



LE STATUT DU DÉTENU MALADE

PRISONERS' HEALTH-RELATED RIGHTS

Par Wafa HARRAR MASMOUDI*

RÉSUMÉ

La question des droits fondamentaux devant être reconnus et garantis aux personnes privées de leur liberté pose en filigrane la question substantielle des soins de santé en milieu pénitentiaire. L'incarcération produit des effets délétères sur l'état physique et psychique des détenus et le surpeuplement carcéral aggrave davantage la situation. Ces raisons ont conduit les pouvoirs publics à mettre l'accent sur les problèmes de santé au sein des établissements pénitentiaires.

Dans plusieurs pays, l'évolution tend vers une consécration de l'application des droits du malade en faveur du détenu en milieu carcéral. Convient-il pour autant d'affirmer l'émergence d'un statut juridique du détenu malade alors que l'écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires.

En Tunisie, le statut du détenu malade au regard du droit pénitentiaire n'a pas fait l'objet d'analyse substantielle. De par sa spécificité, la prison est une institution qui défie le juriste, « lieu clos séparé de la société », elle semble échapper aux normes qui la régissent. Dans le contexte tunisien, il s'agira de vérifier si l'ensemble du dispositif légal interne respecte les standards internationaux applicables au détenu malade. Il conviendra également de s'interroger sur les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits ainsi que leur conciliation avec les contraintes qui pèsent sur l'administration pénitentiaire. Seront ainsi appréhendés les droits des détenus à l'accès aux soins médicaux, les normes régissant la qualité de ces soins, l'organisation des soins de santé en prison, le rôle du médecin ainsi que les principes d'éthique médicale applicables en la matière.

Désormais, le défi de la Tunisie sera de sortir la prison d'une situation d'exception juridique contraire aux exigences d'une société démocratique et de garantir le respect des droits de la personne incarcérée malade.

MOTS-CLÉS

Statut, Détenu, Prison, Malade, Soins, Protection, Tunisie, Droits, Ethique.

* Université de Carthage – Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales de Tunis.

ABSTRACT

The question of fundamental rights that shall be recognized and guaranteed for inmates raises the substantial issue of health care in prison. Incarceration has harmful impacts on both physical and mental state health of prisoners and the problem of prison overcrowding further exacerbates the situation. Such reasons have led public authorities to put greater focus on health care in prisons.

In several countries, the development in this direction supports the implementation of patient's rights in favour of inmates in prison. Is it worth asserting the emergence of a legal status in favour of the sick inmates while the gap of effective enjoyment and exercise of inmates' rights is still prevailing?

In Tunisia, the status of the ill inmate through the prism of prison law has not been carefully analyzed. Indeed, prison is an institution that challenges lawyers. An "enclosed confined space cut off from society", prison does not seem to be in line with the established standards. In the Tunisian context, it will be noteworthy to check if all legal provisions respect the relevant international standards applicable in this regard. It will be necessary to question the legal and practical limits of the exercise of these rights as well as its conciliation with the constraints facing the prison's administration. This paper will tackle the issues related to inmates' rights to accessing medical care, the standards governing the quality of medical care, the organization of health care in prison, the role of physicians and the relevant principles of medical Ethics.

Tunisia's challenge will henceforth be to lift prison from the situation of legal exception in contradiction with the requirements of a democratic society and hence to safeguard the inmate's legal and human rights when sick.

KEYWORDS

Status, Inmate, Prison, Sick, Care, Protection, Tunisia, Rights, Ethics.



Le statut juridique des détenus était auparavant fondé sur la privation de droits. A la peine privative de liberté s'ajoutait un déni de droit pour les détenus. De nombreux rapports révèlent que les droits fondamentaux comme le droit à la santé, à l'éducation, et tout simplement le droit à la dignité étaient largement bafoués. Au-delà de la privation de liberté, le détenu devait au quotidien payer « *sa faute* » par une atteinte à ses droits fondamentaux. Cet état des lieux a suscité une préoccupation légitime s'agissant particulièrement du droit à l'accès aux soins. En vérité, la démocratisation des conditions de détention et l'affirmation du détenu comme citoyen sujet de droits, notamment le droit aux soins est le fruit d'une longue bataille. Une bataille ancienne qui remonte au XIX^e siècle. Victor Hugo prophétisait alors qu'un jour viendra où l'« *on regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes* »(1).

L'émergence d'un statut juridique des personnes détenues peut être comparée à une véritable genèse, fruit d'une longue évolution allant de la privation de droit à la reconnaissance progressive de l'ensemble des droits fondamentaux, à l'exception de celui d'aller et venir. La reconnaissance de droits en faveur des détenus s'est – par ailleurs – effectuée avec la mutation progressive des missions assignées à la prison. Désormais, l'exécution des peines privatives de liberté et la prise en charge des détenus requièrent la prise en compte des impératifs de sécurité et de sûreté, mais doivent en même temps garantir des conditions de détention qui ne portent pas atteinte à la dignité humaine. C'est dire si la reconnaissance de certains droits en faveur des détenus est liée aussi bien au développement de la notion plus générale des droits de l'homme, qu'à l'évolution du traitement pénitentiaire. Il n'en demeure pas moins que la question des droits des détenus est une notion assez nouvelle, qui choque aujourd'hui encore même les plus avertis.

La question des droits fondamentaux devant être reconnus et garantis aux personnes privées de leur liberté pose en filigrane la question substantielle des soins de santé en milieu pénitentiaire. L'incarcération produit des effets délétères sur l'état physique et psychique des détenus et le surpeuplement carcéral ne manque d'aggraver davantage la situation. Ces raisons ont conduit les pouvoirs publics à mettre l'accent sur les problèmes de santé au sein des établissements pénitentiaires. Et s'il est vrai que dans certaines contrées, l'évolution tend vers une consécration de l'application des droits du malade

au détenu en milieu carcéral; convient-il pour autant d'affirmer l'émergence d'un statut juridique du détenu malade alors que l'écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires.

Mais auparavant, des clarifications terminologiques s'imposent. Il convient en effet de définir les vocables clés de cette intervention. Le terme « *statut* » se réfère à l'ensemble de dispositions législatives ou réglementaires fixant les garanties fondamentales (droits et obligations) accordées à un groupe de personnes, un corps, une collectivité. Plus précisément, le « *statut juridique* » désigne l'ensemble de textes juridiques qui règlent la situation d'un groupe d'individus, leurs droits, et leurs obligations.

Le vocable « *prisonnier* » est, quant à lui, un terme générique plutôt que juridique qui désigne toute personne retenue dans une prison. La prison est définie comme l'« *établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement* »(2). La prison concerne donc des personnes condamnées, c'est à dire des détenus, et des personnes prévenues, donc éventuellement innocentes.

Juridiquement, il conviendra de distinguer entre détenu et prévenu.

Le terme « *prévenu* » désigne une personne qui a été placée en détention provisoire par une autorité judiciaire avant son jugement ou sa condamnation. Tout individu arrêté ou incarcéré en raison d'une infraction à la loi pénale et qui se trouve détenu soit dans des locaux de police soit dans une maison d'arrêt, mais n'a pas encore été jugé, est ainsi qualifié de « *prévenu* »(3). Plusieurs juridictions utilisent différentes expressions juridiques pour décrire ces personnes qui peuvent aussi être désignées par « *faisant l'objet d'une enquête* », « *passant en jugement* », « *attendant un procès* » ou « *en détention provisoire* »(4).

Le « *prévenu* » obéit en principe à un statut juridique différent puisqu'il n'a pas encore été jugé coupable d'un délit quelconque et est donc présumé innocent aux yeux de la loi. Dans nombre de pays, la majorité de la population carcérale est constituée de prévenus dans une proportion pouvant atteindre 60 %. En Tunisie, l'état des lieux est alarmant. Le nombre des personnes

(1) SAVEY-CASARD Paul, « Les enquêtes de Victor Hugo dans les prisons », in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1952, n° 3, p. 427.

(2) DURAND Bruno *et al.*, *Le petit Larousse*, Ed. Bordas, 1998, p. 825.

(3) Règles Pénitentiaires Européennes, Règle 84.1 [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>. [Consulté le 30 octobre 2015].

(4) COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, Manuel destiné au personnel pénitentiaire, King's College London, International Centre for Prison Studies, 2nd édition, 2009.



en attente de procès dans les prisons dépasse celui de détenus déjà condamnés. Cela fait augmenter la surpopulation carcérale jusqu'à près de 200 % dans certaines prisons(5). Le traitement qui leur est réservé soulève des problèmes particuliers qui débordent le cadre de cette intervention.

Quant à la notion de « *détenu* », lorsque l'on recherche dans les différents codes une définition précise, l'« *on réalise rapidement l'extrême variété des situations juridiques incluses dans cette notion* ». La notion désigne de manière plus élaborée « *toute personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire* »(6). Dans un souci de clarté rédactionnelle, la définition suivante est retenue : le « *détenu* » est toute personne « *faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* »(7), la personne étant ainsi soumise à une forme de détention autorisée par une autorité légale(8). Les termes « *détenu* » et « *prévenu* » ne sont donc pas interchangeables, l'on retiendra par souci de rigueur, celui de « *détenu* ».

Le vocable « *malade* » est un adjectif qui désigne tout « *être vivant qui souffre d'une maladie* »(9). Selon la définition de l'OMS, la maladie équivaut à un manque de santé. Cette définition extrêmement concise de la maladie sera complétée de la manière suivante pour désigner « *tout dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes* »(10) ou tout « *ensemble d'altérations qui engendrent un mauvais fonctionnement de l'organisme* ».

En Tunisie, le statut du détenu malade au regard du droit pénitentiaire n'a pas fait l'objet d'analyse substantielle. Car, de par sa spécificité, la prison est une institution qui défie le juriste. « *Lieu clos séparé de la société* », elle semble échapper aux normes qui la régissent. Mais,

ce n'est pas tant la spécificité du droit applicable aux prisons qui rebute avant tout le juriste : elles se situent en lisière de différentes branches du droit, notamment du droit pénal et du droit administratif.

