence, par la loi pénitentiaire de 2009 ne serait que peu appliquée. Mais, il n'y a pas encore de donnée statistique relative à cette procédure d'urgence ; le ministère de la Justice est déjà en cours de réflexion sur ce sujet.

3. Est également critiquée **l'interprétation des textes par la jurisprudence**, cette interprétation ayant **restreint le champ d'application de l'article 720-1-1 du CPP**.

En effet, la Cour de cassation exige que le pronostic vital soit engagé « à court terme » (Crim., 28 septembre 2005). Il est également indiqué la difficulté pour un médecin-expert de prévoir l'engagement et l'échéance du pronostic vital d'une personne.

S'agissant de **l'état de santé « durablement incompatible avec le maintien en détention »**, il est souligné que la situation des personnes est regardée essentiellement sous le prisme de l'offre de soins existante en prison et non sous celui de la dignité de la personne..

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...

Par ailleurs, des auteurs s'interrogent sur le **nouveau rôle des unités hospitalières sécurisées interrégionales** (UHSI). Ces dernières n'ont pas, en principe, pour objet la création de lits de soins palliatifs dédiés aux personnes détenues. Cependant, il s'agirait d'une alternative à la suspension de peine, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté relevant que ces unités ont connu un nombre important de décès.

En outre, les experts concluraient parfois à la compatibilité de l'état de santé avec une hospitalisation en UHSI ou à l'Etablissement Public National de Santé de Fresnes, alors que la personne détenue ne peut être incarcérée de façon pérenne dans ces structures hospitalières. Les UHSI ne peuvent cependant représenter un obstacle à l'obtention d'une suspension de peine médicale car ce sont des unités hospitalières et en aucun cas une substitution du milieu carcéral. L'appréciation de la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention ne doit renvoyer qu'à la prison.

Plus subsidiairement, lors de l'exercice des missions de l'expert, il existe des problèmes organisationnels relatifs notamment à l'accès au dossier médical de la personne détenue. Le médecin-expert ne dispose pas d'un tel accès sans l'accord éclairé de l'intéressé ou sur réquisition du juge. S'agissant des locaux, l'examen doit avoir lieu dans une pièce respectant la dignité de la personne, le secret médical et les préconisations d'usage en matière d'hygiène.

Certains regrettent le fait que le **médecin de l'unité sanitaire ne puisse pas saisir directement les autorités judiciaires**, ce dernier devant aviser, lorsque l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention, le chef de l'établissement pénitentiaire, qui transmet l'information à l'autorité judiciaire (article D.382 du CPP).

Se posent également des questions relatives au **repérage des personnes** détenues concernées et à la communication entre les personnels de santé en établissement pénitentiaire, les personnels pénitentiaires et les magistrats chargés de l'application des peines.

D'un point de vue **procédural**, il est souligné, pour les longues peines, les difficultés soulevées par la compétence du tribunal de l'application des peines, la procédure est nécessairement plus lourde et la mise en place d'un débat contradictoire moins aisée. Cette procédure apparaît donc difficilement compatible avec l'urgence médicale.

La **nécessité d'une expertise psychiatrique** avant toute suspension de peine ou aménagement de peine d'une personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru rend également plus complexe et plus long le prononcé de ces mesures et sera à étudier.

Enfin les difficultés relatives à la **recherche d'une offre d'accueil adaptée** à la sortie de détention sont très souvent évoquées. Les liens familiaux de la personne détenue peuvent avoir été distendus.

Par ailleurs, les établissements de santé ou médico-sociaux sont quelquefois réticents à accueillir ce public. En effet, conjointement à la maladie, au handicap ou à la perte d'autonomie ces personnes peuvent présenter d'autres difficultés qui nécessitent des prises en charges spécifiques parfois difficiles à assurer dans des établissements médico-sociaux. De plus, ceux-ci disposent souvent d'un nombre limité de places libres, qui ne peuvent être réservées, y compris pour des personnes placées sous main de justice. Enfin, dans le cas où des places sont disponibles, l'accueil de ce type de public nécessite souvent des adaptations.

Dès lors, temporalité judiciaire, médicale et médico-sociale peinent à se coordonner afin que la remise en liberté survienne au moment adéquat dans la prise en charge de la personne et qu'elle puisse être anticipée et préparée. Le déficit d'investissement des conseils généraux et des collectivités locales est préjudiciable à la mise en œuvre de ces mesures, la question souvent cruciale de l'aide sociale départementale à l'hébergement qui intervient subsidiairement à l'aide familiale restant prégnante.

Sur un plan plus qualitatif, la plupart des sources s'accordent à souligner l'hétérogénéité des pratiques des acteurs de la chaîne, aboutissant à des inégalités de traitement sur le territoire.

III - ETAT DES LIEUX

Cet état des lieux a été dressé à partir de plusieurs sources de données: éléments de contexte présentés par le bureau des études et de la prospective de la Direction de l'Administration pénitentiaire, question écrite,² enquête du bureau de la gestion de la performance de la Direction des services judiciaires et celle initiée par un expert de la cour d'appel de Douai.

1.1 Statistiques du bureau des études et de la prospective (DAP)

En ce qui concerne les statistiques de suspension de peine pour raison médicale, 296 demandes avaient été formulées en 2012 ; 253 demandes ont été accordées, soit un taux d'octroi de 85%. Parmi les 33 décisions de rejet : 16 rejets étaient motivés par un état de santé jugé compatible avec le maintien en détention, 8 étaient motivés par un pronostic vital non engagé, 5 rejets visaient des expertises non concordantes, 2 étaient motivés par la dangerosité de la personne détenue et 1 rejet visait l'absence d'hébergement.

En ce qui concerne le milieu ouvert, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont suivi en 2012, 219 mesures de suspensions de peine pour raison médicale³.

Il est intéressant de noter des données d'évolution dans le temps (une centaine de demandes par an depuis 2005) et le faible recours à ce dispositif, le nombre d'octrois relativement stable et l'hétérogénéité des pratiques des acteurs au sein des DISP.

1.2 Au titre de la libération conditionnelle, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus détenues s'élève, en flux, en 2012, à 464, soit 0,7 % de l'ensemble des personnes détenues écrouées. 177 personnes âgées de 70 ans et plus ont bénéficié d'une mesure de libération conditionnelle au 1^{er} juillet 2012, soit 2,8 % de l'ensemble des personnes bénéficiaires de cette mesure dans l'année. Ce chiffre demeure quasi stable depuis 2007.

Les 70 ans et plus représentent ainsi en stock 1% des personnes détenues ayant bénéficié d'une mesure de libération conditionnelle en 2012. Parmi elles, 15 étaient âgées de 70 ans, et la plus âgée ayant 87 ans.

