

## Double peine ?

« Il y a un moment où l'humanité doit prévaloir sur le crime », Robert Badinter

### Editorial

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), Article 3, 1950.

Peut-on raisonnablement s'élever contre cela ? Pourtant, l'état français est régulièrement condamné par la cour européenne des droits de l'homme pour non-respect de cet article à l'intérieur de ses prisons et ce..., malgré l'article D189 du code de procédure pénal (1998) imposant au service pénitentiaire de « respecter la dignité inhérente de la personne humaine » des individus qui lui sont confiés...

L'injonction de la CEDH, à laquelle se réfère une jurisprudence constante implique que l'état veille « à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, lui administrer les soins médicaux nécessaires et adapter, le cas échéant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé. »

Alors que la loi Claeys Léonetti précise encore un peu plus le droit d'accès des patients aux soins palliatifs tant sur le plan des moyens qu'en termes d'équité d'accès, nous pouvons nous interroger sur la réalité de son application dans les institutions même de l'état...

Un premier pas avait été franchi en 1994 lorsque la prise en charge de la santé des détenus passa de la tutelle du ministère de la justice à celui de la santé. À cette époque, seuls ceux ayant purgé la moitié de leur peine et n'ayant pas de période de sûreté pouvaient bénéficier d'une libération conditionnelle. Cette mesure leur permettait de finir leur vie hors les murs de la prison.

Ce n'est seulement qu'en 2002 que la loi dite Kouchner du 4 mars décrit les conditions d'une suspension de peine en cas de « pathologies graves engageant le pronostic vital ou rendant leur état de santé incompatible avec la détention ». Ce diagnostic selon cette loi doit être authentifié par deux expertises médicales (ramenée à un seul certificat médical par la loi de 2009 si le pronostic vital est engagé) mais seul le juge d'application des peines ordonne la suspension en fonction de son appréciation.

En 2013, 53,7 % des personnes décédées en prison l'étaient de mort naturelle, suite à une maladie grave ou au vieillissement. Le rapport 2014 de l'observatoire national de la fin de vie comptabilisait 650 suspensions de peine sur 925 demandes entre 2002 et 2011 pour un total de 1200 détenus décédés de mort naturelle en prison.

Pour autant, cette politique n'est pas universelle. D'autres pays maintiennent les détenus en détention jusqu'à la fin de leur vie. En Angleterre, des cellules palliatives ont été aménagées dans plusieurs prisons. Aux États Unis, une unité de soins palliatifs pour les détenus a été créée dans l'état de l'Indiana. On peut imaginer alors que les soins palliatifs puissent être organisés à l'intérieur du système carcéral et dans un espoir un peu fou, que la dignité du détenu en fin de vie y soit respectée...

Car c'est de cela dont il s'agit, la dignité de l'homme au sens ontologique du terme, inhérente à la condition humaine, quelle que soit sa vie, quel que soit son crime. La justice a tranché, a jugé, la peine doit-elle être doublée pour autant ? Non qu'une libération soit indispensable comme nous montrent les expériences anglaises et américaines mais peut-être que la dignité pourrait être préservée pour ces hommes, qu'elle se vive à l'intérieur ou à l'extérieur de nos prisons.

Pour revenir à la suspension de peine, l'article 720-1-1 du code de procédure pénale qui s'y réfère précise que cette libération est réalisée quel que soit le motif d'incarcération, la durée de la peine ou l'existence d'une période de sûreté. Des lois ultérieures (9 mars 2004, 12 décembre 2005), la jurisprudence de la cour de cassation du 28 septembre 2005 vont une à une réduire ce champ des possibles jusqu'à ce que dans les faits, la libération des détenus malades se fasse tardivement, le plus souvent à la toute fin de leur vie, ce dont témoigne le docteur Chloé GOUBIN dans ce numéro. Elle nous précisera les conditions de soins auxquelles sont exposés les détenus atteints de pathologies graves dans l'enceinte de prison.

En l'absence ou en attendant une suspension de peine, les détenus y bénéficient de l'intervention de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA, actuellement unité sanitaire) et nous verrons de quelle manière. Ils peuvent aussi être admis aux urgences ou en consultation pour des

.../...