Il conviendra de s'interroger dans le cadre de cet article, dans quelle mesure la quête d'un statut juridique du détenu malade s'est-elle révélée fructueuse et féconde. Il s'agira de vérifier si l'ensemble du dispositif légal interne respecte les standards internationaux applicables au détenu malade, et de cerner en filigrane les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits. Seront ainsi appréhendés les droits des détenus à l'accès aux soins médicaux, les normes régissant la qualité de ces soins, l'organisation des soins de santé « *intra-muros* » et « *extra-muros* », ainsi que les principes d'éthique médicale applicables en la matière. Pour ce faire, cet article s'articulera autour de deux grands axes. Il conviendra d'appréhender d'abord la reconnaissance du statut juridique du détenu malade : un statut controversé (I), avant de s'interroger, ensuite, sur la mise en œuvre dudit statut : un sujet minoré (II).

I. LA RECONNAISSANCE DU STATUT JURIDIQUE DU DÉTENU MALADE: UN STATUT CONTROVERSÉ

Il convient d'appréhender les textes qui régissent le statut du détenu malade à l'échelle internationale d'abord, et à l'échelle interne, ensuite. Cela est à même de nous permettre de saisir les incidences des normes internationales sur la législation interne. Une consécration audacieuse à l'échelle internationale (A), mais timorée à l'échelle nationale (B).

A. Une consécration audacieuse au niveau international

Les normes qui régissent le traitement des détenus sont inscrites dans plusieurs Déclarations et directives adoptées par divers organismes.

Par souci didactique, il conviendra de présenter les textes fondateurs suivant un ordre chronologique.

— L'Ensemble de règles minima *pour le traitement des détenus*(11), adopté en 1955, à l'occasion du premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663

(5) ZAGHDOUD Ridha, porte parole de la Direction générale des établissements pénitentiaires, propos recueillis par l'agence TAP, publiés le 15 mai 2015 [en ligne], disponible à l'adresse : <http://www.tap.info.tn/fr/index.php/societe/divers/45598-encombrement-alarquant-et-prolifération-de-graves-maladies-contagieuses-dans-les-prisons-tunisiennes-declarations>. [Consulté le 2 novembre 2015]. En 2014, on comptait près de 25 000 personnes en prison en Tunisie, dont environ 8 000 pour usage de drogue.

(6) Dictionnaire Larousse, [en ligne], disponible à l'adresse : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9tenu_d%C3%A9tenu/24787 [Consulté le 4 novembre 2015].

(7) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 227.

(8) COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, op. cit.

(9) Dictionnaire Larousse [en ligne].

(10) Définition de l'OMS, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/>, [Consulté le 4 novembre 2015].

(11) [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>. Règles 22 à 26 de l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus. [Consulté le 5 novembre 2015].



C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Le Conseil a recommandé que les différents pays du monde adhèrent à ces règles et effectuent tous les cinq ans une vérification de conformité. Désormais, « *Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale.*

2) *Pour les malades qui ont besoin de soins spéciaux, il faut prévoir le transfert vers des établissements pénitentiaires spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsque le traitement hospitalier est organisé dans l'établissement, celui-ci doit être pourvu d'un matériel, d'un outillage et des produits pharmaceutiques permettant de donner les soins et le traitement convenables aux détenus malades, et le personnel doit avoir une formation professionnelle suffisante.*

3) *Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste qualifié* ».

Il appert par ailleurs que le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement(12). Il « *devrait voir chaque jour tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée* »(13). Le texte comporte de surcroît une véritable charte de devoirs. Le médecin se trouve ainsi dans l'obligation de présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire, chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention. Le médecin se doit de procéder à des inspections régulières et de conseiller le directeur concernant « a) *La quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments*; b) *L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus*; c) *Les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de l'établissement*; d) *La qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus*; e) *L'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé* »(14), sachant que les avis du médecin ont un effet

(12) Idem, 24. « (...) particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu ».

(13) Idem, 25 (1).

(14) L'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, 26 (1).

contraignant(15). Par ailleurs, la Règle 62 impose *aux services médicaux de l'établissement de « découvrir et (...) traiter toutes déficiences ou maladies physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement d'un détenu. Tout traitement médical, chirurgical et psychiatrique jugé nécessaire doit être appliqué à cette fin* ».

— *Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*(16), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1966, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966, et notamment l'article 12.

— *Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et son Protocole facultatif*(17), adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.

— *La Déclaration de Tokyo de l'AMM, Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement*(18), adoptée par la 29^e Assemblée Médicale Mondiale Tokyo (Japon), octobre 1975 et révisée par la 170^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2005 et par la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2006. Si la Déclaration de Tokyo ne fait que consolider le respect du sacro saint principe de confidentialité(19), elle ne manque de rappeler que

(15) Idem, 26 (2).

(16) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. [Consulté le 15 octobre 2015]. Entrée en vigueur le 3 janvier 1976. Article 12: « 1. *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

2. *Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:*

- La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;*
- L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;*
- La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;*
- La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ».*

(17) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>. [Consulté le 3 novembre 2015]. Entrée en vigueur: le 23 mars 1976. (Voir Articles 7 et 10). L'article 7: « *Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique* » et l'article 10: « *Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* ».

(18) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/> [Consulté le 5 novembre 2015].

(19) « 3. *Dans le cadre de l'assistance médicale qu'ils fournissent aux détenus*



« (5). le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif ».

Par ailleurs, l'importance de la responsabilité des médecins au sein des prisons a été reconnue par le Conseil international des services médicaux pénitentiaires dans ce qu'il est convenu d'appeler le Serment d'Athènes (10 septembre 1979). Les professionnels de la santé s'y engagent en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate, de « procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives(20) ». — La Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les Droits des patients(21), adoptée par la 34^e Assemblée Médicale Mondiale Lisbonne, Portugal, Septembre/octobre 1981 (et amendée par la 47^e Assemblée générale, Bali, Indonésie, septembre 1995 et révisée par la 171^e Session du Conseil, Santiago, Chili, octobre 2005 et réaffirmée par la 200^e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, avril 2015) **a une portée plus générale**. Elle présente quelques-uns des droits du patient que la profession médicale approuve et soutient. Les médecins et autres personnes ou organismes concernés par la prestation des soins de santé ont ainsi la responsabilité conjointe de reconnaître et de défendre ces droits. Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés afin de les garantir ou de les recouvrer.

ou aux prisonniers qui sont ou pourraient ultérieurement être soumis à des interrogatoires, les médecins doivent tout particulièrement veiller à la confidentialité de toutes les informations médicales personnelles ».

(20) Serment d'Athènes: « Nous, professionnels de santé qui travaillons dans des établissements pénitentiaires, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons ici l'engagement, en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate, que nous entreprendrons de procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives.

Nous reconnaissons le droit des personnes incarcérées à recevoir les meilleurs soins médicaux possibles.

Nous nous engageons à: 1. Nous abstenir d'autoriser ou d'approuver toute sanction physique.

2. Nous abstenir de participer à toute forme de torture. 3. N'entreprendre aucune forme d'expérimentation médicale parmi les personnes incarcérées sans leur consentement en toute connaissance de cause. 4. Respecter la confidentialité de toute information obtenue dans le cours de nos relations professionnelles avec des malades incarcérés. 5. Ce que nos diagnostics médicaux soient basés sur les besoins de nos patients et aient priorité sur toute question non médicale ». [en ligne] disponible à l'adresse: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Athenes.html. [Consulté le 15 octobre 2015]. Voir également HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de Bioéthique*, Tome III, Toulouse, Eres, 2011, pp.255-266.

(21) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/fr/30publications/10polices/14/> [Consulté le 17 octobre 2015].

— *Les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*(22), adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194). En vertu du premier principe, les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus « sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues ». Ces Principes d'éthique médicale imposent ainsi à tous les membres du personnel médical, notamment aux médecins, l'obligation de protéger la santé physique et mentale des détenus, nonobstant les difficultés qui peuvent en découler inhérentes à la gestion de la prison.

— *L'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*(23), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 9 décembre 1988, et notamment les principes 1(24), 24(25) et 26(26).

— *Les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/111, du 14 décembre 1990, et notamment l'article 9 qui dispose que « les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique ».

— *Les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté*, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/113 le 14 décembre 1990(27). Les principes allant de 50 à 52

(22) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [Consulté le 25 octobre 2015].

(23) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx> [Consulté le 5 octobre 2015].

(24) « Toute personne soumise à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ».

(25) « Toute personne détenue ou emprisonnée se verra offrir un examen médical approprié dans un délai aussi bref que possible après son entrée dans le lieu de détention ou d'emprisonnement; par la suite, elle bénéficiera de soins et traitements médicaux chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Ces soins et traitements seront gratuits ».

(26) « Le fait qu'une personne détenue ou emprisonnée ait subi un examen médical, le nom du médecin et les résultats de l'examen seront dûment consignés. L'accès à ces renseignements sera assuré, et ce conformément aux règles pertinentes du droit interne ».

(27) [en ligne] disponible à l'adresse:



sont particulièrement virulents en matière de défense des détenus mineurs.

— *Les Principes directeurs de l'OMS sur l'infection du SIDA et du VIH dans les prisons*(28), publiés en mars 1993, à Genève (Document WHO/GPA/DIR/93.3).

— *La Déclaration d'Edimbourg de l'AMM sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et autres maladies transmissibles*(29), adoptée par la 52^e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, octobre 2011 et révisée par la 62^e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, octobre 2011. La *Déclaration d'Edimbourg* prévoit dans son Préambule que les détenus bénéficient des mêmes droits que les autres personnes. Cela inclut le droit à un traitement humain et à des soins médicaux appropriés. La relation entre le médecin et le prisonnier doit être régie par les mêmes principes éthiques que la relation entre le médecin et un autre patient. Parmi les **actions** requises par la Déclaration d'Edimbourg, figurent celles de veiller : « 1. à protéger les droits des détenus, conformément aux textes statutaires des NU sur les conditions carcérales ; 2. à ne pas accepter que les droits des prisonniers soient ignorés ou non respectés au motif qu'ils souffrent d'une maladie infectieuse ; 3. à assurer que les conditions de détention des détenus et prisonniers, mis en garde à vue pendant une enquête, dans l'attente du jugement ou effectuant leur peine, ne contribuent pas au développement, à l'aggravation ou à la transmission de maladies ; 5. à veiller à une coordination des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur des prisons pour faciliter la continuité des soins et le suivi épidémiologique des patients libérés après leur incarcération ; 6. à veiller à ce que les prisonniers ne soient pas isolés ou placés en confinement solitaire du fait de leur état infectieux sans bénéficier d'un

accès aux soins et à toutes solutions appropriées à leur état infectieux ; 7. à veiller lors de l'admission ou du transfert dans un nouvel établissement pénitentier, à ce que l'état de santé des détenus concernés fasse l'objet d'un bilan de dans les 24 heures qui suivent leur arrivée, afin d'assurer la continuité des soins ; 8. à assurer le suivi du traitement des prisonniers encore malades au moment de leur libération, en particulier ceux qui sont atteints de la TB ou d'une maladie infectieuse ».

