

Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques

Septembre 2016 - n° 41

Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge

par Laurent Ridel¹ et Caroline Touraut²

La question de la fin de vie en milieu carcéral est particulièrement sensible. Étroitement liée à celle du vieillissement et à celle de la maladie, elle suscite beaucoup d'angoisses en détention. Ce cahier, issu notamment d'une recherche consacrée au vieillissement en milieu carcéral, présente les aménagements institutionnels et législatifs récemment adoptés pour répondre aux besoins des personnes en fin de vie en prison. Leur prise en charge en établissement n'en fait pas moins l'objet de difficultés persistantes tant pratiques qu'au regard d'exigences éthiques. De même, la mise en œuvre des dispositifs permettant la sortie des personnes en fin de vie nécessite une approche volontariste et exigeante de l'ensemble des acteurs concernés qui fait parfois défaut aujourd'hui encore.

La question de la fin de vie des personnes détenues est particulièrement délicate puisqu'elle combine deux thématiques sensibles, l'approche de la mort et la privation de liberté. Un tel sujet soulève des enjeux d'ordres médical, sociologique, juridique, philosophique autant que politique. En France, le nombre de décès de personnes détenues demeure important puisqu'en 2014, l'administration pénitentiaire a dénombré 219 décès dont un par homicide et 110 suicides. Parmi les 108 autres décès, 54 ont eu lieu en détention et 54 hors détention (hôpital, aménagements de peine...).

L'étude épidémiologique intitulée PARME³, récemment menée par des chercheurs, et des praticiens hospitaliers a recensé sur une période de 3 mois, 50 personnes détenues qui relèvent d'une démarche palliative. Leur travail montre que les personnes en fin de vie en détention sont plus jeunes que les personnes

relevant de soins palliatifs dans la population générale alors que les patients-détenus recensés ont une moyenne d'âge plus élevée que celle de la population carcérale totale.

La fin de vie en prison est inextricablement liée à la question de la vieillesse et à celle de la maladie en détention, même si chacune d'elles recouvre des enjeux spécifiques. Les travaux portant sur la fin de vie, sur le vieillissement et la maladie en milieu carcéral sont peu nombreux et les recherches en sciences sociales, notamment en sociologie, sont plus rares encore. L'approche psychologique est également très peu développée, les travaux existants sont très largement exploratoires⁴. Pourtant, le vieillissement en prison est devenu une question majeure se posant aux acteurs publics qu'ils soient pénitentiaires, soignants, ou encore magistrats. En effet, on note une augmentation très sensible du nombre de

2 personnes âgées⁵ en détention. En l'espace de trois décennies, le nombre de personnes âgées présentes en prison a été multiplié par 5,2 (et même par 7,4 pour les plus de 60 ans). Emmanuel Brillet note que « ce phénomène de vieillissement concerne aussi bien les hommes que les femmes, mais il est plus accentué pour les premiers que pour les secondes : la part relative des plus de 50 ans a été multipliée par 2,5 dans la population carcérale masculine entre 1980 et 2013 (passant de 4,4% à 11,2%) et par 1,9 dans la population carcérale féminine (de 7% à 13%) »⁶. Au 1^{er} janvier 2015⁷, 12% des personnes écrouées en France étaient âgées d'au moins 50 ans et 3,9% d'au moins 60 ans. Si le vieillissement de la population française dans son ensemble explique en partie cette croissance, elle est principalement due à des effets relevant du champ criminologique et pénal. En effet, en une génération le phénomène a pris une ampleur considérable sous l'effet conjugué de l'augmentation corrélative de la durée des peines et de la pénalisation croissante de certaines infractions (notamment en matière de délinquance sexuelle). On observe depuis le milieu des années 2000 une stabilisation de la part relative de cette tranche d'âge qui n'est donc plus marginale. Par ailleurs, le nombre de personnes écrouées âgées a poursuivi sa croissance. Au 1^{er} janvier 1990, 2 279 personnes âgées de 50 ans ou plus étaient écrouées. On en comptait 5 455 au 1^{er} janvier 2000 et 9 291 au 1^{er} janvier 2015. L'effectif des 60 ans ou plus écroués a crû plus fortement encore, passant de 449 en 1990, à 1 564 en 2000 et à 3 021 au 1^{er} janvier 2015 (soit une multiplication par plus de 6 en vingt-cinq ans).

Comment les personnes détenues âgées abordent-elles le risque de décéder en prison ? Quels dispositifs institutionnels permettent de répondre aux besoins des personnes incarcérées âgées et/ou malades en fin de vie dans les prisons, lieux par définition très contraignants ? Quelles sont les mesures législatives qui doivent permettre aux personnes d'avoir une mort digne et apaisée hors du milieu carcéral ?