COMPAS Site Hospitalier Laënnec - Boulevard Jacques Monod - 44093 NANTES CEDEX 1 - Tél. 02 40 16 59 90 - Fax 02 40 16 56 41

### COMITÉ DE RÉDACTION

**Yannick HELARY**, directeur, Les Jardins du Vert Praud  
**Pauline HERBLOT**, psychologue, COMPAS  
**Fabien LAMY**, directeur, Résidence La Bourgonnière

**Gwenola LE GO**, médecin, COMPAS  
**Ronan ROCHER**, documentaliste, COMPAS  
**Stéphanie GRAFFIN**, assistante administrative, COMPAS

Si vous souhaitez  
proposer un article  
ou un thème :  
Tél. 02 40 16 59 90  
Mail: compas@chu-nantes.fr

.../...

soins spécialisés à l'hôpital de proximité. Par contre, une hospitalisation plus longue se fera dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), la plus proche de la région nantaise se situant à Rennes... On peut alors se questionner sur la présence des proches autour de celui qui va mourir. Les règles dans ces unités sont celles des maisons d'arrêts, les soignants sont des professionnels hospitaliers mais l'ouverture des portes est réalisée par des surveillants pénitentiaires. Les conditions sont assouplies du fait de la fin de vie mais les horaires de visites sont néanmoins encadrés.

Il semble alors évident que le détenu ne bénéficiera d'un accompagnement « classique » qu'en dehors du milieu carcéral. Lorsque la suspension de peine est prononcée, il peut alors être admis en unité de soins palliatifs, retourner au domicile de ses proches ou bien intégrer un appartement de coordination thérapeutique. Les professionnels de l'association Aurora évoqueront dans leur article cette dernière possibilité.

C'est à partir de l'aménagement de la peine que les murs de la prison disparaissent véritablement. Pour autant, la condamnation n'est jamais annulée. Le patient quitte la prison, lieu d'un temps suspendu, linéaire, rythmé par des règles, des heures non choisies pour un temps écourté certes, mais libre...

*Dr Gwenola LE GO, Médecin COMPAS*

## Témoignages

### **Les Don Quichotte de l'espoir... une présence inconditionnelle ; témoignages sur le bénévolat d'accompagnement à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes et à l'UHSI La Pitié Salpêtrière.**

**Les petits frères des Pauvres, mai 2015**

<http://fr.calameo.com/books/002357749e0e7ccd474bf>

68 ans, cet homme maigre, en pyjama, est installé dans un fauteuil, il est attaché avec un drap pour ne pas qu'il tombe. Ce 18 février, je pénètre dans sa chambre entièrement dépouillée. Il a la tête penchée sur la poitrine, la relève à l'appel de l'infirmière.

Je m'assois sur le bord du lit, face à lui et m'abaisse à la hauteur de sa tête pour voir son visage, croiser son regard.

Je devine très vite sa situation de malade Alzheimer!

Me mettre en silence, occuper mentalement l'espace, la distance, la proximité physique: c'est lui qui m'invite à cette mise à niveau de ma posture intérieure pour tenter l'ajustement adéquat à ma présence délicate, dérotée.

Quelques mots pour lui dire que je suis venu auprès de lui quelques instants.

Faire confiance à mon instinct, le 6<sup>e</sup> sens que je m'accorde... mais comme un funambule sur son fil, j'avance avec prudence, retenant mon élan naturel. Temps suspendu pour une relation déconcertante quand il entre tout à coup dans un monologue continu, inaudible, un torrent sauvage de mots qui se déverse devant moi.

Que manifeste-t-il sinon un besoin vital de

communiquer, de relation inachevée, insouviée?

Sortir de son emprisonnement progressif du mal qui l'envahit?

Je pose instinctivement ma main sur son bras et reste silencieux devant ce flot ininterrompu, cette logorrhée salutaire, manifestation d'une vie en face de moi, me déboussolant.

La surprise? Quand je lui annonce mon départ, au bout de 5 ou 10 minutes, je ne saurais le dire - il me dit distinctement « c'est gentil » et puis un « merci ».

Gratification inattendue et précieuse. Tous les repères ne sont pas perdus pour celui qui ose s'arrêter auprès de lui. Quel sens à ce double enfermement pour cet homme à défaut d'une place dans une maison de retraite et la possibilité de soins de nursing?

Impuissance et limites de ce système, des acteurs multiples face à cette situation à laquelle nous ne pouvons ni nous habituer ni ignorer.

Cette rencontre forte et brève m'habite et me réconforte.

Manifestation de non-abandon au nom de la société, cette mission de bénévolat est irremplaçable même si c'est une goutte d'eau dans la mer.

## Bibliographie

**Privation de liberté et fin de vie : mourir digne implique-t-il de mourir libre ?**

Lagarrigue, Aude ; Mongiatti, Marion ; Bayle, Paule

*Médecine palliative, Elsevier Masson, 09/2014, Vol.13 n°4, p. 200-206*

**Le bénévolat d'accompagnement à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. Singularité, difficultés et limites**

Le Pelley Fonteny, Philippe

*ASP Liaisons, ASP fondatrice, 12/2013, n° 47*

**Viellir et mourir en prison**

Gautier, S.