Par ailleurs, les médecins exerçant en milieu carcéral ont le devoir de « 11. (...) signaler aux autorités sanitaires et aux organisations professionnelles de leur pays les insuffisances constatées dans la prestation de soins aux détenus et les situations qui comportent des risques épidémiologiques élevés. Les AMN (autorités médicales nationales) sont dans l'obligation de tenter de protéger ces médecins contre d'éventuelles mesures de rétorsion ». Lesdits médecins doivent également « 12. (...) suivre les directives nationales en matière de santé publique lorsque celles-ci sont conformes à l'éthique, notamment le signalement obligatoire des maladies infectieuses et transmissibles ».

— Les *Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*, qui ont été adoptées il y a plus de 50 ans, ne prêtent pas suffisamment attention aux besoins particuliers des femmes, c'est la raison qui a incité à l'élaboration d'un *Projet de règles des Nations Unies pour le traitement des femmes détenues et de mesures non privatives de liberté pour les délinquantes* (E/CN.15/2009/CRP.8). Lequel projet a été adopté sous la forme d'une Résolution adoptée par l'Assemblée générale(30).

— Les *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes* du 14 octobre 2010, ou *Règles de Bangkok*(31). Il y a lieu de préciser que les

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>. [Consulté le 7 novembre 2015].

[50. Dès son admission dans un établissement pour mineurs, chaque mineur a le droit d'être examiné par un médecin afin que celui-ci constate toute trace éventuelle de mauvais traitement et décèle tout état physique ou mental justifiant des soins médicaux. 51. Les services médicaux offerts aux mineurs doivent viser à déceler et traiter toute affection ou maladie physique, mentale ou autre, ou abus de certaines substances qui pourrait entraver l'insertion du mineur dans la société. Tout établissement pour mineur doit pouvoir accéder immédiatement à des moyens et équipements médicaux adaptés au nombre et aux besoins de ses résidents et être doté d'un personnel formé aux soins de médecine préventive et au traitement des urgences médicales. Tout mineur qui est ou se dit malade, ou qui présente des symptômes de troubles physiques ou mentaux doit être examiné sans délai par un médecin. 52. Tout médecin qui a des motifs de croire que la santé physique ou mentale d'un mineur est ou sera affectée par une détention prolongée, une grève de la faim ou une modalité quelconque de la détention doit en informer immédiatement le directeur de l'établissement ainsi que l'autorité indépendante chargée de la protection du mineur].

(28) [en ligne] disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_French.pdf [Consulté le 7 novembre 2015].

(29) [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/p28/> [Consulté le 7 novembre 2015].

(30) AG/SHC/3980 Sur la base du rapport de la Troisième Commission (A/65/457) 65/229, disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_French.pdf [Consulté le 10 novembre 2015].

(31) A/C.3/65/L.5. Règle 6 : « L'examen médical des détenues doit être complet, de manière à déterminer leurs besoins en matière de soins de santé primaires et à faire apparaître : a) La présence de maladies sexuellement transmissibles ou de maladies transmissibles par le sang ; selon les facteurs de risque, il peut aussi être offert aux détenues de se soumettre à un test de dépistage du VIH, précédé et suivi d'un soutien psychologique ; b) Les besoins en matière de soins de santé mentale, et notamment les troubles de stress post-traumatique et les risques de suicide ou d'automutilation ; c) Les antécédents de la détenue en matière de santé de la reproduction, notamment une grossesse en cours ou une grossesse ou un accouchement récents et toute autre question liée à la santé de la reproduction ; d) La présence d'une dépendance à la drogue ; e) Les violences sexuelles et autres formes de violence qui ont pu être subies avant l'admission ». Règle 11 : « 1. Le personnel médical est le seul présent lors des examens médicaux, sauf si le médecin estime que les circonstances sont exceptionnelles ou qu'il demande expressément à un membre du personnel pénitentiaire d'être présent pour des raisons de sécurité. 2. S'il est nécessaire qu'un membre du personnel pénitentiaire ne faisant pas partie de l'équipe médicale soit présent lors d'un examen médical, cet examen doit être réalisé de manière à garantir le respect de la vie privée, la dignité et



Règles de Bangkok ne se substituent en aucune manière à l'*Ensemble de Règles Minima* ni aux *Règles de Tokyo*. Toutes les dispositions énoncées dans ces deux séries de règles continuent par conséquent de s'appliquer à toutes les personnes détenues ou délinquantes, sans distinction de sexe.

— D'autres textes internationaux⁽³²⁾ décrivent des comportements médico-éthiques. Au niveau de l'Europe, il convient de citer les *Règles pénitentiaires européennes* (RPE) adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, visant à harmoniser les politiques pénitentiaires des États membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Ces 108 règles portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons. Sans valeur contraignante pour les États, elles constituent néanmoins un outil de référence pour les États membres. La troisième partie des RPE est ainsi réservée aux soins de santé. Un principe général est ainsi consacré par la Règle 39 en vertu de laquelle « *les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde* ». Cette règle est nouvelle et se fonde sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui établit « *le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». Parallèlement à ce droit fondamental qui s'applique à toutes les personnes, **les détenus disposent de protections supplémentaires eu égard à leur statut**. Lorsqu'un pays prive des personnes de leur liberté, il prend la responsabilité de s'occuper de leur santé au regard des conditions de détention et du traitement individuel qui peut s'avérer nécessaire du fait de ces conditions. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité non seulement d'assurer l'effectivité de l'accès des détenus aux soins médicaux mais également de créer les conditions qui favorisent le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire⁽³³⁾. Ce principe

la confidentialité ».

(32) Notamment les déclarations de l'Association Médicale Mondiale qui est une organisation non gouvernementale, créée le 18 septembre 1947.

(33) Les règles spécifiques relatives à l'organisation des soins de santé en prison :

40.1 *Les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État.*

40.3 *Les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique.*

40.4 *Les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques ou mentales, ainsi que les déficiences dont souffrent éventuellement les détenus.*

est renforcé par la recommandation (98) 7 du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en prison ainsi que par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme confirmant de plus en plus qu'il incombe aux États de protéger la santé des détenus dont ils ont la garde.

Les *Règles Pénitentiaires Européennes* établissent en outre une véritable charte détaillant les *Devoirs du médecin*⁽³⁴⁾. Il appert ainsi que le médecin doit être chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus et doit voir, « *dans les conditions et au rythme prévus par les normes hospitalières, les détenus malades, ceux qui se plaignent d'être malades ou blessés, ainsi que tous ceux ayant été spécialement portés à son attention* »⁽³⁵⁾. Les détenus placés dans des conditions d'isolement cellulaire doivent bénéficier d'une attention particulière de la part du médecin compétent qui doit « *leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire* »⁽³⁶⁾. Lorsque la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, le médecin doit « *présenter un rapport au directeur* »⁽³⁷⁾ qui doit

40.5 *À cette fin, chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre.*

(34) REP: 42.1 *Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son admission et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire. 2. Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit examiner les détenus s'ils le demandent avant leur libération et doit sinon examiner les détenus aussi souvent que nécessaire. 3. Lorsqu'il examine un détenu, le médecin, ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin, doit accorder une attention particulière : a. au respect des règles ordinaires du secret médical; b. au diagnostic des maladies physiques ou mentales et aux mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant; c. à la consignation et au signalement aux autorités compétentes de tout signe ou indication permettant de penser que des détenus auraient pu subir des violences; d. aux symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool; e. à l'identification de toute pression psychologique ou autre tension émotionnelle due à la privation de liberté; f. à l'isolement des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux, et à l'administration d'un traitement approprié aux intéressés; g. au non-isolement des détenus pour la seule raison qu'ils sont séropositifs; h. à l'identification des problèmes de santé physique ou mentale qui pourraient faire obstacle à la réinsertion de l'intéressé après sa libération; i. à la détermination de la capacité de l'intéressé à travailler et à faire de l'exercice; et j. à la conclusion d'accords avec les services de la collectivité afin que tout traitement psychiatrique ou médical indispensable à l'intéressé puisse être poursuivi après sa libération, si le détenu donne son consentement à cet accord.*

(35) REP, 43.1.

(36) REP, 43.2.

(37) REP, 43.3.



en tenir compte et « *prendre immédiatement des mesures pour les mettre en œuvre* »(38).

Par ailleurs, et hormis ce faramineux dispositif, il convient de citer également les normes contenues dans les recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, qui traitent des aspects spécifiques des politiques et pratiques pénitentiaires et plus spécifiquement la Recommandation (93) 6 relative aux aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison ainsi que la Recommandation (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

— L'ensemble de ces textes établit certes un certain nombre d'obligations à la charge du personnel médical mais demeurent infructueux en raison de leur nature juridique. En effet, il est de bon escient de rappeler que ces textes foisonnants – qui portent pour certains le nom de « *Déclaration* » et pour d'autres « *Principes* » ou même « *Règles* » – n'ont aucune prétention normative car ils sont dénués de toute valeur contraignante. Il conviendra donc de les cantonner dans leur signification usuelle, celle de porter à la connaissance et d'inciter à agir suivant une orientation précise. Les déclarations – on le sait – n'ont pas valeur de règles impératives, elles demeurent de simples « *déclarations de principes* ». Ces textes traduisent l'engagement international pour la protection des droits du détenu malade, un engagement certes sans équivoque mais sans effet contraignant.

Ceci étant dit, force est de reconnaître que lesdits textes ont néanmoins à la fois un **effet d'entraînement** et un **effet de séduction**. L'effet d'entraînement explique l'élaboration et la consécration de différents textes en matière de soins prodigués au sein des établissements pénitentiaires dans un certain nombre d'Etats. L'effet de séduction est quant à lui infirmé par la comparaison exégétique entre les textes internationaux et les législations d'un certain nombre de pays. L'on notera par conséquent une évolution progressive en la matière quoique la vitesse de croisière diffère d'un pays à un autre.