Les analyses proposées sont issues des expériences et réflexions professionnelles de Laurent Ridet et d'un travail de recherche menée sur le vieillissement en milieu carcéral⁸ par Caroline Touraut et Aline Désesquelles. Au cours de cette étude, 140 entretiens semi-directifs ont été réalisés dans quatre établissements pénitentiaires aux caractéristiques très diversifiées. Les rencontres avec 63 personnes détenues, 38 personnels de surveillance, 19 personnels des unités sanitaires (US, anciennement UCSA), 15 conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) ont permis d'analyser la diversité des expériences carcérales des personnes âgées de 50 ans et plus et d'appréhender les difficultés que peuvent poser leur prise en charge pour les professionnels travaillant en prison. Si l'étude ne portait pas directement sur la fin de vie, la richesse des entretiens permet de nourrir les réflexions sur ce sujet.

● La crainte de mourir en prison

« Ce qui fait peur c'est que j'ai soixante-quinze ans et qu'on est tous mourant. Je ne voudrais pas crever là-dedans.

- *Ça c'est quelque chose qui vous inquiète beaucoup de décéder en détention ?*

- C'est ça qui fait le plus peur. » (Jacques, 75 ans, CD, condamné à 15 ans, incarcéré depuis 3 ans, primaire)

L'étude menée sur le vieillissement en prison témoigne de la crainte éprouvée par la très grande majorité des personnes de mourir en prison⁹, de quitter l'institution « les jambes devant » ou « entre quatre planches » pour reprendre des expressions qu'elles mobilisent souvent. Aux dires des professionnels, la mort demeure un sujet particulièrement tabou.

« - *Ils appréhendent de décéder en prison ?*

- Ils n'en parlent pas ou très rarement. Parce que je pense qu'ils ne s'imaginent pas mourir en prison.

Ils ne peuvent pas s'imaginer mourir en prison. » (Rose, CPIP en CD, 32 ans, 5 ans d'ancienneté)

Mourir chez soi, dans un lieu qui raconte ce que l'on a été et ce que l'on a fait, apparaît important pour une grande part des personnes¹⁰. Plus que tout autre lieu, elles redoutent que la prison soit leur dernière demeure. Derrière la peur de décéder en prison, il y a aussi un désir de mourir en homme libre. Mourir en prison, c'est mourir « détenu », comme si les détenus étaient enfermés pour toujours dans cette identité stigmatisante¹¹.

« - Mourir, c'est beau, c'est bien, mais mourir ici... Ce n'est pas pour moi, c'est pour la famille.

- *Pourquoi pour votre famille ?*

- Moi, si je meurs ici, pour moi, bah bon, je suis mort, je suis mort. Mais c'est pour la famille... pour la famille c'est le déshonneur quoi... c'est le déshonneur. Oui, il vaut mieux mourir... dehors. » (Edmond, 66 ans, CD, condamné à 20 ans, incarcéré depuis 12 ans, primaire)

Certains souhaitent également pouvoir réaliser un certain nombre de projets à l'extérieur avant leur mort ou simplement respirer « l'air libre » au moins une dernière fois. Mourir en prison, c'est aussi mourir loin de sa famille, sans être entouré de ses proches. Les personnes détenues redoutent ainsi de décéder seules en cellule ou sous le regard d'un codétenu ou d'un personnel de surveillance.

« Oui cela me fait peur, je ne veux pas mourir ici. Je veux bien mourir mais en présence de ma famille, je ne veux pas qu'ils me trifouillent mon corps ici... Je veux mourir dans ma famille. » (Jean-Pierre, 60 ans, MA, condamné à 11 ans, incarcéré depuis 2 ans et demi, primaire)

Ils sont enfin nombreux à s'inquiéter de ce qui est fait, par l'administration pénitentiaire, des corps des personnes décédées en prison.

« Comme je dis j'arrive sur mes vieux jours et je vais les finir ici. Je pense souvent à la mort. Mais moi je préférerais être à côté de mon fils. Et puis je ne sais pas comment ça se déroulerait après. » (Monique, 60 ans, CD, condamnée à 10 ans, incarcérée depuis 3 ans, primaire)

La religion permet à certains d'envisager leur mort de façon moins angoissée puisqu'elle est dès lors appréhendée comme un simple passage d'un état à un autre. Le moment et le lieu où elle surviendra sont considérés comme des décisions de Dieu, elles doivent donc être acceptées. Pour quelques personnes très isolées, l'absence de perspective à l'extérieur les amène à attendre la mort, le lieu et le moment où elle arrivera leur importe peu tant elles espèrent qu'elle les libérera de leurs souffrances. Leurs propos témoignent de leur très fort isolement et de leur détresse.

Outre leur crainte de décéder en prison, les personnes détenues se soucient fortement de la manière dont elles seront prises en charge en fin de vie, faisant le constat d'un certain nombre d'insuffisances en détention.

● Des aménagements en détention prévus mais encore insuffisants

La présence de personnes incarcérées en perte d'autonomie et/ou malades en fin de vie amène à s'interroger sur l'adaptation du cadre carcéral à leurs besoins.