Il s'agit d'éléments de contexte : en effet, le critère d'âge ne correspond pas systématiquement à un critère d'état, certaines personnes âgées de plus de 70 ans pouvant se trouver en bon état général.

1.3 S'agissant des motifs des demandes d'aménagements de peine, 264 demandes de placement sous surveillance électronique visaient la nécessité de suivre un traitement médical; 164 demandes de placement à l'extérieur et 29 d'une demande de semi-liberté étaient fondées sur ce même motif. Les données actuelles ne permettent pas d'être plus exhaustifs.

2. Enquête de la DSJ

Il s'agit d'une enquête ponctuelle réalisée par voie électronique par la Direction des services judiciaires entre le 26 février et le 10 mars 2013 (période de vacances) auprès de 371 juges

² Question écrite n°4306 de Mr Lesage (JO du 11/9/12). Les principaux motifs de rejet sont : « état de santé compatible avec le maintien en détention » (environ 50 % des motifs) et « pronostic vital non engagé » (30 % des motifs). Viennent ensuite « expertises non-concordantes » (10 %), « dangerosité » des personnes concernées (5%), et « absence d'hébergement spécialisé pour accueillir la personne » (5%).

³ Il s'agit du stock 2012, le stock augmente régulièrement de 104 en 2009, 137 en 2010, 172 en 2011

d'application des peines. Seul un tiers d'entre eux a accédé à l'enquête et 12 % ont répondu. Compte tenu des circonstances il s'agit plutôt d'un sondage dont il ne faut tirer aucun enseignement général du fait du petit nombre de répondants (43).

Sur la même période, 38 des JAP ayant répondu à l'enquête ont été saisis de 51 demandes de libération conditionnelle pour raison médicale. Ils ont accordé cette libération dans 30 cas.

Procédure d'urgence : 20 saisines (26% du total des saisines) toutes octroyées

Les délais de traitement sont les suivants:

- moins de 4 jours = 12 (60%)
- 4 à 7 jours = 1 (5%)
- 8 à 15 jours = 3 (15%)
- Plus de 15 jours = 4 (20%)

Cependant, 2 mesures n'ont pas été suivies d'effet pour absence de structure d'accueil.

7 expertises psychiatriques ont été diligentées avec les difficultés suivantes liées à l'expertise :
1 en raison de l'état du patient et 2 en raison des délais de réalisation.

Il y a eu 7 réincarcérations toutes en raison de l'amélioration de l'état de santé.

Procédure classique : 58 saisines dont 5 avant écrou

Les délais de traitement sont les suivants :

- moins de 3 mois = 33 (57%)
- de 3 à 6 mois = 16 (28%)
- de 6 mois à 1 an = 7 (12%)
- plus d'un an = 2 (3%)

38 décisions d'accord de la suspension soit 59% des cas

Il n'y a eu aucune absence de mise en œuvre.

Les motifs des décisions de refus, au nombre de 27 sont les suivants (plusieurs motifs possibles pour un seul refus) :

- pas d'incompatibilité = 23
- pas de pronostic vital engagé = 17
- risque de renouvellement = 3

A noter qu'il est précisé dans les réponses qu'en raison de la non concordance des expertises, et ce en dépit de contre-expertises dans de nombreux cas, il arrive souvent que les experts ne répondent pas à la question de l'incompatibilité ou proposent des conditions non prévues par le texte. Ex: compatible à la condition que le condamné soit maintenu en secteur hospitalier.

107 expertises ont été diligentées dont 31 psychiatriques et 72 somatiques (4 non spécifiées). Parmi les spécialités somatiques citées, on retrouve 1 fois : médecine légale, neurologie, pneumologie, 2 fois la cardiologie, 3 fois la médecine générale et l'oncologie.

Les difficultés suivantes de réalisation sont signalées par 2 juges seulement

- 1 liée à l'état du patient

- 5 liées à la difficulté de trouver un expert (en fonction de l'isolement du lieu de détention notamment)
- 1 liée au délai de réalisation de l'expertise

Il est noté qu'en l'absence d'information de l'expert, le transfert de personnes détenues d'un établissement pénitentiaire à un autre est un obstacle à la réalisation de l'expertise.

14 réincarcérations ont eu lieu : 6 liées à l'amélioration de l'état de santé et 8 pour un autre motif.

3. Enquête auprès des experts

Dans le cadre de son audition, M. DEMARLY, Président de la Compagnie des experts près de la cour d'appel de Douai, a mené une enquête auprès des 70 médecins experts inscrits auprès de son ressort géographique pour se prononcer sur trois points :

- le niveau de connaissance des médecins experts en matière d'aménagements et suspensions de peine pour raison médicale (ASPRM)
- le niveau de connaissance des médecins experts sur le dispositif des soins en milieu carcéral,
- les propositions des médecins experts visant à améliorer les dispositifs existants.

Le retour d'enquête s'appuie sur les réponses de douze médecins experts. Les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs, le taux de réponse étant de 17 %, ils présentent cependant des informations qualitatives très utiles.

En ce qui concerne le niveau de connaissance de la procédure de suspension de peine pour raison médicale, un seul expert reconnaît avoir une connaissance parfaite du dispositif.

Sur le second point concernant les soins en milieu pénitentiaire, 8 experts sur 12 ont une bonne connaissance du dispositif, 3 n'en ont aucune. Ils connaissent les pathologies et les prises en charge en unités hospitalières interrégionales sécurisées (UHSI), mais ont aussi conscience que les personnes détenues peuvent bénéficier des plateaux techniques des centres hospitaliers régionaux en UHSI, ce qui induit dans leur esprit une compatibilité de la situation de ces personnes avec la détention.

En matière de priorisation dans le choix et la conduite de leurs expertises, 7 sur 12 se fient au délai fixé par la juridiction; 2 sur 12 font un choix chronologique (ordre d'arrivée des demandes); 3 sur 12 établissent leur priorité en fonction de leur centre d'intérêt et au règlement de leur rémunération.

A ce titre, il convient de noter qu'un certain nombre d'experts sont découragés et ne demandent pas le renouvellement de leur agrément, du fait des difficultés multiples qu'ils rencontrent:

- temps de déplacement obéré par la durée des contrôles d'accès à l'entrée des établissements pénitentiaires ;
- absence de prise en charge de la totalité de leurs frais de déplacements;
- date et heure des expertises imposées par les établissements pénitentiaires, créneau parfois contraire à leur propre disponibilité;
- lieu d'examen peu adapté : en effet, ils ne peuvent examiner les personnes de manière déontologique que dans un bureau médical en disposant d'un minimum de matériel et du dossier médical), alors que les expertises, réalisées en parloirs avocats, soulèvent des problèmes de confidentialité.