B. Une consécration timorée au niveau interne

La condition du détenu malade en Tunisie **était auparavant** organisée par un texte de valeur infra-législative, à savoir le Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif

(38) REP, 45.1. Il faut néanmoins préciser qu'en vertu de la Règle 45.2 « *si les recommandations formulées par le médecin échappent à la compétence du directeur ou n'emportent pas son accord, ledit directeur doit immédiatement soumettre l'avis du praticien et son propre rapport aux instances supérieures* ».

au règlement spécial des prisons(39). L'article 14 dudit décret dispose que le détenu a droit à : « *1. L'alimentation; 2. Aux soins; 3. Aux médicaments, en prison ou bien à l'hôpital, sur indication du médecin de la prison et s'il s'avère impossible de le soigner à l'infirmerie de la prison; 4. Disposer des moyens d'hygiène* ». La visite médicale est rendue obligatoire conformément à l'article 39. Cette visite permet de surcroît d'isoler le détenu atteint d'une maladie contagieuse dans un « *pavillon aménagé à cet effet* ». Le médecin de la prison examine le détenu malade et le soigne dans l'infirmerie pénitentiaire, « *il lui sera fourni gratuitement les médicaments prescrits et dont l'utilisation est autorisée dans les hôpitaux publics, par l'intermédiaire de l'agent infirmier. Le détenu est tenu de prendre les médicaments en présence de l'agent infirmier* »(40). Cependant, et en cas d'impossibilité pour le détenu d'être soigné à l'infirmerie pénitentiaire, celui-ci « *est transféré dans un hôpital sur indication du médecin de la prison. Pendant son hospitalisation, le détenu est gardé par les agents de prison avec l'aide, le cas échéant, d'agents des autres corps des forces de sécurité intérieure* »(41).

Enfin, il est intéressant de rappeler que l'article 42 dudit décret reprend le principe de gratuité des soins au sein des établissements pénitentiaires, tel que consacré à l'échelle internationale en ce qu'il dispose que « *le détenu malade bénéficie de la gratuité des soins dans les hôpitaux publics conformément à la législation en vigueur* ».

Il convient par ailleurs de citer le *Code de déontologie médicale* promulgué par le Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993(42) qui réserve pour sa part un article unique se rapportant au détenu malade. Il s'agit en l'occurrence de l'article 7 qui dispose qu'« *un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité* ». Cette composante éthique permet ainsi « *d'échanger sur l'attitude à adopter face à telle ou telle situation mettant souvent en jeu des valeurs* »(43), et de guider le médecin dans ses choix.

(39) *J.O.R.T.* n° 75 en date du 4 novembre 1988, pp.1525-1528.

(40) Article 40 du Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons. *J.O.R.T.* n°75 en date du 04 novembre 1988, pp.1525-1528.

(41) Article 41 du Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons. *J.O.R.T.* n°75 en date du 04 novembre 1988, pp.1525-1528.

(42) *J.O.R.T.* n° 40 en date du 28 mai et 1^{er} juin 1993, page 764.

(43) FEUILLET Brigitte, « *Ethique et droit* », in *Qu'est ce que l'éthique?*, Actes du colloque international, Tunis, les 5 et 6 mai 2006, p. 09.



Le cadre normatif tunisien a évolué afin d'être au diapason des changements opérés dans le monde en faveur d'un véritable statut du détenu. Depuis 2001, l'ensemble de la matière pénitentiaire a été haussée à un rang supérieur puisque les nouvelles dispositions régissant ladite matière ont désormais valeur législative (et non plus réglementaire). La Loi n° 2001-52 relative à l'organisation des prisons(44) s'inscrit dans un processus d'amélioration des droits des personnes détenues et constitue une avancée manifeste en ce qu'elle rétablit la hiérarchie des normes en élevant les normes pénitentiaires au niveau législatif, conformément aux standards internationaux ainsi qu'aux dispositions constitutionnelles. Le Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été ainsi expressément abrogé par l'article 45 de la loi n° 2001-52 relative à l'organisation des prisons(45). Le contenu a été, en revanche, revu à la baisse et pour cause, le législateur a vraisemblablement gardé le mutisme s'agissant des droits du détenu malade. Ce constat est fort déplorable lorsque l'on sait que la norme interne, tant du point de vue de son contenu que de son interprétation, doit en principe subir l'influence du droit international. Or, cela n'a pas été le cas.

Si l'article 1^{er} de ladite loi fait de l'« assistance médicale et psychologique » un droit acquis au profit de tout détenu et que l'article 13 rend obligatoire la visite médicale lors de l'incarcération(46), seul un alinéa orphelin concerne les soins dispensés au détenu malade, en l'occurrence l'article 17 qui dispose ainsi que : « Tout détenu a droit à (...) (2) la gratuité des soins et des médicaments à l'intérieur des prisons, et, à défaut, dans les établissements hospitaliers, et ce, sur avis du médecin de la prison ». Cela est d'autant plus troublant que la loi de 2001 consacre toute une partie(47) aux droits et obligations des détenus.

Par ailleurs, un autre article se rapporte indirectement aux soins dispensés au détenu malade et concerne uniquement le cas de maladies résultant de la mise en application du paragraphe 7 de l'Art.19 qui prévoit le

droit à un emploi en prison(48). Il appert ainsi qu'en cas d'accident professionnel, le paragraphe 8 du même article (Art.19) fait bénéficier le détenu de « droits et garanties conformément à la législation relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ».

Il est ainsi clair que les textes tunisiens aujourd'hui en vigueur(49) consacrent de manière timide ou timorée le statut du détenu malade. Car s'il est vrai que le législateur a voulu hausser au rang de loi les dispositions afférentes au système pénitentiaire, ces dispositions ont été vidées de leur substance en matière de soins de santé. Une comparaison sommaire permet de mettre en lumière l'amputation dont a été victime le second texte, particulièrement en ce qui concerne les droits du détenu malade(50).

La nature juridique du texte a certes évolué. Néanmoins, le travail normatif qui a été fait en 2001, consistant à définir les prestations que le service public pénitentiaire doit fournir à ses usagers, demeure lacunaire puisqu'il ne traite pas expressément du statut du détenu malade. Il convient par ailleurs de préciser que le texte de 2001 a été précédé par la loi n° 2000-77 du 31 juillet 2000. Quoique ne se rapportant pas directement à la matière pénitentiaire, cette loi a modifié et complété certaines dispositions du Code de procédure pénale en vue de créer l'institution du juge d'exécution des peines(51). L'article 342 bis dispose ainsi « (...) *Le juge d'exécution des peines peut proposer de faire bénéficier certains détenus de la liberté conditionnelle (...)* » en renvoyant à l'article 355 dont la lecture *a contrario* permet d'affirmer que la liberté conditionnelle(52) peut être accordée au condamné « 3) *s'il est atteint d'une infirmité grave ou d'une maladie incurable* ». Il incombe au médecin de l'établissement pénitentiaire d'informer par écrit le juge d'exécution des peines des cas graves qu'il a constaté(53). Hormis

(44) Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001, telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(45) Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(46) L'article 13 dispose que « *le détenu est soumis dès son incarcération, à la visite médicale du médecin de la prison; s'il s'avère qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, il est isolé dans un pavillon aménagé à cet effet. (...)* ».

(47) La seconde partie, p. 1133. Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(48) L'article 19 dispose que « *le détenu bénéficie (...) 7) d'un emploi rémunéré dans la limite des moyens disponibles, et ce, pour les détenus faisant l'objet de condamnation et sans que les séances de travail ne dépassent la durée légale. Un arrêté commun du ministre chargé des prisons et de la rééducation et du ministre des affaires sociales définit le mode et conditions de rémunération* ».

(49) Le Décret n° 88-186 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été expressément abrogé par l'article 45 de la Loi de 2001. L'article 45 de la Loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons, dispose ainsi que : « *sont abrogées, toutes dispositions contraires à la présente loi* ».

(50) A titre comparatif, le Décret de 1988 abrogé comportait **cinq articles** consacrés au détenu malade.

(51) *J.O.R.T.* n° 62 du 4 août 2000.

(52) La liberté conditionnelle est accordée par arrêté pris par le ministre de la justice sur avis conforme de la commission de libération conditionnelle.

(53) Article 342-4 du Code de procédure pénale.



ce cas de liberté conditionnelle, le Code de procédure pénale permet en outre la suspension de l'exécution de la peine « *pour motif de santé* », et ce, conformément à l'article 346 (bis)(54).

Au demeurant, aujourd'hui, de nombreux textes fort disparates touchent, de manière indirecte, à la condition du détenu malade. Il conviendra de relever notamment :

- La loi n° 2001-51 du 3 mai 2001, relative aux cadres et agents des prisons et de la rééducation dans son titre 2 a prévu la création du Conseil d'honneur des prisons et de la rééducation qui rend son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de la justice et des droits de l'homme.
- Le décret n° 2001-2 588 du 9 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice(55), dont l'article 1^{er} rend obligatoire le service de garde médicale pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs(56).
- Le décret n° 2004-419 du 1^{er} mars 2009 modifiant et complétant le décret n° 84-753 du 30 avril 1984 portant statut particulier des cadres et agents des prisons et de la rééducation.
- Le décret n° 2004-2731 portant modification du décret n° 98-1812 du 21 septembre 1998 fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits.
- Le décret n° 2006-1167 du 13 avril 2006, portant détermination du statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation, telle que modifiée et complétée par les textes subséquents

(54) Article 346 (bis) du Code de procédure pénale ajouté par la loi n° 99-90 du 2 août 1999, paragraphe 2 dispose que : « *l'exécution est suspendue pour motif de santé ou familial ou lorsque le condamné est écroué pour une autre infraction ou pour l'accomplissement du service national* ».

(55) *J.O.R.T.* n° 92 en date du 16 novembre 2001.

(56) L'article 1 du décret n° 2001-2 588 du 9 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice, dispose que « *les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs sont tenus, conformément à leurs statuts particuliers, de participer au service de garde médicale assuré en dehors de leurs horaires de travail normal, la nuit, les dimanches et les jours fériés contre un congé de repos compensateur, ou, à défaut, contre une indemnité de garde* ».

et notamment le décret n° 2009-2612 du 14 septembre 2009.

