

ANNEE 2012

THESE N°

CAUSES DE DÉCÈS EN PRISON DANS LE LIMOUSIN ET L'INDRE
DURANT LES ANNÉES 2002 À 2012

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2012

par

Fanny MOREAU

née le 25 Mars 1982 à Limoges (87)

Thèse dirigée par le Professeur François PARAF

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur PARAF François.....	Président
M. le Professeur VERGNENEGRE Alain	Juge
Mme. le Docteur DUMOITIER Nathalie	Juge
Mme. le Docteur MARTIN DUPONT Sophie.....	Membre invité
M. le Docteur GAULIER Jean-michel.....	Membre invité



Le 01.09.2011

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (CS)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (CS)	DERMATOLOGIE - VENERELOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (SUR. 31.08.2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE

MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (CS)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain
(CS)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE
DE LA SANTE et PREVENTION

VIDAL Elisabeth
(C.S.)

MEDECINE INTERNE

VIGNON Philippe

REANIMATION

VIROT Patrice
(CS)

CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
(C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

YARDIN Catherine
(C.S)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

ANTONINI Marie-Thérèse
(CS)

PHYSIOLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine

ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FUZIER Régis

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LAROCHE Marie-Laure

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

MARIN Benoît

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et
PREVENTION

MOUNIER Marcelle

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE
HOSPITALIERE

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Au Professeur François Paraf

Professeur de Médecine Légale

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse, d'avoir dirigé ce travail et d'avoir eu l'idée de ce sujet. Merci pour vos conseils et votre disponibilité. J'espère que notre collaboration future, se passera aussi bien que cette année écoulée.

Au Professeur Alain Vergnenègre

Professeur de Santé Publique et d' Epidémiologie

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez suivi depuis le début de mon cursus et avait jugé mon premier mémoire... cette fois je n'ai pas oublié la pagination !

A Madame le docteur Nathalie Dumoitier

Maître de conférence de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre enseignement a égayé mes cours de Médecine Générale.

A Madame le docteur Sophie Martin-Dupont

Praticien Hospitalier, Médecin Légiste

Merci d'avoir bien voulu faire partie du jury de ma thèse et de m'avoir si bien accueillie à l'UCSA. Cela m'a permis d'entrevoir ce fascinant et impressionnant milieu qu'est l'univers carcéral.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel Gaulier

Praticien Hospitalier, Toxicologue Médico-légale

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Je vais maintenant avoir le temps de venir faire un tour en toxicologie pour enfin découvrir ce que deviennent mes prélèvements de cheveux !

Merci au service de Médecine Légale et au service mortuaire de m'avoir permis de me sentir comme chez moi dès mon arrivée.

A ma famille et à mes amis, vous savez que je ne suis pas douée pour les discours mais je n'en pense pas moins. Merci de m'avoir soutenue, supportée, et d'être resté à mes côtés jusqu'au bout. Je ne sais ce que je serais devenue sans vous !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	7
SOMMAIRE.....	9
INTRODUCTION.....	12
PREMIÈRE PARTIE : GENERALITES.....	14
I. ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE :.....	15
I.1. Les différentes juridictions.....	15
I.1.1. L'ordre judiciaire :.....	16
I.1.2. L'ordre administratif :.....	20
I.2. La justice pénale :.....	22
I.2.1. Définitions :.....	22
I.2.2. Le fonctionnement de la justice pénale :.....	23
I.2.3. Le justice pénale des mineurs :	27
II. ORGANISATION DU SYSTÈME CARCÉRAL EN FRANCE :.....	29
II.1. Les établissements pénitentiaires :.....	29
II.1.1. Les maisons d'arrêt :.....	29
II.1.2. Les établissements pour peines :.....	30
II.1.3. Les établissements pénitentiaires pour mineurs	31
II.1.4. les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).....	31
II.2. Le système de soins en milieu carcéral :.....	32
II.2.1. L'unité de consultations et de soins ambulatoires : UCSA.....	32
II.2.2. Les unités hospitalières sécurisées inter régionales : UHSI.....	36
II.2.3. Les services médicaux psychologiques régionaux : SMPR.....	36
II.3. La démographie carcérale en France :.....	37