*Soins gérontologie, 03/2011 - 04/2011, n° 88, p. 22-24*

**Dossier**

**« L'accompagnement des personnes détenues »**

Centre national de ressources,

<http://www.soin-palliatif.org>

**Soins en milieu carcéral**

Aujard S, de Brisoult B, Broussard D, Petitclerc-Roche S, Lefort H.

*Soins, 03/2016 - volume 61, numéro 803, p. 19-22*

## Association Aurore

Prenant en charge des sortants de prison, dès le 19<sup>e</sup> siècle, l'association Aurore a, par adaptations successives, étendu ses actions à l'ensemble des problèmes de l'exclusion. De ce fait, elle a multiplié ses champs d'intervention tout en priorisant les publics sortant de détention, puis plus largement, toutes les personnes en situation de précarité. Fondée en 1871, reconnue d'utilité publique en 1875, l'Association AURORE a pour buts, tant au niveau national qu'europpéen, la réinsertion et/ou la réadaptation sociale et professionnelle des personnes que la maladie, l'isolement, les détresses morales ou matérielles, un séjour en prison ou à l'hôpital ont conduit à une situation d'exclusion et/ou de précarité.

À l'initiative du Ministère du Logement, la Préfecture de Loire Atlantique a retenu un projet de création d'un « SAS » entre la détention et des orientations durables vers des structures adaptées relevant du droit commun pour toute personne malade chronique, sortant(e) de détention, en suspension de peine, en aménagement de peine, ou bien en sortie définitive, par la création de places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) dédiées. Expérimentales dans un premier temps, ces places ont été pérennisées et ont permis la création de places dédiées au plan national.

L'objectif est de permettre l'application de la Loi dite « Kouchner », par l'offre d'un hébergement et d'un entourage garantissant un accompagnement et une fin de vie dans la dignité. En effet, dans la réalité, seuls les détenus ayant gardé un environnement familial solide peuvent effectivement bénéficier d'une libération qui leur permet de finir leurs jours dans des conditions décentes et ordinaires. Les autres, n'ayant pas d'hébergement prévu à leur sortie, se retrouvent dans les réseaux de l'hébergement d'urgence, à la rue ou dans les urgences des hôpitaux généraux.

### **Le double handicap : maladie & sortie de détention.**

Les personnes répondent à deux caractéristiques : une sortie de détention liée aux difficultés engendrées par leur état de santé et une désocialisation du fait d'une peine d'incarcération. La vulnérabilité de la personne tient dans le cumul de ces deux facteurs/stigmates.

Un hébergement et un accueil dans une petite structure chaleureuse sécurisante se rapprochant le plus possible du milieu ordinaire. L'accompagnement consiste en une coordination médicale et socio-éducative avec un soutien

psychologique par une équipe pluridisciplinaire. L'objectif est de favoriser le recours au droit commun (lutte contre le non-recours) par la mise en place, le soutien et l'articulation de l'ensemble des intervenants : aides à domicile, HAD, réseau de soins palliatifs, cabinets infirmiers, prestataires téléalarme et portage des repas, etc....

L'ACT est inscrit dans la ville, directement reliée aux différents réseaux de soutien et de prise en charge des pathologies et/ou problématiques de ces personnes. Les ACT offre un espace « contenant », dont le cadre est constitué d'un espace privé (studios autonomes), d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, travailleurs sociaux, psychologue), d'un accompagnement personnalisé et d'un réseau de partenaires opérationnels au plan médical et social avec la loi comme principe structurant.

Ce cadre vise à répondre à un besoin de sécurisation et un besoin de parler, d'évacuer leur angoisse liée à la maladie, à l'âge et à la liberté.

Monsieur P., a un adénocarcinome bronchique poly-métastasé diagnostiqué en mars en détention. Il est entré en juin puis hospitalisé en unité de soins palliatifs dès juillet. Il décédera en octobre à son domicile.

L'accompagnement médical a permis une compréhension claire de la pathologie, des traitements et des effets secondaires : un décryptage du langage médical pour le rendre accessible et permettre de faire des choix éclairés. Il a consisté aussi à accompagner lors de consultations clefs pour soutenir les questions, assurer la présence aux rendez-vous et être patient. L'accompagnement socio-éducatif a permis de faire valoir les droits et accompagner le quotidien oublié. Les liens repris avec ses proches lui ont permis de renouer avec les mères de ses enfants, les voir et les recevoir.