- La loi n° 2008-21 du 4 mars 2008, portant obligation de motiver la décision de prolonger la durée de la garde à vue et de la détention préventive(57).
- Le décret n° 2006-1167 du 13 avril 2006, fixant le statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation(58).
- La loi n° 2008-37 du 16 juin 2008, relative au comité supérieur des droits de l'Homme et des libertés fondamentales(59) dont l'article 5 prévoit pour le président du comité supérieur le droit d'effectuer, sans préavis, des visites dans les établissements pénitentiaires et de rééducation, en vue de s'assurer de l'application de la législation nationale relative aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.
- La loi n° 2008-58 du 4 août 2008, relative à la mère détenue enceinte et allaitante(60), portant ajout de l'article 7 bis à la loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons accordant aux femmes détenues, enceintes ou allaitantes, le droit d'être incarcérées, pendant la période de grossesse et d'allaitement « *dans un espace approprié, aménagé à cet effet offrant l'assistance médicale, psychologique et sociale à la mère et à l'enfant* ».
- Le décret n° 2014-4776 du 31 décembre 2014, portant création de la Commission nationale de suivi de la mise en œuvre du règlement sanitaire international(61). Ladite Commission est chargée de renforcer les mécanismes nationaux d'appui de la vigilance, de dépistage et de restriction des risques sanitaires, de se préparer pour lutter contre, et de coordonner entre les parties intervenantes pour la mise en œuvre du règlement sanitaire international(62).
- Enfin, le programme d'action du ministère de la justice et des droits de l'homme – adopté conformément au Plan de Développement pour la période allant de 2012-2016 – fait état de l'élaboration de nouvelles lois modifiant le cadre juridique régissant les établissements judiciaires et pénitentiaires à la lumière des principes internationaux en matière

(57) *J.O.R.T.* n° 21 du 11 mars 2008.

(58) *J.O.R.T.* n° 34 du 26 avril 2006.

(59) *J.O.R.T.* n° 51 du 24 juin 2008.

(60) *J.O.R.T.* n° 64 en date du 8 août 2008.

(61) *J.O.R.T.* n° 7 du 23 janvier 2015.

(62) Même la Commission créée par Arrêté du ministre de la santé du 6 juin 2014, dite Commission technique du dialogue national sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé, n'évoque nullement la question de la santé en milieu carcéral.



d'indépendance judiciaire. Il y fait clairement mention de la promulgation d'une loi sur le statut des établissements pénitentiaires (annoncée au 2^e trimestre 2012 mais non encore adoptée à l'heure où nous rédigeons ces lignes) ainsi que de la réforme institutionnelle du système pénitentiaire y compris la méthode de gestion de la population carcérale, suivi d'un programme de formation continue obligatoire du personnel pénitentiaire.

S'il va sans dire que « *le pouvoir réglementaire peut définir les modalités d'application des règles législatives* »(63), il n'en demeure pas moins qu'en Tunisie, grand nombre de règles affectant les droits fondamentaux des personnes incarcérées sont réglementées par des normes subordonnées, à savoir des circulaires, notes de services, et règlements intérieurs des établissements. Il en est ainsi en particulier de la détermination par voie d'instructions de service de règles en matière d'exécution des peines. Il existe ainsi une profusion d'instructions de services qui régissent tous les aspects de la vie en détention sans pour autant que les détenus ne puissent y avoir accès alors que leurs dispositions leur sont pourtant quotidiennement opposées.

En effet, le droit applicable à la prison est le terrain d'élection par excellence des « *mesures d'ordre intérieur* », insusceptibles de recours devant le juge de l'excès de pouvoir. L'absence de jurisprudence en la matière est très significative(64). La doctrine se doit de le souligner. Ce sont les contestations émanant d'associations de société civile et autres scandales sporadiques qui tirent la sonnette d'alarme. Par conséquent, l'ordre juridictionnel compétent se doit de s'emparer de la question carcérale afin de réduire le périmètre des mesures d'ordre intérieur(65). Car, la réglementation en vigueur n'est guère satisfaisante au regard des principes consacrés tant en droit international qu'en droit interne. Désormais, une refonte de la réglementation en vigueur est nécessaire en vue d'imposer au service public pénitentiaire le respect des droits inhérents aux détenus malades. Il semblerait qu'un texte soit en cours d'élaboration.

(63) RIVERO Jean, « Peines de prison et pouvoir réglementaire », in *A.J.D.A.*, 1974, p. 229.

(64) Les choses commencent à changer dans certaines parties du monde où certains actes émanant de l'administration pénitentiaire ne sont plus assimilables à des « *mesures d'ordre intérieur* », Arrêt Remli du 30 juillet 2003, le Conseil d'Etat a renversé sa jurisprudence Fauqueux. SLAMA Serge, « Contrôle du juge administratif de la décision de l'administration pénitentiaire restreignant les modalités essentielles du droit de visite », in *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualité Droits-Libertés, disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/revdh/3574> ; DOI : 10.4000/revdh.3574 [consulté le 28 septembre 2015].

(65) Et ce, à l'instar du Conseil d'Etat français à partir de l'Arrêt Marie du 17 février 1995.

Cependant, l'étude de la législation et de la réglementation ne saurait à elle seule rendre compte du statut du prisonnier malade, il y a donc lieu d'appréhender la mise en œuvre dudit statut.

II. LA MISE EN ŒUVRE DU STATUT JURIDIQUE DU DÉTENU MALADE: UN SUJET MINORÉ

L'examen de la mise en œuvre du statut du détenu malade implique que l'on appréhende dans un premier temps les conditions d'hospitalisation de celui-ci (A) et que l'on s'interroge, dans un second temps, sur le respect des règles élémentaires d'éthique médicale applicables en la matière (B).

A. Des conditions d'hospitalisation difficiles

L'administration des soins en milieu carcéral est traditionnellement confiée à l'administration pénitentiaire, plus précisément à ses services de médecine pénitentiaire. Une révolution a eu lieu sous d'autres cieux, nous y reviendrons. L'administration pénitentiaire est chargée de s'assurer du bon état physique et mental de ses usagers lors de l'exécution de la peine privative de liberté. Cela pose nécessairement la question des conditions d'hospitalisation « *intra-muros* » (1), mais également celles se rapportant à l'hospitalisation « *extra-muros* » du détenu malade (2).

1) Les conditions d'hospitalisation « *intra-muros* »
Les détenus accueillis dans les établissements de détention ne bénéficient pas d'un bon état de santé(66). Les personnes incarcérées sont souvent issues de la partie la plus marginalisée de la société. Certaines entrent en prison avec des problèmes de santé qui n'ont pas été diagnostiqués, détectés et pris en charge. Les pathologies dont souffrent ces derniers nécessitent l'intervention de médecins spécialistes très peu représentés en prison. Selon l'Association médicale mondiale, « *les prisons sont souvent des foyers d'infection. Le surpeuplement, le confinement à longueur de temps dans des espaces clos, mal éclairés, mal chauffés et donc mal ventilés et souvent humides* »(67) constituent la description souvent associée à l'emprisonnement. En Tunisie, comme ailleurs dans le monde, la promiscuité, l'insalubrité et plus généralement les conditions de vie en milieu carcéral sont propices à la transmission du virus du sida et de l'hépatite C. Les

(66) BONNEVIE E., *La prise en charge sanitaire des personnes incarcérées: bilan et perspectives*, Mémoire E.N.S.P., Rennes, 1994.

(67) Association médicale mondiale, 2000, disponible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/2000/> [Consulté le 15 novembre 2015].



maladies transmissibles sont aujourd'hui un problème majeur pour de nombreuses administrations pénitentiaires. Les rapports révèlent que la prévalence du virus du sida et de l'hépatite C est six fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale(68).

Le *Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie*, publié en 2014, confirme que selon les estimations effectuées, la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est à peu près 10 fois la prévalence parmi la population soit de 300/100 000 prisonniers si l'on estime que cette fréquence est près de 10 fois la prévalence parmi la population totale(69). Le personnel de santé des prisons n'est pas bien formé pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, et les services médicaux des prisons ne sont pas adéquatement supervisés par le programme(70). Sans compter qu'il n'existe pas un bon système de coordination entre les services médicaux des prisons et le programme national de lutte contre la tuberculose pour un bon suivi des malades après leur sortie des prisons.

Le *Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose* prévoit dans le cadre de son action stratégique corrective d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les prisonniers à travers des interventions ciblées allant de la « formation du personnel de santé des prisons sur le dépistage et la prise en charge de l'infection et maladie chez les prisonniers ainsi que la sensibilisation des prisonniers, à l'amélioration du système de suivi pour les prisonniers après sortie de prison et la supervision des activités de dépistage et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral »(71).

Hormis les maux liés aux maladies transmissibles, un rapport datant de 2004 souligne la difficulté de l'accès aux soins: « le diagnostic de la maladie prend de longs délais, puisque l'infirmier et le personnel médical de la prison ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour le faire »(72). Lorsque le diagnostic est établi, commence alors une étape aussi longue et fastidieuse que

la précédente pour obtenir les médicaments en raison des tergiversations de l'administration pour procurer au malade les médicaments prescrits, souvent absents de la pharmacie de la prison(73). Par ailleurs, l'accès à certains soins spécifiques est trop peu considéré qu'il s'agisse de soins dentaires, de problèmes de vue, de traitements d'orthophonie interrompus à cause de la prison, du suivi d'un régime spécial des drogués (et des problèmes de sevrage) des détenus âgés ou des personnes en phase terminale de maladie (nous y reviendrons).

Il est à signaler de surcroît que les médecins ne sont que très rarement présents le week-end, et que certaines prisons ne bénéficient pas des services d'une infirmière au cours de cette même période. En cas de nécessité, il est fait appel aux services d'urgence. Le déficit de personnel médical intervenant en détention constitue donc un sujet d'inquiétude régulièrement mis en avant par les spécialistes du monde carcéral.

En principe, et conformément aux textes en vigueur, le médecin est tenu de procéder à une visite complète lors de l'admission d'un nouvel arrivant. Dans certaines prisons, il peut s'avérer difficile qu'un médecin examine tous les détenus immédiatement après leur admission. Dans certains cas, il n'y a pas de médecin sur place, ou bien le volume d'admissions est trop important pour que le médecin puisse faire passer à chaque détenu une visite médicale complète immédiatement, surtout si les détenus arrivent le soir.

Le médecin examine alors uniquement les détenus visiblement malades ou ceux que l'infirmier(ère) lui envoie. Tout traitement médical nécessaire doit être offert dans le respect du principe de la gratuité des soins. Même dans les pays qui connaissent d'importantes difficultés à fournir des soins de santé de niveau raisonnable à la population en général, les détenus sont habilités à recevoir les meilleurs soins de santé possibles, et cela gratuitement. La justification humaniste considère que rien ne peut libérer l'Etat de ses responsabilités(74). Cependant, force est de reconnaître que la mise en œuvre du principe de gratuité des soins médicaux en prison est difficile lorsqu'un nombre important de détenus malades nécessitent des traitements coûteux. Une jurisprudence constante affirme pourtant que les administrations

(68) Il y a lieu de citer à titre d'exemple l'enquête Prévacar, menée en 2010 par la Direction générale de la santé en France, en collaboration avec l'InVs qui a tiré la sonnette d'alarme.