Cinq experts sur 12 font des propositions d'amélioration, seul un expert pense que la situation actuelle est satisfaisante. Plusieurs interrogations sont exprimées sur le différentiel des rémunérations.

IV- LIMITES ET FREINS IDENTIFIES

Les enquêtes menées auprès des différents professionnels ainsi que les retours d'expérience des participants au groupe de travail sur les aménagements et suspensions de peine pour raison médicale ont permis d'identifier certains freins et contraintes qui limitent le champ de ces mesures et retardent les décisions.

1. Les difficultés remontées dans l'enquête menée par la Direction des services judiciaires auprès des juges de l'application des peines entre le 26 février et le 10 mars 2013, malgré les limites précisées, permettait de pointer les points suivants :

- l'état de santé (coma, pathologie neurologique, démence...) apparaît comme un élément qui influe fortement sur le délai et la réalisation des expertises en particulier lorsque cet état ne permet pas l'audition de la personne.
- Il arrive aussi que la personne détenue ait changé de structure entre le dépôt de la demande de suspension de peine et le moment où l'expertise est effectuée, ce qui impose de renouveler sur un autre lieu la demande d'expertise ;
- l'absence d'accueil dans une structure de prise en charge adaptée est pénalisante dans le cas de suspension de peine pour raison médicale en urgence ;
- les rejets des demandes de suspension de peine sont parfois motivés par le risque de renouvellement des faits reprochés (critères de dangerosité), alors même que l'état de santé de la personne détenue amoindrit ce risque ;
- les difficultés à trouver un expert sont liées à leur répartition géographique et au lieu d'implantation des établissements pénitentiaires, ceux-ci étant de plus en plus souvent situés dans des zones excentrées non couvertes par certaines spécialités médicales ;
- les difficultés pour certains juges de l'application des peines (JAP) amenés à prononcer des mesures de placement à l'extérieur à domicile pour raison médicale, en particulier lorsque le reliquat de peine est égal ou inférieur à 2 ans, face à l'interprétation restrictive du placement à l'extérieur par certaines cours d'appel qui considèrent que l'hébergement du bénéficiaire doit être assuré par une structure liée à l'administration pénitentiaire par une convention qui permet d'assurer la surveillance par un tiers, le domicile n'offrant pas de possibilités de surveillance adaptée.

Le groupe de travail s'est attaché à répondre concrètement aux questions soulevées par les aménagements de peine, notamment la LC, et les suspensions de peine pour raison médicale.

Les débats ont porté sur deux points :

- les suspensions de peine pour raison médicale,
- les aménagements dont la libération conditionnelle envisagée du point de vue de la santé et de la fin de vie

L'observation et l'analyse de ces deux grandes thématiques ont permis de dégager les

limites et les freins au développement de ces différentes mesures. Parmi les limitations, blocages et contraintes relevés par les différents professionnels dans l'exercice de leurs missions respectives, il importe de mentionner :

- la complexité du dispositif d'aménagement de peine souvent méconnu par les partenaires de la justice,
- l'absence relative de coordination et de transmission d'informations entre le service médical et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) au sein de l'établissement pénitentiaire,
- l'insuffisance des places d'offre d'accueil adaptées à la prise en charge des sortants de prison bénéficiaires de mesures de suspension ou d'aménagement de peine pour raison médicale,
- divers facteurs limitant dont la réticence des établissements extérieurs, les limites de l'accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux et du suivi des personnes dans ces structures par les SPIP.

2. Les obstacles liés aux dispositions relatives à l'état de santé.

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale vise à assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population ainsi qu'une couverture sociale. Ceci s'est concrétisé par le transfert du ministère de la justice au ministère chargé de la santé de cette prise en charge. La mise en œuvre des dispositions de cette loi a fait notamment l'objet d'un guide méthodologique, récemment actualisé (circulaire interministérielle n°2010/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice).

Si cette réforme a permis de tendre au rapprochement de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au dispositif de droit commun à l'extérieur, un certain nombre de difficultés et d'insuffisances subsiste au quotidien.

Le groupe de travail a débattu des 2 critères d'octroi de la suspension de peine pour raison médicale visés à l'article 720-1-1 du code de procédure pénale (pronostic engagé et état de santé incompatible avec le maintien en détention) et de leurs limites d'interprétation.

Ainsi, l'incompatibilité clinique avec la détention n'est pas uniquement liée à la gravité de la maladie. Elle peut se traduire par le fait que la personne détenue ne puisse bénéficier des soins que nécessite son état de santé, des aides pour les actes essentiels (toilette, habillage, etc.) ou des activités quotidiennes (entretien de la cellule, circulation dans l'établissement, etc.) ou par la souffrance physique ou morale de celle-ci au regard des conditions effectives de détention.

Il en va ainsi des questions liées aux situations de handicap, à la perte d'autonomie y compris celle liée à une démence, où la situation carcérale de la personne détenue devant être regardée, non pas seulement au titre de l'état de santé, mais aussi au regard des besoins de la personne et des réponses possibles en terme d'accompagnement, de compensation, d'accessibilité et le cas échéant de sa capacité à percevoir le sens de la peine pendant son incarcération.

Les éléments liés au pronostic vital engagé et à l'incompatibilité au vu des conditions matérielles de détention, renvoient aux expertises médicales, somatiques ou psychiatriques

d'une part, et d'autre part, à l'harmonisation des textes juridiques et des pratiques des autorités judiciaires sur le terrain.

3. La question spécifique de la détention provisoire.

En ce qui concerne la situation des personnes **en détention provisoire**, la Direction des affaires criminelles et des grâces précise que le dispositif actuel peut répondre aux interrogations du groupe de travail sur les aménagements et suspensions de peine pour raison médicale. En effet, dans le cadre d'une prolongation de la détention provisoire ou d'une demande de mise en liberté, le juge des libertés et de la détention (JLD) ou le juge d'instruction doit intégrer les éléments liés à l'état de santé de la personne prévenue.

En l'état actuel des textes, il ressort de cette analyse qu'une personne en détention provisoire dont la situation sanitaire est incompatible avec la détention doit pouvoir être remise en liberté, au profit, par exemple, d'un contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence sous surveillance électronique, la loi posant expressément la détention comme ultime recours.

Les dispositions de l'article 144 du code de procédure pénale relatives aux motifs de placement ou prolongation de la détention provisoire ne semblent pas toujours suffisantes pour permettre de lever la détention provisoire d'une personne malade.