L'administration pénitentiaire a engagé depuis le début des années 2000 des réformes et des aménagements visant à améliorer les conditions d'hébergement et de détention des personnes détenues en situation de grande fragilité physique. L'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dispose notamment que les contraintes de la vie en détention doivent tenir compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue¹². Des travaux d'aménagement immobiliers ont été ou sont entrepris dans de nombreuses prisons pour faciliter la prise en charge des personnes confrontées à des problèmes de santé importants. Néanmoins, la situation varie beaucoup selon les établissements pénitentiaires dont l'architecture est très diversifiée. Par exemple, selon une étude réalisée par la DAP, « sur 189 établissements, 90 indiquent bénéficier de places aux normes PMR¹³ et/ou des cellules adaptées dont 53 établissements construits ou rénovés dans le cadre des 3 programmes de construction successifs initiés en 1987 et prenant fin en 2014 (plans « 13 000 », « 4 000 », et « 13 200 »). »¹⁴. Ainsi, dans les bâtiments anciens, la situation est moins favorable aux personnes en perte d'autonomie, malade et en fin de vie qu'elle ne l'est dans les établissements plus récents¹⁵.

En ce domaine, l'une des avancées les plus notables de la loi pénitentiaire de 2009 réside dans la possibilité offerte pour les personnes incarcérées d'être soutenues dans les gestes de la vie quotidienne par un aidant de leur choix. Le texte reconnaît le droit des personnes détenues à bénéficier des prestations de soutien offertes par les départements et notamment de l'intervention d'auxiliaires de vie¹⁶. Cependant, ce dispositif reste très complexe à mettre en œuvre. D'abord, la constitution du dossier administratif et financier s'avère compliquée et longue, les personnels de l'administration pénitentiaire estimant être peu formés pour accompagner la personne détenue dans cette démarche. Pour y répondre, la DAP a édité en septembre 2014 puis décembre 2015, le « Guide des droits sociaux accessibles aux personnes placées sous main de justice à l'usage des personnels pénitentiaires ». En outre, la question du coût de ce dispositif est particulièrement problématique, une partie du financement de l'intervention des auxiliaires pouvant rester à la charge du bénéficiaire alors que les personnes incarcérées ont souvent très peu de ressources. Par ailleurs, quand une personne est incarcérée dans un établissement qui ne se situe pas dans le département où elle résidait avant sa mise en détention, ou pour celles qui ne sont pas en mesure de déclarer de lieu de résidence, les conseils généraux n'acceptent pas toujours d'assurer le versement de cette prestation estimant qu'elles ne relèvent pas de leur compétence.

« C'est quelque chose d'extrêmement compliqué à expliquer par exemple au service du conseil général qui a été saisi y a déjà plus d'un an sur cette matière et qui nous a renvoyé en disant « mais non, non, c'est des publics justice nous on n'est pas concerné », donc ils ne reconnaissent pas du tout la domiciliation de la personne au niveau de l'établissement. Normalement c'est la loi. Donc c'est vrai qu'il y a tout un travail pédagogique à faire avec ces organismes qui bien entendu sont extrêmement frileux du fait des répercussions financières que ça peut avoir sur leur budget. » (Ariane, DSP, CD, 46 ans, depuis 20 ans dans l'AP)

Ces refus illustrent la résistance des administrations publiques non rattachées au ministère de la Justice, à prendre en charge le « public justice ». Ils témoignent plus largement de la manière dont les politiques de la vieillesse sont marquées par des tensions entre des missions de service public et des contraintes budgétaires¹⁷. Prenant en considération ces difficultés, l'article 31 de la loi du 15 août 2014 apporte des modifications au dispositif¹⁸ de la loi pénitentiaire de 2009 permettant d'élire domicile, au sens légal et administratif, auprès de l'établissement pénitentiaire. Ainsi, la note interministérielle du 9 mars 2015 rappelle que la domiciliation est un droit. Elle rappelle également « l'impossibilité pour un CCAS ou un CIAS de refuser la domiciliation d'une personne détenue au motif de l'absence de lien avec la commune dès lors qu'elle répond aux critères de l'article 30 de la loi du 24 novembre 2009 ». Ces textes devraient faci-

liter cette démarche jusqu'alors longue à établir et qui suppose que la personne ne soit pas transférée en cours de détention.

Les CPIP soulignent en outre les obstacles pour trouver des associations d'aide à la personne qui acceptent d'intervenir en établissement pénitentiaire. Leur nombre insuffisant dans certaines zones géographiques, l'éloignement des prisons des centres villes et leurs représentations sociales expliquent en grande partie ces difficultés. Par ailleurs, la proximité corporelle qu'impose l'intervention et le fait de se trouver seul dans la cellule avec la personne détenue, sont des motifs de réticences exprimés par les auxiliaires de vie. Par ailleurs, ces professionnels sont souvent des femmes qui sont majoritairement destinées à intervenir auprès d'hommes détenus. En conséquence, l'administration pénitentiaire s'efforce de mener un travail pédagogique visant à rassurer et à convaincre les structures d'aide à la personne en les informant des règles de fonctionnement et de sécurité en prison.