(69) Le Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie, publié par la direction des soins de santé de base du ministère de la santé tunisien en 2014, p. 9.

(70) Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p. 16. Le Plan prévoit le ciblage des groupes à risque élevé, particulièrement les contacts des malades tuberculeux, le personnel de soins, les prisonniers et les malades tuberculeux multi résistants.

(71) Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p. 25.

(72) Disponible à l'adresse : <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 15 novembre 2015].

(73) Disponible à l'adresse : <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 15 novembre 2015].

(74) Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a déclaré que même durant les périodes de graves difficultés économiques, rien ne peut libérer l'Etat de sa responsabilité de fournir les exigences fondamentales de la vie aux personnes qu'il a privées de liberté. Conseil de l'Europe (2002) CPT Rapport au gouvernement de la République de Moldavie relatif à la visite effectuée en Moldavie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, du 10 au 22 juin 2001. Strasbourg: CoE.



pénitentiaires doivent prendre des dispositions basées sur les besoins des détenus et fournir lesdits traitements sans discrimination aucune sous prétexte que le malade soit un détenu(75).

Par ailleurs, le médecin n'est pas seulement responsable de la fourniture de soins de santé aux détenus. Son rôle s'étend à la surveillance des conséquences pour la santé de l'environnement carcéral et à s'assurer que les lacunes pouvant avoir des effets néfastes pour la santé soient mentionnées aux personnes responsables de la prison. Certaines législations imposent des visites médicales obligatoires régulières pour les détenus mis en isolement(76). Chaque établissement pénitentiaire doit disposer des services d'au moins un médecin généraliste. A défaut, des mesures doivent être prises pour s'assurer de l'intervention d'un médecin en cas d'urgence. En l'absence d'un médecin exerçant à plein temps, les établissements pénitentiaires doivent être régulièrement visités par un médecin exerçant à temps partiel. Hormis cette obligation de disposer d'un médecin, chaque établissement pénitentiaire doit disposer d'un personnel ayant suivi une formation médicale appropriée.

Les soins médicaux dans les prisons de la plupart des pays sont fournis par un service médical spécialisé qui est placé sous la responsabilité de l'administration des prisons(77). Ces services médicaux spécialisés sont souvent critiqués pour leurs normes peu exigeantes, leur isolement des services médicaux conventionnels et leur absence d'indépendance. Pour remédier à cela, les administrations pénitentiaires d'un certain nombre de pays ont mis en place des hôpitaux pénitentiaires habilités à traiter les cas les moins graves. C'est d'ailleurs à partir de cette expérience que la doctrine a introduit l'expression d'« *hôpital incarcéré* » afin de désigner l'enclave soignante ou l'unité de soins au sein de la prison.

Lorsqu'une prison dispose ainsi de son propre hôpital, celui-ci doit être doté d'un personnel et d'un équipement en mesure d'assurer les soins et les traitements

appropriés aux détenus qui lui sont transférés(78). Outre les équipements destinés aux soins de médecine générale, dentaire et psychiatrique, il y a lieu de s'assurer de l'existence des dispositions nécessaires à même de permettre de dispenser les consultations spécialisées et les soins hospitaliers les plus complexes.

Néanmoins, et nous l'avons pas encore expérimenté en Tunisie, « *les conséquences de l'entrée de l'hôpital en prison sont relativement importantes car elles remettent directement en cause la spécificité du droit pénitentiaire, tout en renforçant l'unité de ce droit par une approche nouvelle de la détention* »(79).

Une autre question, parue d'une manière subacente à nos recherches de départ est celle qui a trait à la relation entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical. Deux corps de métier qui doivent non seulement cohabiter, mais surtout le faire en étroite collaboration avec un objectif commun : assurer de bonnes conditions d'accès aux soins pour les détenus(80). Ces relations sont en général empreintes d'embarras en raison de la difficulté à concilier les fonctions de soins avec celles de surveillance. L'embarras est parfois plus prononcé dans le cas des rapports entre les surveillants et la hiérarchie médicale, voire les rapports entre la hiérarchie médicale et les autres membres du personnel pénitentiaire. Des frictions surviennent souvent entre l'autorité pénitentiaire et l'autorité médicale. La situation prévaut, par exemple, lorsque le médecin refuse d'entériner une décision disciplinaire à même de porter davantage préjudice à la santé du détenu malade.

Plusieurs spécialistes ont mis en exergue « *les diverses interactions qui sont à l'œuvre, dans un hôpital carcéral, entre les membres des personnels pénitentiaire et médical* » afin de souligner que « *la mixité et la cohabitation des surveillants, des soignants et des détenus-patients, renforcent la complexité de leurs rapports parfois déjà conflictuels* »(81). La cohabitation des membres des personnels pénitentiaire et médical est intéressante et ne manque de nous interpeller pour ce qui est de leur relation avec les détenus malades. A l'intérieur des établissements pénitentiaires, cette relation est empreinte de soupçon, les détenus,

(75) A l'instar de cet exemple issu de la jurisprudence sud-africaine : « *Quatre détenus séropositifs ont porté une affaire devant le South African High Court en 1997 car ils affirmaient, ainsi que d'autres détenus séropositifs, ne pas recevoir de soins médicaux appropriés à leur état de santé, y compris des médicaments spéciaux comme l'AZT. Ils affirmaient qu'ils devaient recevoir ce traitement gratuitement. Le Correctional Services Department répondit que le budget ne permettait pas de fournir un niveau de soins aussi poussé. Le juge a conclu en faveur des détenus et a déclaré qu'ils devaient recevoir le traitement médical approprié aux frais de l'État.* The Cape High Court (South African) (1997) *Van Biljon and others v Minister of Correctional Services and others* 1997 (4) SA 441 (C), 1997 (6) BCLR 789 (C). Le Cap : SACR.

(76) Art. D.283-1 à D.251-8 du Code français de procédure pénale.

(77) *Note d'Orientation* n° 10, School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, 2006, p. 03.

(78) RPE, Règle 46.2.

(79) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 416.

(80) ROMMEL Mendès-Leite, « Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral », in *Le Journal des psychologues* n° 241, 8/2006, pp. 37-41.

(81) ROMMEL Mendès-Leite, « Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral », *op. cit.*, pp. 37-41.



eux-mêmes, ont du mal à se percevoir comme des patients dans le regard des soignants. Ce malaise au regard des rapports soignant-soigné se vérifie d'autant que le personnel soignant, notamment les infirmiers, a tendance à « *remettre toujours en question* » la réalité des besoins exprimés par les détenus.

Or, dans la psychologie du détenu, l'investissement du statut de malade permet d'échapper à la réalité carcérale, et représente un véritable recours identitaire. « *Le soin rend au détenu sa condition d'homme, restaure son estime de lui-même, le rend acteur de sa propre vie* »(82). Cependant, pour un certain nombre de détenus, il existerait « *dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition* »(83), ainsi que la nette perception que « *les jugements sur leurs actes conditionnent en permanence ce regard, mais aussi la façon de soigner* »(84). Le statut de détenu empêcherait d'accéder, dans une certaine mesure, à un statut de patient identique à celui de l'extérieur(85). La maladie, on le sait, est « *la forme de décès la plus commune* » au sein des établissements pénitentiaires(86). Une lapalissade qui a été à l'origine d'un certain nombre de réformes substantielles(87). En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention. La suspension de peine pour raisons médicales est accordée par le juge si l'état de santé du détenu présente l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : « *une pathologie engageant le pronostic vital ou un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention, hors le cas des personnes présentant des troubles mentaux et hospitalisées* ». Deux expertises médicales distinctes doivent établir de manière concordante l'une ou l'autre de ces situations relatives à l'état de santé. La loi exige l'absence de « *risque*

grave de renouvellement de l'infraction ». L'application de la loi du 4 mars 2002 constitue ainsi un moyen pour accorder au détenu le statut de patient(88).

Plus récemment, en France, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dite « *Loi pénitentiaire* » prévoit de nouvelles dispositions légales concernant l'exécution et l'application des peines. En consacrant tout un chapitre aux « *droits et devoirs des personnes détenues* », la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a constitué un tournant dont l'importance ne saurait nous échapper : elle vient consacrer cette vision nouvelle qui s'impose d'une prison de droit. Les suspensions de peines pour les grands malades sont désormais plus faciles à obtenir. Dans certains pays, les détenus souffrant d'une maladie en phase terminale peuvent bénéficier d'une libération anticipée. En mars 2004, la Haute cour de Pretoria, en Afrique du Sud, a ordonné la libération immédiate d'un détenu purgeant une peine de 15 ans de prison pour vol à main armée, car il souffrait d'une maladie grave en phase terminale. Les autorités avaient refusé d'accorder au détenu une mise en liberté conditionnelle alors que les médecins avaient affirmé qu'il ne lui restait qu'un à trois mois à vivre. En délivrant sa décision, le juge a déclaré que « *le demandeur est gravement malade. Il est mourant. L'incarcération est trop lourde pour lui en raison de son état de santé en rapide détérioration ; il ne peut plus rester en prison et être traité dans un hôpital pénitentiaire. Il a besoin d'humanité, d'empathie et de compassion* »(89). Dans l'Arrêt *Enea c. Italie* du 17 septembre 2009,(90) le requérant atteint de plusieurs pathologies a pu bénéficier d'une suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. La *Cour européenne des droits de l'homme* a apporté une contribution décisive forgeant ainsi un « *standard commun de protection* »(91) mettant ainsi à la charge de l'administration pénitentiaire

(82) BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, EHESS, 2000, p. 05.

(83) *Ibid.*

(84) *Ibid.*

(85) *Ibid.*

(86) « La santé en prison : réalisation du droit à la santé », in *Fiche pratique de la réforme pénale*, n° 2, *Penal Reform International*, 2007 (2).

(87) En France, la Loi du 4 mars 2002 prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention ou certains aménagements tels que la libération conditionnelle. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Egalement la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) pour un meilleur accès aux soins psychiatriques. Voir TRABACCHI Ghislaine, « Soins aux personnes sous main de justice », in *Soins* n° 701, Déc. 2004, p. 29. Enfin, « la création des premières Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSD) », pour les soins somatiques nécessitant une longue hospitalisation. TRABACCHI Ghislaine, « Soins aux personnes sous main de justice », *op. cit.*, p. 29.