Les membres du groupe de travail relèvent au contraire le maintien en détention de personnes prévenues ou condamnées malades.

C'est pourquoi, le groupe de travail propose d'ajouter expressément à l'article 147 du code de procédure pénale la possibilité pour les personnes placées en détention provisoire d'obtenir leur remise en liberté pour des motifs médicaux.

4. Les freins liés aux missions d'expertise.

La question de l'expertise a été examinée sous deux angles : judiciaire et médical.

- D'un point de vue judiciaire, le juge attend un avis circonstancié qui va éclairer sa décision. Or cet avis est relativement cadré par les textes de la loi qui visent expressément :
la notion de pronostic vital engagé,
l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention
La mission de l'expert est donc restreinte à ces questions.

- Du point de vue médical, la mission d'expertise soulève d'autres interrogations :
 - la question de l'hospitalisation ; l'existence d'une modalité d'hospitalisation (centre hospitalier ou UHSI) par essence temporaire, peut faire lever le diagnostic d'incompatibilité avec la détention, les conditions de soins étant alors réunies en milieu hospitalier. Les possibilités de transfert administratif d'un établissement pénitentiaire à un autre plus adapté peuvent avoir les mêmes résultats ;
 - la question des conditions effectives de détention, soulève la question de l'information, de la connaissance et de la circulation de l'expert dans l'établissement pénitentiaire ;

jusqu'où peut-il se rendre pour éprouver ces conditions réelles de détention (cellule surpeuplée, accès possible aux cours de promenade, à l'unité sanitaire, aux ateliers ou en salles de classe, aux sports, etc.)

- la mission confiée à l'expert (et les questions posées)
- les conditions de réalisation des expertises (cf. enquête sur le ressort de Douai)
- les conditions d'exercice de l'expertise médicale en prison. Se posent en effet des difficultés liées aux problèmes de locaux car, selon la circulaire n°2012/373 précitée, les experts médicaux et psychiatriques ne peuvent pas intervenir dans les locaux des unités sanitaires. Sont également concernées les conditions médicales adaptées à la réalisation de leurs examens (difficulté d'accès au dossier médical, absence d'une équipe médicale avec laquelle discuter, accès au dossier pénal du greffe pénitentiaire, etc.)
- un questionnaire important porte sur l'expertise psychiatrique, son caractère obligatoire et systématique et sa place dans la procédure, y compris en urgence. De plus, il est parfois difficile de la réaliser compte tenu de la situation de la personne
- enfin, une dernière problématique touche à l'automatisme de l'expertise.

Sur ces points, deux principes suivants sont soutenus par les membres du groupe de travail :

- La prison ne peut être considérée comme une alternative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ; c'est ainsi que concernant la notion de pronostic vital engagé, le groupe de travail s'en tient à la loi et ne se prononce pas en faveur d'un délai codifié, telle la notion de « court terme » actuellement imposée par la jurisprudence. Il estime qu'il faut laisser au juge – et donc au médecin – la possibilité d'ouvrir des perspectives qui ménagent la notion de pronostic vital engagé, celui-ci étant compris alors comme « une fin inéluctable, malgré les soins ».
- Du fait des difficultés de réalisation, il est proposé de diminuer le nombre d'expertises nécessaire pour fonder une décision de suspension de peine pour raison médicale ce qui permet également de respecter le parallélisme des formes, en retenant un nombre identique pour l'octroi comme pour le retrait. La question de la simplification et du raccourcissement des délais a été évoquée.

5. Les freins liés à l'harmonisation des pratiques judiciaires.

La présentation d'ensemble des différentes mesures d'aménagements de peine ainsi que l'examen des diverses possibilités d'aménagements et de suspensions de peine pouvant être prononcées pour raison médicale sont résumées ci-dessous :

- la libération conditionnelle, mesure d'aménagement de peine la plus ancienne, peut être prononcée au motif de la nécessité de suivre un traitement médical à l'extérieur ;
- les mesures les plus prononcées dans le droit commun : la semi-liberté, le placement à l'extérieur et le placement sous surveillance électronique, peuvent également être prononcées pour raison médicale.

Par ailleurs, la Direction des affaires criminelles et des grâces estime, exception faite de la procédure de suspension de peine pour raison médicale (article 720-1-1 du code de procédure pénale), que le dispositif juridique actuel est suffisant pour répondre aux interrogations du groupe de travail sur les différents types d'aménagements de peine pour raison médicale.

Par ailleurs, en ce qui concerne les aménagements de peine pouvant être prononcés pour raison médicale pour des personnes condamnées, certains membres, sans rallier l'ensemble du groupe de travail, sollicitent :

- la création d'un régime spécifique d'aménagement de peine pour raison médicale ;
- la possibilité de prononcer, pendant la période de sûreté, une mesure d'aménagement de peine pour raison médicale ;
- la validation de la pratique du placement à l'extérieur à domicile censurée par certaines cours d'appel.

6. Les difficultés et les contraintes liées à l'offre d'accueil et aux structures d'aval

La question de l'accueil des personnes sortant de prison a été discutée avec les associations ou fédérations regroupant des gestionnaires d'établissements d'accueil pour des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

La DGS et la DGCS ont présenté les différents dispositifs, les indications d'orientation et les conditions d'admission et de prise en charge financière.

Le panorama des structures sociales, médico-sociales et sanitaires assurant un accueil avec une prise en charge adaptée temporaire ou à plus longue durée pouvant être proposée au bénéfice des personnes sortant de prison, présente une extrême variété de réponses car ces différentes structures sont destinées à prendre en charge des publics très divers.

La diversification dans les réponses de prise en charge requiert en amont un bilan médico-social de qualité qui doit accompagner toute demande d'admission dans une structure adaptée. En effet, du fait même de cette diversité, la stratégie recommandée consiste à ne pas solliciter l'ensemble des structures d'accueil pour une même demande d'hébergement, mais à adapter cette demande au profil et à la situation réelle de la personne proposée. A ce titre, une meilleure coordination entre les services de soins (unité sanitaire), les services pénitentiaires (SPIP, établissements pénitentiaires), le JAP et les établissements d'accueil est un élément primordial pour proposer le dispositif adapté et permettre un accueil approprié aux besoins de la personne.

A chaque profil de personne, peut correspondre un ou plusieurs types de réponses adaptées : sociale, médico-sociale ou sanitaire.

De l'avis général, la diversité des types de structures ne répond cependant pas totalement aux modalités spécifiques de prise en charge de toutes les personnes détenues malades, handicapées ou en perte d'autonomie.