« L'association était d'accord, la seule chose c'est qu'ils ne voulaient pas imposer à leur personnel de venir ici, donc ils ont demandé à leur personnel qui était intéressé pour intervenir en milieu carcéral... Et donc moi je les ai accueillis avec la cadre de santé de l'UCSA, pour les faire visiter, pour démystifier un peu la prison. » (Valérie, DSPIP en MA, 44 ans, 23 ans d'ancienneté)

Enfin, les auxiliaires de vie rencontrent un certain nombre de difficultés dans l'accomplissement de leurs missions en établissement. Ces professionnels étant habituellement rémunérés à l'acte, le temps souvent long pour accéder à la cellule en raison du nombre de portes et de sas à franchir, peut avoir des répercussions financières ou se fera au détriment des soins puisqu'ils resteront moins longtemps auprès de la personne. Les auxiliaires peinent aussi parfois à disposer de tout le matériel nécessaire pour apporter les soins appropriés et l'espace très exiguë de la cellule leur impose d'adopter des postures peu confortables. Enfin, leur intervention apparaît souvent insuffisante aux regards des besoins, et la continuité des soins n'est pas toujours assurée.

« Ce n'est pas suffisant. Ils sont 20 minutes sur un détenu le matin. Donc c'est très court. » (Sylvain, gradé en CD, 45 ans, depuis 21 ans dans l'AP)

En conséquence, les personnes incarcérées en situation de perte d'autonomie sont aidées par d'autres détenus, ce qui soulève de nombreuses questions. D'abord, pas toujours rémunérés, ils sont aussi rarement formés pour effectuer des gestes qui nécessitent pourtant des précautions afin de ne pas blesser la personne ou ne pas la placer dans une position susceptible d'être douloureuse. Les gestes professionnels visent aussi à ce que l'intervention soit la plus respectueuse de la dignité du soigné. Par ailleurs, la dissymétrie des relations aidé-aidant porte potentiellement un

certain nombre de risques. Ceux-ci sont nécessairement plus élevés dans l'espace clos de la prison, et compte tenu de l'économie des relations entre personnes détenues.

« On a des codétenus qui aident un de nos patients de façon pas pro, avec tout ce que ça suppose de services rendus et donc qui le rend débiteur de ses codétenus, ce qui n'est pas très sain dans une prison » (Lionel, 45 ans, personnel médical en MA)

Le risque de chantage ou de racket sur des personnes considérées par tous comme vulnérables est important selon les professionnels et les personnes détenues rencontrées. Mais il se peut aussi que la personne dépendante ait une emprise sur celle qui prend soin d'elle.

« Ici, on aide quelqu'un et après les gens ne te remercient pas, tout un coup, ils vont trouver quelqu'un d'autre pour t'aider et pour toi, c'est le mépris alors cela te prend beaucoup d'énergie, aider les gens ici, c'est très difficile, cela te prend beaucoup d'énergie. Donc j'aide ponctuellement mais pas plus, non... C'est très compliqué, c'est très difficile... » (Manuella, 54 ans, CD, condamnée à 30 ans, incarcérée depuis 11 ans, primaire)

La situation est néanmoins tout autre quand dans certains établissements pénitentiaires des personnes détenues volontaires qui ont fait l'objet d'une procédure adaptée de recrutement évaluant leurs capacités et leur motivation, bénéficient d'une formation et d'une rémunération pour répondre aux besoins de ceux qui sont en situation de dépendance. Généralement chaque aidant s'occupe alors de deux détenus, lesquels ont donné au préalable leur consentement quant au principe d'un accompagnement et à l'identité de l'accompagnant.

Au-delà des adaptations et des dispositifs retenus par l'administration pénitentiaire, le maintien sous écrou d'une personne en fin de vie dans des conditions décentes dépend de la prise en charge médicale.

● Une prise en charge médicale en détention inadaptée pour les soins palliatifs

Le système français de prise en charge sanitaire des personnes détenues confié depuis 1994 aux services du ministère de la Santé, permet-il de garantir un suivi et un accompagnement adaptés des personnes détenues en fin de vie relevant d'une démarche palliative ? En conclusion d'une étude très récente, la réponse apportée par les chercheurs, également praticiens hospitaliers, est clairement négative¹⁹. Ils estiment en effet que la nature même de la prison, lieu d'enfermement aux contraintes multiples, souvent en sur-effectif, ne permet pas d'accueillir dignement des personnes en fin de vie. Ils expriment notamment la difficulté pour ces personnes de s'alimenter ou leur impossibilité de se reposer car la prison est un lieu bruyant. Selon les auteurs, leur prise en charge est également peu satisfaisante dans les unités

hospitalières sécurisées interrégionales spécialisées (UHSI) situées en milieu hospitalier où sont transférés ceux qui souffrent des pathologies les plus graves et qui nécessitent une hospitalisation de plus de 48h. Les UHSI ne peuvent que très difficilement constituer un espace de prise en charge palliative d'abord parce que les soignants n'y sont pas spécifiquement formés, ensuite parce que les contraintes de sécurité y demeurent prégnantes et ne favorisent pas les conditions d'une fin de vie paisible.