Monsieur F., a un carcinome mandibulaire diagnostiqué en détention en mai. Il entre aux ACT en juin avec chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie curative. En décembre, l'apparition de métastases conduit à la prescription d'une chimiothérapie palliative. Sont mises en place aide à domicile, HAD, IDE et téléalarme. Il décédera en mars en unité de soins palliatifs. La difficulté des soins par l'infirmière libérale nous amènera à travailler exclusivement avec l'HAD : Monsieur F. souffre d'une défiguration et d'une plaie importante qui le handicap dans la relation à l'autre. Il ne se déplace pas aux bureaux pour ne pas subir le regard, il évite les transports en commun. Mais il reçoit avec

plaisir un ami qui lui rend visite régulièrement, les membres de l'équipe et les différents intervenants dont le regard ne montre pas le stigmate. L'équipe met en mot ses souffrances et l'accompagne avec bienveillance, au sens premier de « bien-veiller » et non de compassion.

Pour ces deux situations, l'équipe a accompagné le conflit psychique de la « liberté menottée » par la maladie. Comment profiter de cette liberté quand elle est la résultante d'une condamnation ? Nous avons accompagné les angoisses de la mort mais également celles de la liberté : le silence versus bruits de la prison, la porte d'entrée qui n'est pas fermée, pouvoir changer de pièce (passer de la pièce principale à la salle d'eau avec les portes dont il est fait le choix de les fermer ou pas), organiser ses journées, s'autoriser à recevoir, avoir une vie privée, etc....

Ces deux personnes étaient en aménagement de peine. Elles ont pu disposer d'un domicile, un chez soi avec leurs effets personnels et la possibilité de choisir qui entre et qui ils invitent. Ils ont trouvé soutien d'une équipe non jugeante leur rendant visite en « civil ». Ils ont pu partager leurs angoisses et leurs souhaits, clore leur histoire en liberté. Les obsèques ont été organisées avec l'association de l'ombre à la lumière qui a su respecter leurs choix tout en étant entouré. L'aménagement de peine conjuguée aux ACT a permis un accompagnement digne pour que la fin de vie soit anticipée et humaine ; humaine pour eux, pour leurs proches, pour notre société.

**Pierre-Emmanuel NICOLAU**  
Directeur de l'association AURORE

## Contacts

### **De l'Ombre à la Lumière**

(Association d'Accompagnement des Morts de la Rue)  
3, rue d'Aguesseau - 44000 Nantes  
Page Facebook : « morts de la rue 44 »  
Tél. : 07 50 92 26 13  
Mail : [mortsdelarue44@orange.fr](mailto:mortsdelarue44@orange.fr)

### **AURORE L'ENTR'ACT en bref**

4, rue des Cadeniers - 44000 Nantes  
Du lundi au vendredi de 9h 00 à 17h 00  
**Public :** Personnes atteintes par une pathologie lourde et invalidante, dont le VIH  
**Activités :** Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)  
**Secrétariat :** 02 51 82 60 99  
**Site Internet :** [www.aurore.asso.fr](http://www.aurore.asso.fr)  
**Chef de Service :** Pierre-Emmanuel NICOLAU

# Réflexion

## Soins palliatifs et prison

Fin de vie et prison peuvent-ils être associés ? Malgré la révision des lois sur les aménagements et suspension de peine pour raison médicale, les médecins exerçant en prison restent encore confrontés à la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs. Pourquoi ?

Parce que le juge d'application des peines (JAP) ne voit pas, ou n'a pas voulu voir la précarité de l'état de santé de la personne au moment de la condamnation, parce que l'application des lois n'est pas si simple ou pas suffisamment réactive et enfin, parce que la population carcérale vieillit elle aussi.