Du point de vue du ministère de la santé, il n'est pas envisagé de créer des dispositifs spécifiques pour les personnes sortant d'incarcération dans le cadre d'aménagements ou de suspension de peine pour raison médicale. L'accès aux dispositifs existants de droit commun est à privilégier, en les adaptant et en favorisant l'accompagnement des professionnels de l'accueil et de la prise en charge et des personnes concernées.

Les craintes exprimées par certains membres du groupe de travail de voir les responsables des structures d'hébergement (EPHAD, ACT), être transformés en auxiliaires de justice ne sont

pas à méconnaître et doivent être entendues. Il en va ainsi des mesures de placement extérieur où, en l'état actuel des textes (article D 136 du code de procédure pénale) la structure d'hébergement doit alerter le juge de l'application des peines ainsi que l'administration pénitentiaire de tout incident concernant la personne placée, ce qui pose des questions en terme de responsabilité mais aussi en terme de pratiques professionnelles et de modalité d'accompagnement.. Le code de procédure pénale ne prévoit toutefois pas d'obligation similaire pour les autres aménagements de peine. Une information complète des structures et le soutien du SPIP permet de répondre au sentiment d'une responsabilité supposée qui pourrait les conduire à rétracter leur acceptation. Il s'agit donc de clarifier les rôles respectifs de chacun, dans le respect des missions et des textes, et d'encadrer les processus d'échanges d'informations, en s'inspirant de conventions déjà en vigueur.

D'autres difficultés rencontrées par certains responsables de structures se cristallisent autour de :

- la complexité des démarches préalables à l'accueil, en particulier le retard d'ouverture des droits sociaux qui peut être un handicap majeur dans le cadre de la prise en charge financière de la personne (absence de paiement de la structure) et à la question du domicile de secours ;
- les difficultés liées au défaut d'informations transmises à l'établissement d'accueil sur l'état de santé du sortant de prison et sur ses obligations judiciaires ;
- les difficultés liées au manque d'accompagnement et l'insuffisance ou au caractère tardif du suivi de la personne accueillie ;
- les difficultés à impliquer les collectivités territoriales (départements) dans la procédure.

Ces différents obstacles amènent les responsables d' de structures d'accueil à proposer les améliorations suivantes :

- développer la domiciliation de secours des personnes détenues auprès de leur établissement pénitentiaire ;
- doter chaque service ou établissement pénitentiaire d'une antenne des services sociaux qui se chargerait d'effectuer les démarches nécessaires à la constitution des dossiers de prestations légales d'aides sociales bien en amont de la décision d'accueil ;
- informer systématiquement le responsable de l'établissement d'accueil des obligations imposées à une personne accueillie (contrat local ou fiche de liaison JAP/SPIP/établissement d'accueil) ;
- améliorer la transparence sur le dossier médical du sortant de prison ;
- fixer par convention nationale, un cadre qui précise les obligations et responsabilités des parties en présence, lequel dispositif sera décliné localement ;
- faciliter dans la mesure du possible la prise de contact préalable entre l'établissement d'accueil et la personne détenue avant la sortie de détention ;
- Faciliter l'information par le JAP qui prononce la mesure d'aménagement et suspension de peine pour raison médicale au SPIP du département concerné de l'arrivée sur

son territoire d'une personne en aménagement de peine ;

- Identifier un membre du SPIP comme l'interlocuteur privilégié de l'établissement d'accueil, en cas de besoin ;
- que ce professionnel pénitentiaire (SPIP) s'engage à un suivi régulier et systématique selon une périodicité définie localement.

En effet, le problème des obligations et coordinations des différents intervenants affleure toujours. Il apparaît cependant que la principale difficulté des dispositifs d'accueil n'est pas tant d'être informés que de préciser leur rôle et savoir quelle conduite tenir si la personne accueillie ne respecte pas ses obligations ; d'où la nécessité impérieuse d'un référent identifié dès le début de la mesure, au sein du SPIP et au niveau des juridictions.

V – LES AXES DE REFLEXION ET PISTES D’AMELIORATION

Au terme de six réunions plénières au cours desquelles les institutions ou personnalités qualifiées listées ci-dessus ont été auditionnées, dans le cadre d’un programme de travail élaboré en commun, les participants au groupe de travail ont avalisé après des débats approfondis, un certain nombre d’améliorations dont la mise en œuvre permettrait de mieux assurer la prise en charge à l’extérieur des personnes concernées (malades, en fin de vie ou en perte d’autonomie).

Il est ainsi apparu nécessaire de réfléchir aux dispositifs d’information et de formation des différents acteurs concernés par les mesures d’aménagement et de suspension de peine pour raison médicale.

Les participants au groupe de travail se sont également accordés pour privilégier l’élaboration d’un guide méthodologique destiné à expliquer les procédures et leurs modalités pratiques de mise en œuvre afin de renforcer et promouvoir les aménagements et suspensions de peine pour raison médicale.

Enfin, il est apparu nécessaire de permettre aux juridictions de l’application des peines de prononcer par jugement une mesure de suspension de peine pour raison médicale, même en l’absence de structure d’accueil, les modalités pratiques de mise en œuvre de cette mesure pouvant être précisées par ordonnance rendue ultérieurement par le JAP, une fois acquises les possibilités d’accueil et d’hébergement de la personne détenue.

1. L’amélioration des statistiques.

Le recueil des données statistiques relatives aux différentes modalités d’aménagements et de suspensions de peine pour raison médicale est effectué par la Direction de l’administration pénitentiaire

Si les données statistiques sont connues en ce qui concerne les mesures d’aménagements de peine, elles sont peu précises en ce qui concerne leurs motifs et ne permettent pas toujours de distinguer les mesures ordonnées pour raison médicale. Les statistiques relatives aux suspensions de peine pour raison médicale mériteraient d’être approfondies afin notamment de recenser les mesures accordées selon la procédure d’urgence.

Seuls les SPIP peuvent suivre la trajectoire des personnes détenues malades faisant l’objet de décisions d’aménagement ou de suspension de peine pour raison médicale, d’où une proposition - en cours d’élaboration - de travailler en utilisant les informations traitées dans le logiciel APPI.

Sur le versant sanitaire, l’Observatoire des Structures de Santé des personnes détenues (OSSD) recense auprès des unités sanitaires et des UHSI le nombre de mesures de suspension de peine et d’aménagements ; or les médecins peuvent documenter les demandes, à partir des situations pour lesquelles ils ont établi des certificats, mais ils ne disposent généralement pas des informations sur la décision rendue, qui intervient plus tard, d’autant que la personne peut être transférée.

Le groupe de travail se prononce donc en faveur de l'amélioration du recueil et de la fiabilisation des données au sein des deux ministères, afin de disposer d'une meilleure connaissance du nombre de ces mesures.