La loi vient dès lors permettre la sortie des personnes afin qu'elles terminent leur vie à l'extérieur des établissements pénitentiaires.

● Le législateur encourage une fin de vie en dehors du contexte carcéral

Les possibilités ouvertes par la libération conditionnelle

Toute personne condamnée peut demander en fin de peine (ou sans durée particulière pour les courtes peines) des mesures d'aménagement de peine à savoir une libération conditionnelle, une semi-liberté ou un placement sous surveillance électronique. S'agissant de mesures visant à favoriser la réinsertion du condamné et à prévenir la récidive, la demande doit être motivée et reposer sur un dossier étayé (travail, formation, famille, hébergement...). Elle peut à ce titre être accordée pour des raisons de santé (« suivi d'un traitement médical »), le plus fréquemment dans le cadre d'une libération conditionnelle. La loi pénitentiaire de 2009 a d'ailleurs facilité les conditions d'octroi de la libération conditionnelle pour les condamnés âgés de 70 ans qui n'ont plus à justifier d'une durée minimum de détention²⁰. Néanmoins, les personnes détenues et les professionnels en établissement semblent nombreux à ne pas connaître cette disposition spécifique ou, tout du moins, ignorent largement les conditions précisément requises pour la solliciter.

« Après je crois qu'il y a une loi, mais je ne sais plus trop, on ne l'a jamais mise en place ici, une loi qui facilite la mise en aménagement de peine des plus de 70 ans » (Adèle, CPIP en MC, 33 ans, 8 ans d'ancienneté)

En outre, les professionnels sont nombreux à estimer que la légitimité de cette mesure dépend, outre de l'âge, de la longueur de la peine et du temps d'incarcération déjà effectué. Les conditions qu'ils décrivent ne figurent pas dans le texte de loi mais résultent des représentations qu'ils ont de ce qui peut rendre légitime la libération d'une personne détenue âgée ou de ce qui, à leurs yeux, ne peut la justifier moralement. Par là même, ils opèrent un certain nombre de ciblage en amont qui ne sont pas sans conséquences sur l'application de la loi. Ils affirment néanmoins quasi unanimement qu'il convient de favoriser la libération des personnes en fin de vie afin qu'elles ne décèdent pas en prison.

La suspension de peine pour raison médicale

La loi du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner » a créé la possibilité de suspendre pour une durée indéterminée, l'exécution d'une peine privative de liberté lorsque la personne condamnée est atteinte d'« une pathologie engageant à brève échéance le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention » (Article 720-1-1)²¹. La loi ne prévoit aucune condition d'âge, « cette loi n'est pas faite pour répondre au problème particulier des personnes âgées en prison, ou tout au moins pas exclusivement. »²². Les conditions d'application de la suspension de peine pour raison médicale ont été à plusieurs reprises modifiées, parfois sous l'effet de faits divers médiatisés, dans le sens d'une plus grande rigueur ou bien dans celui d'un plus grand humanisme. La loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales est venue assouplir et élargir sensiblement ce dispositif²³. D'une part, la loi dispose que les personnes en détention provisoire sont concernées par ce dispositif et qu'elles peuvent être mises en liberté dès lors qu'une expertise médicale a établi la présence d'une pathologie engageant le pronostic vital ou a posé le constat d'un état de santé incompatible avec la détention. Ensuite, la loi est venue préciser que l'état de santé durablement incompatible avec la détention recouvre les problèmes physiques mais aussi mentaux. Enfin, la loi revient sur l'exigence de deux expertises médicales concordantes. Une seule expertise permet désormais au juge de prononcer une suspension de peine. En cas d'urgence, elle peut être ordonnée sur la base d'un certificat médical rédigé par le médecin traitant, en pratique le médecin responsable de l'unité sanitaire de la prison.

La loi du 15 août 2014 facilite l'octroi d'une libération conditionnelle au bénéfice des personnes placées en suspension de peine pour raison médicale, quand cette mesure se prolonge dans le temps. Certains condamnés dont l'état de santé continue, après plusieurs années, à être incompatible avec la détention se heurtaient en effet avant la loi, à l'exigence imposée par les délais d'accessibilité à un aménagement de peine, de telle sorte que leur peine faisait l'objet de suspensions successives et ne prenait jamais fin. Désormais une libération conditionnelle peut être prononcée par le juge après 3 ans de suspension de peine pour raison médicale sans autre condition de délai.

Depuis son entrée en vigueur en 2002, environ 1200 personnes ont pu bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale et le taux de réponses favorables aux demandes formulées ne cessent d'augmenter. Il était de 55% en 2003, de 69% en 2009 et plus de 80% en 2011. En 2012, 296 décisions ont été rendues, 253 positives et 33 demandes ont été rejetées²⁴. Le principal motif de rejet identifié sur plus de 10 ans d'application de la loi, est « l'état de santé compatible avec le maintien en détention » (à l'origine de 50% des rejets)²⁵. En établissement, les professionnels partagent souvent une représentation limitée de cette mesure constatant qu'elle interviendrait seulement à quelques jours du décès des personnes.