(88) MANSUY Isabelle, *Dix ans après la réforme : la santé toujours incarcérée*, site de l'Observatoire International des Prisons (OIP). Michel Chartier premier condamné à perpétuité à pouvoir bénéficier de cette mesure affirme sentir la différence de statut : « *Maintenant que je suis soigné à l'hôpital de Château-Thierry comme un patient ordinaire, je vois la différence dans le regard des médecins* ». Disponible à l'adresse : <http://www.oip.org> [Consulté le 20 novembre 2015].

(89) *Du Plooy v. Minister of Correctionnel services and others*, 2004.

(90) Cour européenne des Droits de l'Homme, *Enea c. Italie*, du 17 septembre 2009. Le requérant est atteint de plusieurs pathologies qui l'ont obligé à utiliser un fauteuil roulant. De juin 2000 à février 2005, il a purgé sa peine dans la section du service médical de la prison destinée aux détenus soumis au régime spécial de détention. En octobre 2008, le tribunal de l'application des peines ordonna la suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. Il est depuis détenu à domicile. [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/001-94071.pdf> [Consulté le 20 novembre 2015].

(91) CHEVALLIER Jacques, *Les droits de la personne détenue*, Dalloz, Paris, 2013, p. 01.



l'obligation de protéger la santé physique du détenu. Elle contrôle également la compatibilité des conditions de détention, voire de la détention elle-même, avec l'état de santé du détenu âgé ou handicapé. Elle contrôle enfin, l'impact de l'environnement de l'établissement pénitentiaire sur la santé des personnes détenues.

Dans les pays développés, « *les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de l'État* »(92). La mise en œuvre de cette règle requiert que les autorités sanitaires nationales soient également responsables des soins de santé dispensés dans les prisons. C'est le cas en France où « *le personnel médical intervenant dans l'enceinte des établissements de détention est dorénavant placé sous l'autorité du service public hospitalier et non plus pénitentiaire* »(93).

La législation française impose en outre à l'établissement public de santé de structurer son intervention tout au long de l'incarcération. Le détenu « *ne doit plus seulement recevoir la visite du médecin lorsque la maladie est déclarée. Au contraire, la nouvelle mission inscrite dans le Code de la santé publique français, multiplie les obligations à la charge de l'autorité médicale* »(94). Davantage encore, il existe désormais un label de qualité, un standard qualité accordé par l'organisme certificateur Bureau Veritas, RPE, attribué au processus de prise de charge des arrivants dans un établissement pénitentiaire(95). Lorsque ce n'est pas le cas, comme en Tunisie, il serait de bon esient d'établir une passerelle sanitaire entre les prestataires des soins de santé à l'intérieur des prisons et les services de santé à l'extérieur des prisons.

2) Les conditions d'hospitalisation « *extra muros* »

Un problème d'ordre juridique ne manque de se poser dans les cas d'hospitalisation « *extra muros* », à savoir si le détenu admis dans un hôpital civil « *est-il considéré comme détenu en droit, alors que dans cette circonstance, il ne l'est pas en fait* ». Les auteurs sont à ce sujet, unanimes pour affirmer que le « *décloisonnement* » de la médecine pénitentiaire est souhaitable pour qu'elle puisse bénéficier des supports techniques de la médecine publique. Les détenus malades qui nécessitent des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des hôpitaux lorsque les soins appropriés ne sont pas dispensés en

prison. Dans le passé, « *les demandes de transfert à l'hôpital étaient systématiquement refusées* »(96), comme le révèle un rapport datant de 2004 alors que l'article 14.2 du décret de 1988 relatif au règlement spécial des prisons le prévoyait. Aujourd'hui, les interventions médicales qui nécessitent l'hospitalisation des détenus à l'extérieur sont en nette progression, et ce, en application de l'article 17.2 de la Loi de 2001-52 du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons. Elles posent néanmoins des problèmes de sécurité tant lors du transport que pendant la consultation et les soins.

S'agissant du transport, le transfèrement des détenus pour une hospitalisation est assuré par les forces de l'ordre. Il se déroule cependant parfois dans des conditions qui entravent l'accès aux soins. Le manque de personnel dont dispose l'administration pénitentiaire pour escorter le détenu cause des préjudices certains aux détenus malades dont la santé ne manque de pâtir en raison du report ou de l'annulation de leur hospitalisation.

S'agissant de la consultation et des soins, la surveillance à l'hôpital est également assurée par les forces de l'ordre. Ici, deux positions s'affrontent. Pour les uns, les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme en cours d'exécution de leur peine(97). Par conséquent, les règlements pénitentiaires doivent continuer à leur être applicables dans la mesure du possible, notamment dans leurs relations avec l'extérieur. Les tenants de cette position estiment ainsi que lors de l'hospitalisation d'un détenu, c'est aussi le milieu carcéral qui doit se déplacer. Une hospitalisation implique « *un convoi sécurisé pour le transfert, des surveillants en faction devant la chambre du détenu et présents lors des soins, des menottes, l'impossibilité de recevoir des visites* » au point de parler d'une véritable « *enclave carcérale* » dans le milieu hospitalier(98).

D'autres considèrent en revanche, que la présence des forces de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration de soins aux patients hospitalisés n'est pas conforme à l'éthique médicale(99). Le menottage et les entraves pendant les consultations médicales et l'hospitalisation font légion. En effet, le recours au menottage est quasiment automatique pour des raisons de sécurité afin de minimiser tout risque d'évasion. Dans un arrêt datant de novembre 2002, la Cour européenne des droits de

(92) RPE: Règle 40.1.

(93) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 415.

(94) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire op. cit.*, p. 164.

(95) A titre d'exemple, le 100^e label RPE a été attribué le 3 janvier 2012 à la maison d'arrêt de Fresnes.

(96) Disponible à l'adresse: <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 21 novembre 2015].

(97) S'il s'agit de prévenus, ils sont considérés comme placés en détention provisoire.

(98) BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prison, op. cit.*, p. 04.

(99) La Commission cite les rapports de 1996 et de 2000 du CPT.



l'homme a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement médical d'un détenu en phase terminale. Elle a fait observer « *l'obligation positive de l'État d'offrir le traitement médical adapté, et réprouvé le fait que le détenu ait été menotté sur son lit d'hôpital* »(100). Dans une autre affaire jugée en octobre 2003, la Cour a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement d'un détenu malade qui avait été enchaîné au lit d'hôpital(101).

Une exception à la pratique du « menottage » a récemment concerné les femmes lors de l'accouchement, et ce, à la suite d'une affaire très médiatisée. Les autorités se sont engagées à ne plus recourir à cette pratique lors des accouchements, car le port d'entraves et de menottes dans cette situation spécifique peut constituer une humiliation et un traitement inhumain et dégradant. Dans un certain nombre de pays, les détenus malades sont hospitalisés dans des chambres sécurisées. Un rapport publié en 2015(102) sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé révèle les inconvénients de ce mode d'hospitalisation. De nombreuses personnes détenues renoncent aux soins en raison des conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées. La personne détenue admise dans une chambre sécurisée demeure un patient et doit donc bénéficier à la fois des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients. Les conditions matérielles d'hospitalisation ne sont pas observées ni en amont(103) ni à l'arrivée du détenu dans l'établissement de santé(104). Selon l'Avis du CGLPL, « *la rédaction d'un règlement intérieur spécifique aux*

chambres sécurisées s'impose »(105). Davantage encore, et cela peut sembler un tant soit peu indu pour certains, le rapport dénonce la violation du « *droit fondamental au maintien des liens familiaux. L'accès au téléphone n'est pas effectif (absence de poste dans les chambres sécurisées et impossibilité de contrôler les conversations). Les patients détenus ne peuvent pas recevoir les visites de leurs proches, quelque soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite* »(106). Pour le CGLPL, « *les visites, les correspondances et les appels téléphoniques doivent être autorisés selon les mêmes règles que celles applicables au sein des établissements pénitentiaires* ». Afin d'éviter ces obstacles, le même rapport rappelle que « *pour préserver la qualité des soins, la sécurité des personnels et la dignité des personnes détenues, il importe d'implanter les chambres sécurisées dans un service où l'équipe soignante est volontaire et préparée à l'accueil, afin d'assurer aux personnes détenues les soins de courte durée* »(107).

Le pas n'a pas encore été franchi en Tunisie. Car en vérité, l'impératif de sécurité est un motif trop grave pour permettre à l'administration pénitentiaire et à l'autorité judiciaire de s'en dessaisir au profit des instances médicales. En revanche, dans d'autres contrées, cette situation a évolué rapidement, et a associé étroitement le service public de la santé »(108).

Force est de reconnaître que malgré toutes ces critiques, les conditions d'hospitalisation « *extra-muros* » sont moins répressives qu'au sein des établissements pénitentiaires, à tel point, témoigne le personnel médical, que les détenus chercheraient à « *s'éterniser* » dans leur rôle de malade.

(100) *Moussel c. France* (requête n° 67263/01 - 14 novembre 2002). [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/003-646932-652605.pdf> [Consulté le 21 novembre 2015].

(101) *Hénaf c. France* (55524/00) du 27 novembre 2003. [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/003-646932-652605.pdf> [Consulté le 21 novembre 2015].

(102) Rapport émanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 22 novembre 2015].

(103) Une liste des effets personnels autorisés et interdits. [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 22 novembre 2015].

(104) A l'instar d'un livret d'accueil relatif aux modalités d'hospitalisation dans les chambres sécurisées ainsi qu'aux droits afférents. Dans la quasi-totalité des chambres sécurisées, les patients détenus ne bénéficient d'aucune activité (pas de poste de télévision, de radio, de livres ou de journaux). Ils ne disposent pas non plus d'un espace extérieur permettant de s'aérer et, le cas échéant de fumer. Rapport de 2015 sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 21 novembre 2015].

B. Des règles d'éthique médicale résolument bafouées

Les détenus « *doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique* »(109). Se basant sur ce pos-

(105) *Ibid.*

(106) *Ibid.*

(107) Rapport de 2015 (Emanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté) sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 21 novembre 2015].

(108) Depuis la loi du 18 janvier 1994 (+ Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994, relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier...). PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998. p. 254.