2. Le repérage des personnes concernées.

Le repérage des personnes concernées par une demande d'aménagement et/ou de suspension de peine pour raison médicale relève des personnels pénitentiaires, mais aussi des professionnels de santé et des avocats.

Les médecins n'ont pas le droit, en l'état actuel des textes, de saisir directement les autorités judiciaires, mais ils peuvent remettre des certificats médicaux à la personne détenue ou, avec son accord exprès à sa famille ou à son conseil. Ils doivent également en tout état de cause, s'ils estiment que l'état de santé de la personne détenue n'est pas compatible avec son maintien en détention ou le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, en aviser par écrit le chef d'établissement, qui en informera alors aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente (article D. 382 du code de procédure pénale).

L'autorité judiciaire pourra alors ordonner les expertises médicales imposées par l'article 720-1-1 du code de procédure pénale en vue d'une suspension de peine, elle pourra également prononcer un autre aménagement de peine, si les conditions sont réunies.

En cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension de peine peut être ordonnée au vu du seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire (unité sanitaire, UHSI ou autre service) dans laquelle est prise en charge la personne détenue. Ce certificat médical doit, en application de l'article D. 382 du code de procédure pénale, être remis à la personne détenue, son avocat ou sa famille, ou au chef de l'établissement pénitentiaire, qui pourront alors saisir le juge de l'application des peines. Dès lors, si le médecin indique que le pronostic vital est engagé à court terme, cette prescription peut suffire sans qu'il soit nécessaire d'ordonner d'expertise médicale.

Il existe cependant des cas où, alors même que la personne détenue n'est pas informée de la gravité de sa situation médicale, le pronostic vital étant engagé, cette information doit être portée à la connaissance du juge pour initier une demande de suspension de peine pour raison médicale.

Il appartient également au service pénitentiaire d'insertion et de probation ou au conseil de la personne détenue de faire état de ces problèmes de santé auprès de l'autorité judiciaire compétente, en particulier auprès du juge d'application des peines qui pourra prononcer une suspension ou un aménagement de peine pour raison médicale eu auprès du juge des libertés et de la détention dans le cadre d'une prolongation de la détention provisoire.

Afin d'améliorer les connaissances des acteurs et le dispositif de repérage des personnes détenues concernées par les mesures d'aménagements ou de suspension de peine pour raison médicale et de fiabilisation des données les concernant, il est apparu indispensable au groupe de travail d'élaborer un guide méthodologique destiné aux différents acteurs institutionnels et associatifs afin de pallier l'ensemble des difficultés relevées.

3. L'amélioration des conditions d'expertises.

Les propositions d'amélioration des conditions des expertises concernent trois points :

- l'amélioration des conditions d'accès aux établissements pénitentiaires ;
- la mise en œuvre de conditions de travail appropriées dans les établissements pénitentiaires, en particulier la mise à disposition de locaux dédiés, équipés de manière à répondre aux différents types de missions confiées aux experts et où la confidentialité est respectée,
- une revalorisation des frais de déplacements prenant en compte le temps passé pour accéder à l'établissement pénitentiaire et de la rémunération des expertises.

Ces propositions visent aussi bien la conduite des expertises somatiques que psychiatriques.

4. Les exigences de l'information et de la formation des acteurs professionnels.

Tous les acteurs professionnels concernés par le dispositif d'aménagement et de suspension de peine pour raison médicale font état d'un déficit d'information et de formation. Ce point est particulièrement aigu pour les experts comme l'a montré l'enquête menée auprès de 70 d'entre eux inscrits auprès des tribunaux du ressort de la cour d'appel de Douai.

Les experts, les personnels médicaux et les personnels pénitentiaires souhaitent une formation sur le dispositif des aménagements et suspensions de peine pour raison médicale. A ce titre, le groupe de travail ne verrait qu'avantage à ce que les magistrats interviennent dans le cadre des séminaires d'information mis en place par les compagnies d'experts en justice.

Dans le même ordre d'idée, des formations pourraient être organisées par l'Ecole Nationale de la Magistrature à destination des magistrats et de l'ensemble des professionnels concernés.

5. L'accueil en aval.

Les retours d'expériences mettent en exergue plusieurs difficultés dont celles liées à la complexité du dispositif administratif des structures d'accueil en aval et à leur diversité, ce qui limite les possibilités de prise en charge des personnes bénéficiant d'une mesure de suspension de peine ou d'aménagements. Pour pallier ces inconvénients, certains tribunaux et juges de l'application des peines ont institué la pratique d'accorder par jugement une suspension de peine pour raison médicale, sous réserve d'hébergement, laissant au JAP le soin de fixer par ordonnance la date et le lieu d'accueil lorsque l'hébergement est acquis.

Le groupe de travail interministériel se prononce majoritairement en faveur de la concrétisation jurisprudentielle de cette pratique dans les textes, pour la suspension de peine pour raison médicale, avec un délai de six mois pour fixer la date et le lieu de libération sous peine de rendre caduque la suspension prononcée.

Une telle disposition aurait pour avantage de rassurer les structures d'hébergement et d'accueil notamment en disposant préalablement d'un dossier de couverture sociale et de prise en charge financière complets.

Il convient cependant de souligner que le recours à cette procédure est susceptible de conduire les tribunaux administratifs à sanctionner l'absence de solution d'hébergement, obstacle à la mise en œuvre effective de la suspension de peine pour raison médicale. Ainsi, le tribunal administratif de Paris, par jugement du 13 juin 2007, a enjoint à l'AP-HP « d'orienter ce patient vers une structure adaptée ».

VI – LES RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS SUR LES AMENAGEMENTS ET SUSPENSIONS DE PEINE POUR RAISON MEDICALE.

Le groupe de travail interministériel a souhaité sérier les propositions retenues par l'ensemble du groupe. Celles-ci ont été partagées en deux catégories : les propositions sur lesquelles les participants ont émis des avis favorables unanimes, et les propositions pour lesquelles les avis des uns et des autres demeurent partagés voire opposés.

Au sein de chacune de ces deux catégories, les propositions ont été scindées selon des considérations touchant aux dispositions d'ordre général destinées à mieux encadrer l'ensemble des dispositifs d'aménagements et de suspension de peine, les propositions élargissant le champ d'application des suspensions de peine pour raison médicale, celles assouplissant les procédures d'octroi ou, encore, celles touchant aux modalités de retrait et, enfin, les dispositions propres à la libération conditionnelle.

Face à chaque mesure proposée, figurent des observations particulières qui visent à étayer ou expliciter le choix des participants, voire les désaccords constatés. Les participants ont également tenu à préciser le support matériel de la proposition : modification législative ou réglementaire, guide méthodologique.