« C'est vraiment pour éviter qu'il meurt en prison donc c'est vraiment quand on est à la fin, c'est pour les faire mourir dehors en gros. C'est vraiment quand il est au bout du bout. » (Aurélié, CPIP en MA, 34 ans, 4 ans d'ancienneté)

« Pour les suspensions de peine, on est vraiment sur la fin de vie, on est vraiment dans une situation où on sait que c'est une question d'heures ou de jours peut-être et encore. » (Evelyne, 52 ans, personnel médical en CD)

Ces images partagées et la difficulté d'évaluer l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention, qui dépend des conditions physiques de la personne détenue autant que des dispositifs médicaux et des modalités de prise en charge en détention, concourent ainsi à une utilisation très limitée du second motif du dispositif.

Les autres motifs de refus sont les expertises non concordantes (environ 10 % des rejets) et la dangerosité des personnes condamnées (5 % des rejets). Il est encore trop tôt pour connaître les effets de la simplification de la procédure et de l'assouplissement des critères de suspension de peine pour raison médicale consacrés par la loi du 15 août 2014, mais ils devraient être ceux d'un accroissement du nombre de prononcés de cette mesure. En effet, les différentes dispositions ont pour objectif de réduire la lourdeur et la longueur de la procédure permettant d'en bénéficier²⁶. Pour les professionnels, le décès de personnes détenues dont la demande de suspension de peine est en cours d'examen génère toujours un fort malaise de leur part.

« Il y énormément d'inertie dans ces dossiers, il arrive quelque fois que les gens décèdent entre temps. C'est mal vécu par les médecins en première ligne avec une culpabilité évidente mais c'est mal vécu aussi par les détenus, ça les renvoie à l'image de la mort et l'idée qu'on puisse mourir en prison, et c'est quand même une hantise. » (Michel, 58 ans, personnel médical en CD)

En outre, chaque décès en prison réveille les angoisses des personnes incarcérées et provoque des réactions vives en détention auxquelles il n'est pas aisé de répondre.

« Quand il y a un décès en prison, cela peut faire remonter des choses et pas que chez les détenus. Et puis là on se prend tout « c'est la faute de la pénitentiaire, vous n'avez rien fait pour lui ». On a un détenu qui est mort d'une crise cardiaque il y a quelques années, on nous a dit « c'est de votre faute, vous n'avez pas réagi assez vite ». Après je les comprends, cela les confronte à quelque chose qui est lourd » (Adèle, CPIP en MC, 33 ans, 8 ans d'ancienneté)

La recherche d'un hébergement à l'extérieur encore difficile

La mise en œuvre de ces deux mesures - libération conditionnelle et suspension de peine pour raison médicale - reste difficile en raison des difficultés pour trouver un hébergement extérieur aux personnes incarcérées en fin de vie. Les structures adaptées semblent rares et elles se montrent souvent réfractaires à accueillir des personnes sortantes de prison.

« Toute la difficulté est de trouver la structure d'accueil. » (Servane, CPIP, 35 ans, 8 ans d'ancienneté)

« Sur le CD, il y a une situation comme ça où la personne demande une suspension de peine, et en fait c'est renvoyé sans arrêt parce qu'il n'y a pas d'hébergement donc une suspension de peine pour quelqu'un qui va se retrouver dehors... Il est quand même mieux soigné ici, même si son état n'est pas compatible avec la détention, je pense que son état est encore moins compatible avec la rue... Il n'y a pas de famille, il n'y a personne... » (Valérie, DSPIP en MA, 44 ans, 23 ans d'ancienneté)

Les professionnels sont alors parfois confrontés à des situations très éprouvantes.

« Moi j'ai vécu cela quand j'étais stagiaire et c'était horrible... On n'a pas pu suspendre à temps sa peine parce qu'il n'y avait personne à l'extérieur pour prendre le relais. Donc au lieu de le laisser mourir sous un pont, il a voulu resté au sein de la pénitentiaire. Il n'y avait personne au niveau de la famille, aucun relais. Et un matin, moi j'ai pleuré, c'est un truc qui m'a vraiment marqué, les surveillants ont ouvert la cellule et il était parti... » (Indra, CPIP en MA, 33 ans, 4 ans d'ancienneté)

Outre des actions et partenariats mis en œuvre dans les établissements en matière de prévention de la perte d'autonomie, pour faire face aux difficultés relative à la sortie des personnes en grande souffrance physique, Isabelle Gorce, actuelle directrice de l'administration pénitentiaire, et Patrice Dallem, directeur de l'action sociale de la Croix-Rouge française, ont signé un guide destiné aux établissements de la Croix-Rouge française. Il vise à informer les structures d'hébergement sur les démarches d'accueil et à déconstruire les représentations accolées au statut de « sortants de prison ». Il veut aussi rappeler que ces personnes doivent être prises en charge comme tout autre usager et à rassurer les professionnels en insistant sur le rôle du CPIP qui est à même d'intervenir si l'institution se trouve en difficulté avec une personne.