II.4. Démographie carcérale en Limousin et en Indre.....	40
II.4.1. Le Limousin :	40
II.4.2. L'Indre :	42
DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE.....	44
I. MÉTHODOLOGIE :	45
I.1. Type d' étude :	45
I.2. Site de l' étude :	45
I.3. Population :	45
II. RÉSULTATS :	47
II.1. Les données démographiques :	47
II.2. Répartition des décès en fonction des années :	48
II.3. Répartition des décès en fonction des lieux :	49
II.4. Répartition par type de décès :	50
II.4.1. Décès de causes naturelles :	52
II.4.2. Décès de cause toxique :	53
II.4.3. Décès par pendaison :	55
II.4.4. Décès de cause indéterminée :	57
III. DISCUSSION	58
III.1. Problèmes spécifiques à notre étude :	58
III.2. Les données démographiques:.....	58
III.3. Répartition par années :	59
III.4. Répartition des décès en fonction des lieux	59
III.5. Répartition par type de décès.....	60
III.5.1. Les décès de cause naturelle.....	60
III.5.2. Les décès d'origine toxique.....	61
III.5.3. Les décès par pendaison	62
III.5.4. les décès de cause indéterminée :	69

CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	72
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	75
TABLE DES TABLEAUX.....	76

INTRODUCTION

Les nombreuses études réalisées sur le suicide en milieu carcéral témoignent de l'intérêt croissant que porte la société sur le sort des détenus. De plus la mort en prison reste un sujet « tabou ». De multiples réformes ont permis d'améliorer la prise en charge médicale et psychologique des personnes incarcérées, notamment en transférant la responsabilité de l'organisation du système de soins de l'administration pénitentiaire vers l'hôpital. Toutefois le nombre important de morts observées malgré ces mesures met en évidence les lacunes du système, et l'intérêt de s'interroger sur d'autres axes de prévention.

L'objectif de notre étude est de déterminer les causes de décès des détenus autopsiés, dans les prisons du Limousin et de l'Indre, depuis dix ans.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur le fonctionnement du système judiciaire en France, et rappellerons le fonctionnement du système carcéral français, en évoquant l'organisation du système de soins. Puis nous ferons le point sur la population détenue en France et nous nous attarderons plus en détail sur les établissements pénitentiaires du Limousin et de l'Indre.

Dans la seconde partie, après avoir établi les principes de l'étude et ses limites, nous exposerons les résultats apportés par l'analyse des rapports d'autopsies et des expertises anatomopathologiques et toxicologiques, n'ayant pas eu accès aux dossiers pénaux et médicaux. Ceci permettant tout de même une analyse des différents types de décès : les morts naturelles, les morts toxiques et enfin les suicides par pendaison.

PREMIÈRE PARTIE : GENERALITES

Il est important pour connaître la population rencontrée en milieu carcéral, d'étudier les différents types de procédures judiciaires.

I. ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE :

Notre système judiciaire repose sur des principes et un droit écrit, issu pour l'essentiel des lois votées au parlement par les députés et les sénateurs. Le code civil, le code pénal et les autres codes, ainsi que les textes européens et internationaux sont les outils indispensables des acteurs de la justice.

Dans notre démocratie la justice remplit une mission fondamentale de l'état. Nul ne peut se faire justice lui-même. La justice est un service public, elle est rendue au nom du peuple français gardienne des libertés individuelles et de l'état de droit, elle veille à l'application de la loi et garantit le respect des droits de chacun. C'est à elle seule qu'il appartient de trancher, en toute neutralité, les conflits et sanctionner les comportements interdits.

I.1. Les différentes juridictions

En France l'application du droit repose sur le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires. Entre les différentes juridictions, il existe une répartition des tâches et des compétences selon la matière traitée et le ressort dont elles dépendent.

I.1.1. L'ordre judiciaire :

Les juridictions de l'ordre judiciaire sont compétentes pour régler les litiges opposant les personnes privées et pour sanctionner les auteurs d'infractions aux lois pénales. Il existe des juridictions de premier degré, des juridictions d'appel et une cour de cassation.

I.1.1.1. les juridictions de premier degré :

L'ordre judiciaire se divise en deux catégories de juridictions : les juridictions civiles et les juridictions pénales. Les juridictions civiles tranchent les litiges (loyer, divorce, consommation, succession...) mais n'infligent pas de peines. Les juridictions pénales sanctionnent les atteintes contre les particuliers, les biens et la société. Elles infligent des peines.