1. Les propositions ayant requis un avis favorable unanime du groupe.

1.1 Les dispositions générales.

Elles sont au nombre de trois :

- Elaborer un guide méthodologique santé/justice unique sur la suspension de peine et les aménagements pour raison médicale destiné à l'ensemble des acteurs professionnels concernés,
- Mettre en place une information et des formations pour les différents professionnels concernés sur les suspensions de peine et les aménagements pour raison médicale : les personnels médicaux, les magistrats, les personnels pénitentiaires, les médecins experts, etc,
- Améliorer et fiabiliser le dispositif de recueil des statistiques relatives aux suspensions de peine pour raison médicale.

1.2 Propositions élargissant le champ d'application de la suspension de peine pour raison médicale.

- Mieux prendre en compte le handicap dans le cadre des demandes de suspension de peine pour raison médicale. Le groupe de travail s'accorde sur la nécessité de préciser dans le guide pratique que la suspension de peine pour raison médicale est applicable à l'égard des personnes dont le handicap est durablement incompatible avec la détention et qu'il convient, dans cette appréciation, de bien prendre en compte les conditions effectives de détention ordinaire (rappel de la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme et de la Cour de cassation). Il est recommandé que les experts

bénéficient de l'ensemble des moyens afin de vérifier si l'état de santé de la personne est compatible avec les conditions de détention ordinaire. Si certains membres du groupe de travail souhaitent qu'il soit expressément fait référence au handicap dans le texte de l'article 720-1-1 du CPP, d'autres estiment que le handicap peut être déjà pris en compte en application des dispositions en vigueur.

- Mieux prendre en compte les troubles psychiatriques au titre de la suspension de peine pour raison médicale. Les dispositions de l'article 720-1-1 du CPP -qui n'excluent que les personnes hospitalisées en établissement de santé pour troubles mentaux- le permettent d'ores et déjà; le texte actuel est toutefois interprété diversement, de sorte que la plupart des praticiens pensent que la suspension de peine pour raison médicale n'est pas applicable aux troubles de nature psychiatrique. Les membres du groupe sont donc favorables à une modification de cet article, en supprimant les termes « hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux »).
- Permettre, au stade pré-sentenciel, la remise en liberté pour raison médicale, selon les mêmes critères que la suspension de peine pour raison médicale, d'une personne mise en examen, prévenue ou mise en accusation placée en détention provisoire.

1.3 Propositions assouplissant les règles procédurales relatives à l'octroi de la suspension de peine pour raison médicale.

- Supprimer l'exigence, hors cas d'urgence, de 2 expertises médicales concordantes et proposer le passage à une seule expertise médicale en cas de demande de suspension de peine pour raison médicale, sans distinguer selon les motifs de cette suspension (pronostic vital engagé et état de santé durablement incompatible avec la détention). Prévoir néanmoins la possibilité pour le parquet ou la personne détenue de demander une contre-expertise, que le JAP ne pourra refuser que par ordonnance motivée susceptible d'appel.
- Revoir le sort de l'expertise psychiatrique en cas de demande de suspension de peine pour raison médicale. L'ensemble des membres du groupe est favorable pour prévoir a minima par décret une dérogation à l'obligation d'ordonner une expertise psychiatrique pour les suspensions de peine pour raison médicale en urgence, en modifiant l'article D. 49-23 du CPP (ainsi que l'envisage déjà l'article 712-23 du CPP).
- Certains membres du groupe se sont interrogés sur la place de l'expertise psychiatrique dans l'octroi de l'ensemble des aménagements et suspensions de peine pour raison médicale, d'autant que, dans ces hypothèses, l'état de santé de la personne rend parfois impossible la réalisation d'une expertise psychiatrique.
- Elargir la compétence du juge de l'application des peines pour toutes les demandes de suspensions de peine pour raison médicale en urgence, quel que soit le reliquat de peine restant à exécuter.
- Permettre la représentation de la personne condamnée par son avocat devant le JAP et le tribunal d'application des peines (TAP) pour les demandes d'aménagement ou de suspension de peine pour raison médicale, lorsque l'état médical de la personne fait obstacle à son audition.

1.4 Autre proposition relatives à l'amélioration des procédures de suspension de peine pour raison médicale.

- Améliorer les conditions matérielles de réalisation des expertises en milieu pénitentiaire lieu de réalisation des expertises, autres propositions...). Le groupe recommande de prévoir un bureau pour les experts, en dehors des locaux de soins, ou, à défaut, l'accès des experts en unité sanitaire en cas de demande de suspension de peine pour raison médicale. Il est nécessaire en effet de donner à l'expert les moyens de répondre aux questions qui lui ont été posées.

1.5 Propositions concernant la libération conditionnelle.

- Créer un mécanisme permettant à la personne dont l'état de santé est définitivement incompatible avec la détention, de bénéficier d'une libération conditionnelle à des conditions assouplies (sans référence à la durée de peine exécutée comme pour la libération conditionnelle des plus de 70 ans), à l'issue d'une certaine durée passée sous le régime de la suspension de peine pour raison médicale ;
- Dans le cadre des débats en cours sur la suppression des dispositions automatiques et sans envisager la création d'un régime spécifique pour les personnes malades, les membres du groupe de travail souhaitent appeler l'attention sur les difficultés soulevées par les procédures et les mesures automatiques prévues à l'article 730-2 du CPP concernant l'octroi de libérations conditionnelles aux personnes condamnées à de longue peine. Ces difficultés sont d'autant plus importantes pour les personnes malades pour lesquelles un transfert en centre national d'évaluation ou une mesure probatoire de semi-liberté ou de placement sous surveillance électronique peuvent poser problème.

Le groupe recommande donc de modifier les dispositions de l'article 730-2 du CPP pour permettre :

- la suppression du caractère obligatoire du passage au CNE et de l'avis de la CPMS préalablement à l'octroi d'une libération conditionnelle pour les longues peines.
- la suppression de l'obligation d'assortir la libération conditionnelle, à l'encontre des personnes condamnées à une longue peine privative de liberté, d'un placement sous surveillance électronique mobile ou de la faire précéder d'une mesure probatoire de semi-liberté ou de placement sous surveillance électronique.
- l'ajout du placement à l'extérieur au titre des mesures probatoires des libérations conditionnelles pour les longues peines.

1.6 Proposition relative aux autres aménagements de peine.

- Clarifier et modifier les dispositions relatives au régime du placement à l'extérieur pour le rendre plus attractif, parce qu'il se révèle particulièrement adapté aux personnes souffrant de problèmes de santé.