La recherche de logement pour les personnes incarcérées très vulnérables physiquement impose une collaboration étroite entre le SPIP et l'unité sanitaire. Dans

certain établissements, les professionnels travaillent sans difficulté pour trouver ensemble une solution d'hébergement. Mais la pluridisciplinarité est parfois plus difficile à se mettre en place. Alors que les personnels médicaux assurent que la préparation de la sortie n'est pas de leur ressort, de leur côté, les CPIP peuvent regretter de ne pas disposer d'informations suffisantes sur la pathologie des personnes et sur les structures médicalisées existantes pour trouver une structure adaptée.

« Moi, j'ai besoin de l'UCSA pour savoir vers quelle structure me tourner. Mais eux-mêmes sont confrontés à un manque de structures, ils nous demandent parce qu'ils n'ont pas plus de liens que nous. (...) C'est pas toujours très, très simple avec l'UCSA mais ils sont aussi confrontés à un manque de moyens.» (Adèle, CPIP en MC, 33 ans, 8 ans d'ancienneté)

La libération anticipée, grâce à une suspension ou un aménagement de peine, constitue bien une réponse adaptée permettant d'envisager une fin de vie décente pour une personne incarcérée dont le pronostic vital se trouve engagé²⁷. Au-delà des aspects juridiques, la mise en œuvre concrète de ces dispositifs nécessite une approche volontariste, exigeante et humaniste de l'ensemble des acteurs concernés. Il s'agit donc d'une question de droit mais aussi une question de valeurs et de société dépassant le seul domaine pénitentiaire.

Bibliographie

- DAP, Bureau PMJ2, « Bilan de l'enquête dépendance », 2013.
- Etude PARME « évaluation de la situation des personnes détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français » dirigée par le professeur Régis Aubry, CHRU de Besançon, décembre 2013.
- Gauthier A., « Le vieillissement en milieu carcéral, et après... », in Tournier P.V. (dir.), *Le babel criminologique*, Paris, L'Harmattan, Criminologie, 2009.
- Gauthier A., « Prison du corps, geôle de l'esprit. Etude du vieillissement en milieu carcéral », *Cahiers de la sécurité*, n° 12, avril-juin 2010.
- Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éd. de Minuit, 1975 (1963).
- Kehl K, "Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death", *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2006, volume 23.
- Mallon I., *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*, Rennes, PUR, 2004.
- Marec Y., Reguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVII^e siècle à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre, coll. « Histoire & Patrimoines », 2013.
- Ministère de la Justice – Direction de l'administration pénitentiaire. « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 – 2015 », 2015
- Rapport du Groupe de travail Santé Justice « Aménagements de peine et suspensions de peine pour raison médicale » 2013.
- Sandol-Roy B. (de), « La suspension de peine pour raison médicale », *Droit, déontologie et soin*, mars 2004, vol 4, n°1.
- Touraut C., Désesquelles A., « La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés » », *Rapport GIP- Mission de recherche Droit et Justice*, 2015.

Le 30 septembre 2016 se tient une journée d'étude intitulée

« Personnes âgées en détention »

Organisée par la DAP et le GIP Mission de recherche droit et Justice.

Ministère de la Justice - Site Olympe de Gouges
Auditorium du millénaire
35 quai de la gare 75 019 Paris

Inscription obligatoire auprès de Madame Sebag, secrétaire du GIP Mission de recherche Droit et Justice.
sebag@gip-recherche-justice.fr