Le JAP ne voit pas... En mars 2015, il condamne un homme de 45 ans atteint d'un cancer du pancréas en phase palliative à une peine de 3 mois. M. L. pèse 46 kg, il s'alimente comme il peut. Il est douloureux malgré la prescription de morphinique reconduite dès son arrivée en prison. L'UCSA est un service de consultations ambulatoires. Il n'y a pas de soignants après 18h00 en semaine ni après 12h00 le week-end. La permanence des soins est assurée par SOS régulé par le centre 15 sur appel du surveillant. La première de nuit de M. L. en prison est source d'angoisse et de douleurs abdominales aiguës. Le surveillant de nuit ne prend pas en compte la détresse de M. L. et ne prend donc pas la peine d'appeler le centre 15. Il lui demande d'attendre la consultation médicale à l'UCSA du lendemain. Lorsque je le reçois en consultation, son EVA est à 8/10, il est extrêmement angoissé à l'idée de devoir repasser une nuit ici. L'indication de son hospitalisation pour prise en charge de sa douleur est claire. Le lien est fait avec les urgences et M. L. est extrait vers le service d'accueil des urgences dans l'heure qui suit. L'indication de la suspension de peine est elle aussi très claire. Je rédige le certificat médical à l'issue de la consultation, appuyé du certificat médical du cancérologue qui suit M. L. habituellement. La directrice de la maison d'arrêt se met directement en lien avec le JAP. La levée d'écrou est prononcée 24h00 après son hospitalisation au SAU. M. L. sera ensuite transféré en soins palliatifs. Le même JAP a prononcé la condamnation et la suspension de peine 48h00 après. N'aurait-il pas pu éviter d'emblée son passage en prison ? Quel sens cette incarcération a eu pour M. L. à part majorée ses douleurs et ses angoisses ?

Le juge ne comprend pas ou ne réagit pas... M. D. est incarcéré en avril 2012 à l'âge de 68 ans en tant que prévenu. Il est suivi depuis 2011 pour un adénocarcinome pulmonaire métastatique au niveau pleural. Une demande de suspension de peine pour raison médicale est demandée un an après le début de son incarcération suite à la reprise évolutive de sa maladie. Une nouvelle cure de chimiothérapie est alors indiquée. Le statut de prévenu du patient empêche à ce moment-là une suspension de peine et son chef d'accusation oblige à deux expertises médicales concordantes. Malgré de nombreuses interpellations auprès de la direction pénitentiaire, du JAP, de l'avocat, M. D. n'a pu obtenir sa suspension de peine qu'en décembre 2014, quand toutes les conditions ont pu être réunies : condamné, état de santé incompatible avec la détention, pronostic vital engagé à court terme et lieu d'hébergement pour l'accueillir. M. D. est décédé quelques jours après sa sortie de prison. N'aurait-il pu espérer une fin de vie plus confortable ?

Les nuits ont été source d'angoisse pour le patient, une fois que la porte de la cellule se ferme et ne s'ouvre qu'au bon vouloir du surveillant. L'équipe UCSA a été témoin de nombreux mois de la dégradation physique de M. D. et de sa détresse morale. Un réel sentiment d'impuissance et d'insatisfaction de prise en charge a été partagé par toute l'équipe médicale et paramédicale.

Depuis fin 2014, la demande de suspension de peine s'est élargie aux personnes prévenues et ne demande qu'une expertise médicale. Certains patients ont déjà bénéficié de cette amélioration.

Toute la question est : faut-il adapter les prisons à une possible prise en charge des personnes en fin de vie ou plutôt n'est-ce pas à la justice de s'adapter et de réagir suffisamment rapidement pour éviter qu'une personne en fin de vie soit incarcérée ?

*Dr Chloé GOUBIN, médecin responsable  
UCSA - CHU de Nantes*

### ACTUALITÉS COMPAS

#### **Demi-journée des nouveaux référents,**

**Le 12 septembre de 14 à 17 heures**

Consacrée aux référents COMPAS nouvellement nommés, cette après-midi présente l'équipe de COMPAS, le fonctionnement de l'association et le rôle du référent dans sa structure.

#### **Prochaines soirées débat :**

**Jeudi 15 septembre « La loi Claeys-Léonetti »**

Auditorium de Gauduchau

*Animée par le Dr Gwenola LE GO et Gabrielle DAUCE, infirmière, COMPAS*

**Jeudi 24 novembre « L'aromathérapie et l'espace Snoezolen »**

Hôpital Sèvre et Loire – Site hospitalier Les Clouzeaux,

1, rue Alphonse Fillon à VERTOU

*par l'équipe de l'EHPAD Théophile Bretonnière de Saint-Julien-de-Concelles*

#### **Journée COMPAS**

**« À bout de souffle... En quête d'un bien-être au travail »**

**Le mardi 29 novembre à la Salle Adélis, boulevard Vincent Gâche, Nantes**

### ACTUALITÉS GÉNÉRALES

#### **Journée mondiale des soins palliatifs**

**Concert-récit « Je ne suis pas là pour mourir »**

**interprété par Jean-Daniel HEGE, musicien conteur.**

**Les 11 (Saint-Nazaire), 12 (Mésanger) et 13 (Nantes) octobre 2016.**

Réservez votre soirée au 02 28 27 23 31 ou 02 40 16 59 90