1.7 Propositions relatives à la prise en charge en aval.

- Le groupe de travail constate que dans les différentes procédures de suspensions et

d'aménagements de peine pour raison médicale, il manque un coordonnateur entre l'équipe soignante, les services sociaux et le SPIP. Il propose de redonner au SPIP son rôle de référent et de coordonnateur du dispositif, tout au long de la procédure, notamment dans le suivi de la mesure, tout en insistant sur l'appui que doivent lui apporter les partenaires sanitaires et les services sociaux ;

- Prévoir, par des dispositions réglementaires, les modalités d'une saisine rapide du SPIP compétent pour assurer le suivi de la personne bénéficiant d'une suspension de peine pour raison médicale, dès sa sortie de prison ;
- Organiser une rencontre systématique, préalable à la sortie, entre la personne bénéficiant d'une suspension de peine ou d'un aménagement de peine pour raison médicale, l'établissement d'accueil et les SPIP compétents (milieu fermé et milieu ouvert) pour préparer les conditions d'accueil, dans la mesure du possible dans le cadre d'une permission de sortir ;
- Définir dans une fiche de liaison santé/justice le cadre de l'accueil, le rôle et les obligations incombant aux établissements d'aval ainsi que les conditions de suivi de la personne condamnée par le SPIP et le JAP ;
- Favoriser les conditions de faisabilité et de mise en place d'un guichet unique électronique des demandes d'aménagement de peine et de suspension de peine pour raison médicale (par ex. plateforme informatique mise en place par quelques associations).

2. Propositions ayant recueilli des avis partagés des membres du groupe de travail interministériel.

2.1 Dispositions générales.

- Modifier les dispositions de l'article 367 du code de procédure pénale pour permettre à la cour d'assises, par décision spéciale et motivée, de décider que la personne condamnée pour un crime ne soit pas incarcérée dès l'issue de l'audience, ce qui lui permettrait de demander une suspension de peine pour raison médicale ou un aménagement de peine avant la mise à exécution de la condamnation.

Tous les membres du groupe de travail y sont favorables, sauf la DACG. La Direction des affaires criminelles et des grâces considère en effet que la Cour d'assises peut déjà ordonner, à titre exceptionnel, la remise en liberté du condamné pour des motifs d'ordre médical après avoir prononcé la peine, en application de l'article 148-1 du CPP, et qu'une telle modification impliquerait de revenir sur une disposition récente introduite par la loi du 17 mai 2011 à la demande de la Cour de cassation, ce qui serait source d'instabilité législative.

- Proposer la fixation et le relèvement des tarifs de rémunération des expertises médicales effectuées en matière d'application des peines (articles R. 106 et suivants du CPP). Tous les membres du groupe y sont favorables, sauf la Direction des services judiciaires. Elle considère que toute réévaluation tarifaire d'honoraires spécifiques pour les examens médicaux en détention, tout comme l'introduction d'un forfait « déplacement en

détention », qui viendrait s'ajouter aux honoraires du médecin, iraient à l'encontre du projet de décret relatif aux frais de justice qui vient d'être transmis par le SGG au Conseil d'Etat.

2.2 Propositions élargissant le champ d'application de la suspension de peine pour raison médicale.

- Suppression de l'exigence de court terme ajoutée par la jurisprudence concernant le motif du pronostic vital engagé : Le groupe constate que la jurisprudence de la Cour de cassation, exigeant que le pronostic vital soit engagé à court terme, rend difficile l'octroi de la suspension de peine pour raison médicale. Pour autant, il apparaît difficile de préciser cette notion de court terme dans les textes, tant en terme médical que pour laisser une marge d'appréciation aux magistrats. Il convient par ailleurs de souligner que la loi pénitentiaire a créé une procédure d'urgence applicable lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. A contrario, la procédure classique de suspension de peine pour raison médicale devrait toujours pouvoir être engagée lorsque le pronostic vital est engagé à plus long terme. Avis majoritairement favorable au maintien du texte en l'état, la précision pouvant être apportée dans le guide méthodologique sur la suspension de peine, certains membres du groupe souhaitant en revanche qu'il soit expressément précisé à l'article 720-1-1 du CPP que le pronostic vital est engagé « à court ou moyen terme ».

Par ailleurs, certains membres du groupe ont proposé d'établir une trame d'expertise qui pourrait figurer dans le guide méthodologique.

2.3 Proposition assouplissant les règles procédurales relatives à l'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale.

- Consacrer dans le code de procédure pénale la pratique de certains TAP et JAP accordant par jugement une suspension de peine pour raison médicale, sous réserve d'hébergement, et laisser au JAP le soin de fixer par ordonnance la date et le lieu d'accueil lorsque l'hébergement sera acquis.

Le groupe de travail appelle l'attention des ministres sur les possibilités qui pourraient en découler pour les personnes détenues de saisir les juridictions administratives pour enjoindre l'hôpital dont dépend l'unité sanitaire de leur trouver une structure de soin (décision du TA Paris, 13 juin 2007). La Direction des affaires criminelles et des grâces estime inopportune cette proposition de consécration législative, dès lors que cette pratique, qui a vocation à demeurer exceptionnelle n'est pas censurée par la Cour de cassation

2.4 Proposition relative aux règles procédurales de retrait d'une suspension de peine pour raison médicale.

- Modifier éventuellement les motifs de retrait des mesures de suspensions de peine pour raison médicale :

Les membres du groupe se sont tous déclarés défavorables à la proposition émise par certains que l'état de santé devienne l'unique critère d'appréciation.

Certains membres du groupe de travail ont proposé de limiter le nombre des obligations pouvant être imposées aux personnes en suspension de peine pour raison médicale et dont la violation pourrait par conséquent entraîner une révocation de ladite mesure. D'autres membres du groupe se sont déclarés favorables au maintien des obligations actuelles : le prononcé de ces obligations restant à l'appréciation du juge de l'application des peines, tout comme le prononcé de la révocation en cas de violation de ces obligations.

Il a été proposé par la Direction des affaires criminelles et des grâces de remplacer le motif actuel du « risque de renouvellement de l'infraction » par ceux existants pour les aménagements de peine (condamnation pour une nouvelle infraction et inconduite notoire). Les membres du groupe de travail sont défavorables à la notion d'inconduite notoire, considérée comme trop vague. Mais, alors que certains membres ont proposé de remplacer le « risque de renouvellement de l'infraction » par la notion de « condamnation pour une nouvelle infraction », d'autres ont souhaité le maintien du texte actuel (le risque de renouvellement ne recoupant pas les mêmes hypothèses que la condamnation pour une nouvelle infraction).