NOTES

1. Adjoint au chef de l'ISP à la DAP, Directeur interrégional des services pénitentiaires.
2. Docteure en sociologie, Chargée d'études au Ministère de la Justice - DAP – bureau Me5 ; chercheure-associée à l'ISP Cachan. caroline.touraut@justice.gouv.fr
3. Etude PARME « évaluation de la situation des personnes détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français » dirigée par le professeur Régis Aubry, CHRU de Besançon, décembre 2013.
4. Gauthier A., « Le vieillissement en milieu carcéral, et après... », in Tournier P.V. (dir.), *Le babel criminologique*, Paris, L'Harmattan, Criminologie, 2009 ; Gauthier A., « Prison du corps, géologie de l'esprit. Etude du vieillissement en milieu carcéral », Cahiers de la sécurité, n° 12, avril-juin 2010.
5. Les personnes détenues sont habituellement considérées comme âgées à partir de 50 ans. D'abord parce que la précarité des parcours de vie des personnes incarcérées et leur appartenance à des milieux sociaux défavorisés génèreraient un « vieillissement physique précoce ». Par ailleurs, la définition de la vieillesse ne peut se limiter à un âge biologique mais dépend des rapports sociaux qui s'observent entre des groupes d'âges ayant des poids démographiques distincts suivant le contexte donné. La population en prison étant relativement jeune (la moyenne d'âge est de 34,8 ans en prison), les détenus sont considérés comme âgés à des âges qui peuvent paraître pourtant « jeunes » en dehors des murs.
6. Brillet, E., « Vieillesse(s) carcérale(s) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, 2013, n°38. p 2
7. Les chiffres proviennent de la statistique du ministère de la Justice : Ministère de la Justice – Direction de l'administration pénitentiaire (2015). « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 – 2015 ».
8. Touraut C., Désesquelles A., « La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés » », *Rapport GIP- Mission de recherche Droit et Justice*, 2015.
9. Il importe de préciser qu'aucun détenu rencontré durant l'enquête sur le vieillissement ne pouvait être considéré comme étant en fin de vie. Ainsi, l'étude ne rend pas spécifiquement compte de la manière dont les détenus en fin de vie appréhendent leur mort mais elle permet plus largement d'analyser comment les personnes âgées de plus de 50 ans évoquent le risque de décéder en détention.
10. Les personnes âgées en maison de retraite expriment aussi souvent ce désir de décéder à leur domicile. Voir notamment : Mallon I., *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*, Rennes, PUR, 2004.
11. Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éd. de Minuit, 1975 (1963).
12. L'article 22 dispose en effet que « 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. »
13. Personnes à Mobilité Réduite
14. DAP, Bureau PMJ2, « Bilan de l'enquête dépendance », 2013, p 4.
15. Le cahier des charges des derniers programmes immobiliers impose de créer des places aux normes PMR.
16. Selon l'article 50, « 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. »
17. Voir notamment la troisième partie de l'ouvrage : Marec Y., Reguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVII^e siècle à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre, coll. « Histoire & Patrimoines », 2013.
18. L'article 30 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 précitée est ainsi modifié :
- 1° Le 2° est ainsi rédigé :
- « 2° Pour prétendre au bénéfice des droits mentionnés aux articles L. 121-1 et

- L. 264-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'elles ne disposent pas d'un domicile de secours ou d'un domicile personnel au moment de leur incarcération ou ne peuvent en justifier ; » 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Pour faciliter leurs démarches de préparation à la sortie, les personnes détenues peuvent également procéder à l'élection de domicile mentionnée à l'article L. 264-1 du même code soit auprès du centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès de l'organisme agréé à cet effet, le plus proche du lieu où elles recherchent une activité en vue de leur insertion ou réinsertion ou le plus proche du lieu d'implantation d'un établissement de santé ou médico-social susceptible de les accueillir. »
19. Etude PARME « évaluation de la situation des personnes détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français » dirigée par le professeur Régis Aubry, CHRU de Besançon, décembre 2013.
20. L'article 82 de la loi pénitentiaire de 2009 prévoit des conditions d'octroi d'une libération conditionnelle moins restrictives pour les détenus âgés de 70 ans et plus. « Les condamnés ayant à subir une ou plusieurs peines privatives de liberté peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'ils justifient : « 1° Soit de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un stage ou d'un emploi temporaire ou de leur assiduité à un enseignement ou à une formation professionnelle ; « 2° Soit de leur participation essentielle à la vie de leur famille ; « 3° Soit de la nécessité de suivre un traitement médical ; « 4° Soit de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ; « 5° Soit de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion. » ; Il est ajouté un alinéa à cet article : « Lorsque le condamné est âgé de plus de soixante-dix ans, les durées de peines accomplies prévues par le présent article ne sont pas applicables et la libération conditionnelle peut être accordée dès lors que 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 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. »
21. En effet, une « suspension de peine pour raison médicale » peut être accordée à des condamnés « quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, quand 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 » (Article 720-1-1).
22. Sandol-Roy B. (de), « La suspension de peine pour raison médicale », *Droit, déontologie et soin*, mars 2004, vol 4, n°1, p 8.
23. Le législateur a ainsi pris en compte les propositions d'un groupe de travail mis en place par les ministres de la santé et de la justice afin d'évaluer cette mesure après dix années d'application. Rapport du Groupe de travail Santé Justice « Aménagements de peine et suspensions de peine pour raison médicale » 2014.
24. Les décisions peuvent faire suite à des demandes effectuées au cours des trimestres précédents ce qui explique que le nombre de rejets et le nombre d'accords ne correspondent pas exactement au nombre de demandes de suspension de peine.
25. Source jusqu'en 2011: DAP/ Bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès au droit (Mi2); données transmises par les établissements pénitentiaires. A partir de 2012, ces données sont produites par le Bureau des statistiques et des études (Me5).
26. Sur ce thème, voir le rapport « Aménagements et suspensions de peine pour raison médical » rédigé à un groupe de travail Santé justice interministériel, rendu à la garde des sceaux et à la ministre des Affaires Sociales et de la santé en juin 2014.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_aménagement_suspensions_peine_raison_medic.pdf
27. En 2006 dans une importante revue de la littérature, Kehl énumère les critères d'une « mort paisible » :
- le confort : soit la sédation des douleurs physiques et psychiques ;
 - le respect de la dignité, c'est à dire le respect de son individualité et de ses valeurs;
 - l'accompagnement et la présence de la famille et des proches.
- Kehl K, « Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death », *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2006, volume 23.