(109) Règles pénitentiaires relative relatives à l'organisation des soins de



tulat, il est permis d'affirmer que les détenus possèdent, intrinsèquement, un certain nombre de droits qui se divisent en deux catégories : les droits inaliénables reconnus à tout individu même privé de liberté, mais aussi des droits en tant qu'usagers du service public. « *Lorsqu'on décide d'insister sur les prestations sanitaires, ce sont ces deux catégories de droits qu'il est prévu de renforcer. L'idée de prestations fournies par le service public ne remet pas en cause l'importance de la mission de sécurité; elle complète simplement le contenu du droit applicable en prison* »(110). Parmi les droits fondamentaux reconnus en faveur du détenu malade, deux sont à la fois fondateurs et emblématiques de l'éthique médicale, en matière de soins, à savoir le droit au secret médical, et le droit au consentement libre et éclairé. Le respect du secret médical et le respect du consentement libre et informé apparaissent comme deux versants d'une même approche : le fait de considérer le détenu non pas comme un « objet » de soins, mais comme un « sujet de droit ».

Le médecin exerçant en milieu carcéral fournit des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsable. Sa tâche commence dès lors qu'une personne est admise en prison. Le médecin procède au diagnostic des maladies physiques ou mentales et adopte les mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant. Les diagnostics et traitements médicaux devraient être fondés sur les besoins de chaque détenu et non pas sur les nécessités de l'administration pénitentiaire. Il doit informer les autorités compétentes de tout signe révélateur de violences subies ainsi que les symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool.

Le médecin a l'obligation de requérir l'isolement des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux. Il doit présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire s'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu peut s'aggraver du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle de l'isolement. Si un détenu est libéré avant la fin de son traitement, il est important que le médecin puisse établir un lien avec les services médicaux extérieurs afin de permettre au détenu de poursuivre son traitement après la libération(111).

Lorsqu'il examine un détenu, le médecin doit accorder une attention particulière au respect des règles ordinaires

santé en prison de la règle n° 40.1 à n° 40.5.

(110) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, op. cit., p. 502.

(111) RPE Règle 42.2.

du secret médical. En principe, chaque détenu a droit à un accès régulier et confidentiel aux consultations médicales. Les règles internationales recommandent que les conditions dans lesquelles se déroule l'entretien avec un détenu sur ses problèmes de santé doivent être équivalentes à celles qui prévalent dans l'exercice de la médecine civile. *Les archives médicales de chaque détenu devraient rester sous le contrôle du médecin et ne pas être communiquées sans l'autorisation écrite préalable du détenu*. Mais, en vérité, un certain nombre de rapports(112) portant sur l'accès aux soins des personnes détenues ne manque de révéler que « *de multiples violations du secret médical sont régulièrement observés en milieu carcéral* »(113).

Le respect du secret médical est un droit pour le patient et un devoir absolu pour le médecin. *La présence de personnel de l'escorte lors des consultations ou examens médicaux ne permet pas d'assurer ce droit*. Les règles d'éthique recommandent que les consultations médicales se déroulent dans le respect de la dignité du détenu et le maintien de la confidentialité. Lorsque l'on doit tenir compte des problèmes de sécurité, il peut s'avérer nécessaire que les consultations médicales se déroulent à portée de la vue mais pas à portée de l'ouïe des gardes de la prison.

En pratique, le droit à la confidentialité n'est guère respecté. *Ce droit implique que les détenus n'aient pas à présenter leur demande d'accès au médecin à d'autres membres du personnel pénitentiaire. Les détenus ne doivent en aucun cas être dans l'obligation de divulguer les raisons pour lesquelles ils demandent une consultation*.

Au sein même des établissements pénitentiaires, le secret médical apparaît davantage menacé ces dernières années. En effet, le personnel soignant fait l'objet de nombreuses pressions afin de partager les informations dont ils disposent, au nom d'impératifs de sécurité ou d'une approche pluridisciplinaire des personnes détenues. En France par exemple, le personnel soignant exerçant en milieu carcéral est de plus en plus « exhorté » à renoncer au secret médical dans un cadre désigné comme un « *partage opérationnel d'information* »(114), considéré par l'administration pénitentiaire comme « *la clé de voûte de la pluridisciplinarité en détention* »(115). Cela est préjudiciable à plus d'un titre. Car « *l'efficacité*

(112) *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006*, Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, France.

(113) Sachant que le secret médical n'incombe pas uniquement au médecin, l'infirmier ou autre personnel soignant doit également respecter les règles ordinaires du secret médical.

(114) OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

(115) *Ibid.*



thérapeutique de toute prise en charge requiert de la part du patient un processus d'adhésion aux soins, adossé à une relation de confiance qui peut difficilement s'établir sans garantie du respect du secret médical ». La « confiance » établie « à travers une relation thérapeutique durable (...) ne peut avoir de sens que si elle reste confidentielle »(116). La confidentialité du dossier médical(117) continue de faire couler beaucoup d'encre. Il est en principe conservé dans des conditions garantissant sa confidentialité et seuls les médecins généralistes, spécialistes et infirmiers y ont accès. En cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions permettant de les garder confidentielles. En cas de décès, les ayants droit pourront accéder audit dossier.

D'aucuns considèrent que les archives médicales ne doivent pas faire partie des archives générales des établissements pénitentiaires. En principe, le personnel pénitentiaire, comme le personnel soignant, ne doit aucunement avoir connaissance du dossier pénal des patients. Les avis sur la pertinence ou non de cette méconnaissance sont partagés. (...) La connaissance – tout comme la méconnaissance – du délit par les professionnels peut jouer un rôle dans leur perception du patient, et, en conséquence, dans leurs rapports avec eux. Cela vient leur rappeler que le malade n'est pas seulement un patient : il est aussi un détenu.

D'autres considèrent au contraire que « l'administration pénitentiaire doit avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins doivent avoir accès au dossier pénitentiaire »(118). Dans certains pays, un partage d'information, certes plus restreint, a ainsi été rendu obligatoire(119). Il prévoit la transmission d'informations médicales aux personnels pénitentiaires par les médecins en cas de « risque sérieux pour la sécurité des personnes »(120).

S'agissant de la question relative au consentement libre et éclairé, il convient de rappeler que dans leurs relations avec les détenus, les médecins doivent appliquer les mêmes principes et normes professionnels que ceux qu'ils appliquent dans l'exercice de leurs fonctions à l'extérieur

de la prison, notamment l'obligation de rechercher le consentement des patients en toutes circonstances et de leur permettre d'accéder à l'information médicale qui les concerne. Les détenus doivent ainsi donner leur consentement éclairé préalablement à tout examen ou traitement médical.

La liberté de consentement relève des droits fondamentaux de l'individu. *Elle est à la base de la confiance qui est nécessaire dans la relation entre médecin et malade, spécialement en milieu de détention, alors que le libre choix du médecin n'est pas possible pour les détenus*(121). Le consentement du détenu doit être requis en toute circonstance.

Si la reconnaissance et la garantie de droits au profit des détenus ne posent plus aujourd'hui de problème spécifique, celle inhérente aux droits aux soins fait l'objet de certaines réticences. Concrètement, les gouvernements se voient parfois reprocher de mieux traiter leurs détenus que les autres membres de la société. Dans les pays où le niveau de vie de la population est très bas, certains n'hésitent pas à soutenir que les détenus ne méritent pas d'être gardés dans des conditions décentes et humanitaires. *Si les hommes et les femmes qui ne sont pas en prison doivent lutter pour survivre, pourquoi s'inquiéter des conditions dans lesquelles vivent les personnes qui ne respectent pas la loi ?* S'il est difficile de répondre à cette question, il est permis de relever que *si l'Etat décide de sarroger le droit de priver une personne de liberté, quelle qu'en soit la raison, il doit également assumer l'obligation de faire en sorte que cette personne soit traitée de manière décente et humanitaire. Les gouvernements ont un devoir de diligence vis-à-vis des détenus et doivent fournir des soins médicaux adéquats dans les prisons, qui sont l'équivalent de ceux fournis dans la société en général*(122). L'Etat ne saurait recourir à l'argument de « la pauvreté » ou à celui des « difficultés économiques et financières » afin de justifier un traitement inadéquat des personnes sous sa responsabilité. Ce principe demeure au cœur des sociétés démocratiques.

D'autres voix récalcitrantes évoquent un argument d'ordre juridique. En effet, d'aucuns considèrent que « l'extension au profit du prisonnier de tous les attributs de l'homme libre, qui aurait pour effet de supprimer toute différence entre la situation juridique et matérielle du citoyen moyen et celle du condamné détenu, conduirait

(116) *Ibid.*

(117) Il convient de rappeler que le dossier médical est constitué de l'ensemble des documents relatifs au suivi médical du détenu : soins médicaux, soins psychiatriques, soins infirmiers, examens pratiqués, diagnostics et prescriptions médicamenteuses.

(118) Madame la ministre Rachida DATI, le 20 août 2007.

(119) Dans le cadre de la loi sur la rétention de sûreté en 2008.

(120) OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

(121) 3^e Rapport général du CPT 1993 (3^e rapport général des activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Strasbourg, 1993, para 45.

(122) *Note d'Orientation* n° 10, School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, 2006.



inévitablement à compromettre le reclassement de ce dernier »(123). Ils soutiennent ainsi qu'il serait dangereux d'assimiler, comme le veulent certains, le détenu à un malade. « Ce serait supprimer toute idée d'amendement, indispensable, qu'elle soit d'inspiration religieuse ou laïque, à l'insertion sociale du détenu. Si la société déploie, sans arrière pensée, une action curative complète envers ses malades, (...), elle ne saurait agir pareillement à l'égard de ceux qui lui ont causé préjudice par leur déviance »(124). Pour certains, il faudrait éviter d'introduire dans le régime pénitentiaire « un formalisme paralysant qui

(123) MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, Thèse de Doctorat, Paris II, 1975, p. 239.

(124) *Ibid.*

aurait tôt fait de transformer les détenus en ayant-droit indociles, hargneux et revendicateurs »(125).

CONCLUSION

Pour conclure, nous dirons que le défi de la Tunisie sera de sortir la prison d'une situation d'exception juridique contraire aux exigences d'une société démocratique et de garantir le respect des droits de la personne incarcérée malade. La candeur de ce propos doit être mesurée, car force est de constater que si la construction empirique du « statut du détenu malade » a été longue, celle d'un statut de « l'usager incarcéré » tiendra peut être de la chimère juridique. ■

(125) DUPREEL Jean, « Une notion nouvelle: les droits des détenus », in *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1957-58, p. 177.