- **LES JURIDICTIONS CIVILES**

Le tribunal de grande instance :

Il tranche les litiges civils opposant les personnes privées qui ne sont pas spécialement attribués à une autre juridiction civile (tribunal d'instance par exemple) ainsi que les litiges civils qui concernent des demandes supérieures à 10000 euros. Sa compétence est exclusive dans de nombreuses affaires, quel que soit le montant de la demande. C'est notamment le cas en matière de filiation, de régimes matrimoniaux, d'adoption, de succession, de propriété immobilière et de droit des marques. Il statue en principe en « formation collégiale », composée de trois magistrats du siège, juges professionnels, assistés d'un greffier.

Le tribunal d'instance :

Ce tribunal juge toutes les affaires civiles pour lesquelles la demande porte sur des sommes inférieures ou égales à 10000 euros : litiges liés aux accidents de la circulation, loyers impayés, travaux mal exécutés, demande de dommages et intérêts... Il est également compétent en matière de tutelles. Les affaires sont toujours jugées par un seul juge d'instance qui préside les audiences. Il prend seul sa décision, assisté d'un greffier.

Le tribunal de commerce :

Ce tribunal règle les litiges entre particuliers et commerçants ou entre commerçants et sociétés commerciales. Il tranche également les conflits qui portent sur les actes de commerce entre les entreprises, mais aussi entre les personnes.

Le tribunal de commerce est composé de juges non professionnels. Ces juges sont des commerçants bénévoles, élus pour deux ou quatre ans par d'autres commerçants. La formation de jugement doit comporter au moins trois juges élus.

le Conseil des prud'hommes :

Cette juridiction règle les litiges individuels qui surviennent entre salariés ou apprentis et employeurs, à l'occasion du contrat de travail ou d'apprentissage. Il n'intervient pas en revanche pour régler les litiges collectifs, comme l'exercice du droit de grève par exemple.

Lorsqu'il est saisi d'une affaire, le conseil des prud'hommes tente obligatoirement de concilier les parties adverses. Si la conciliation échoue, il rend alors un jugement.

Tout comme les tribunaux de commerce, les conseils de prud'hommes sont composés de juges non professionnels élus. Ces « conseillers prud'homaux » représentent, en nombre égal et pour moitié, les employeurs et les salariés.

- LES JURIDICTIONS PÉNALES

Les juridictions pénales, tribunaux et cours, jugent et sanctionnent les auteurs d'une infraction (crimes, délits, contraventions), c'est à dire d'une action ou d'un comportement interdits par la loi pénale : infraction au code de la route, escroquerie, meurtre... elles examinent également les demandes de réparation des victimes.

Le tribunal de police :

Ce tribunal juge les contraventions, c'est à dire les infractions pénales les moins graves, par exemple le tapage nocturne, certaines infractions au code de la route, ou les violences légères. Il statue «en dernier ressort», c'est-à-dire sans qu'il soit possible de faire appel, pour les contraventions les moins graves.

Il statue toujours à juge unique. C'est en principe un juge du tribunal d'instance, assisté d'un greffier.

La loi punit les contrevenants de peines d'amende, de peines privatives ou restrictions de droits (ex : suspension du permis de conduire), de peines complémentaires.

Le tribunal correctionnel :

Ce tribunal juge les délits c'est à dire les infractions graves telles qu'un vol, une escroquerie, une conduite en état d'ivresse, violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours. Il peut prononcer des peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à dix ans (vingt ans en cas de récidive) ou alternatives à l'emprisonnement (travail d'intérêt général, sursis simple ou avec mise à l'épreuve...). Il peut également infliger des amendes ou encore des peines complémentaires, comme l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou la suspension du permis de conduire.

Il statue normalement en formation collégiale composée de trois magistrats professionnels du tribunal de grande instance, dont un préside le tribunal.

La Cour d'assises :

La Cour d'assises juge les personnes accusées de crime (meurtre, viol, vol avec arme...), de tentatives et de complicités de crimes. C'est une juridiction non permanente. Elle se réunit généralement tous les trois mois pendant une quinzaine de jours. Elle est départementale et présente une originalité par sa composition et son fonctionnement. C'est en effet la seule juridiction qui soit composée de juges professionnels (au nombre de trois) et d'un jury (neuf citoyens tirés au sort).

Les arrêts rendus par une cour d'assises sont susceptibles d'appel. Composée de trois magistrats professionnels et de douze jurés, la cour d'assises d'appel réexamine l'affaire dans son intégralité. Son arrêt peut faire lui-même l'objet d'un pourvoi en cassation.

La loi fixe pour chaque crime une ou plusieurs peines pouvant aller jusqu'à la réclusion à perpétuité.

I.1.1.2. la Cour d'appel :

Composée uniquement de magistrats professionnels, elle réexamine les affaires déjà jugées en matière civile, commerciale, sociale ou pénale.

Elle exerce son contrôle en droit et en faits sur les jugements qui lui sont soumis : elle vérifie qu'il n'y a pas eu d'erreurs de droit et examine les éléments matériels de l'affaire.

Elle peut soit confirmer la décision rendue par les premiers juges, soit l'infirmer (c'est-à-dire l'annuler, la réformer) en tout ou partie. Les arrêts rendus par les cours d'appel peuvent être frappés d'un pourvoi en cassation examiné par la Cour de cassation.

I.1.1.3. La Cour de cassation :

La Cour de cassation est la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire. Elle siège à Paris et exerce sa compétence sur l'ensemble du territoire français.

Les magistrats qui la composent, vérifient la conformité des décisions des tribunaux et des cours aux règles de droit mais ne se prononcent pas sur les éléments de faits, ils ne rejurent jamais l'affaire. La Cour est saisie sur recours, on parle alors de « pourvoi en cassation ». Il peut être exercé par une personne qui a fait l'objet d'une décision de Justice ou par le ministère public (procureur général près la Cour d'appel).

Lorsque la Cour estime que la décision attaquée n'a pas été prise conformément aux règles de droit, elle « casse » la décision. L'affaire est alors renvoyée devant une juridiction pour y être rejugée. Dans le cas contraire, elle rejette le « pourvoi », ce qui équivaut à confirmer la décision contestée.

I.1.2. L'ordre administratif :

Les juridictions administratives jugent les litiges opposant une personne privée à l'état, à une collectivité territoriale, un établissement public ou un organisme privé chargé d'une mission de service public. Distinctes des juridictions judiciaires, indépendantes de l'administration, les juridictions de l'ordre administratif sont organisées en trois échelons : les tribunaux administratifs, les cours administratives d'appel et le Conseil d'État.

I.1.2.1. le tribunal administratif

Ce tribunal juge toutes les contestations dirigées contre les actes et décisions de l'administration, à l'exception des affaires attribuées spécialement par la loi à d'autres juridictions administratives, comme le Conseil d'État.

Il examine notamment les recours contre les actes de l'État, d'un conseil régional, d'un département, d'une commune (arrêtés municipaux, acte individuel concernant un agent de l'administration...), les actions en responsabilité dirigées contre les services publics administratifs ainsi que les contestations portant sur un contrat administratif (les marchés de travaux publics par exemple).

Il est également le juge du contentieux des impôts directs, des élections municipales et cantonales, du contentieux de la fonction publique et de celui de la police des étrangers.

I.1.2.2. la Cour administrative d' appel

Cette cour examine les appels dirigés contre les jugements des tribunaux administratifs.

Mais elle n'est pas compétente pour les recours en appréciation de légalité portant sur les élections municipales et cantonales ni pour les recours pour excès de pouvoir formés contre les actes réglementaires.

I.1.2.3. le Conseil d' Etat

Le Conseil d'État est juge d'appel pour les recours contre certains jugements des tribunaux administratifs : c'est le cas pour les litiges relatifs aux élections municipales et cantonales.

Il est juge de cassation notamment pour les recours dirigés contre les décisions des cours administratives d'appel et celles des juridictions administratives statuant sans possibilité d'appel. De plus, il est directement compétent dans des cas exceptionnels ou pour des affaires importantes, notamment les demandes d'annulation formées contre un décret du Président de la République ou du Premier ministre ou contre les actes réglementaires des ministres.

Juridiction suprême de l'ordre administratif, le Conseil d'État est enfin le « conseiller » du gouvernement. Il examine et donne un avis sur les projets de loi et sur les projets de décret les plus importants.

I.2. La justice pénale :

I.2.1. Définitions :

Une infraction est un comportement strictement interdit par la loi pénale et sanctionnée par une peine prévue par celle-ci.

Les infractions sont classées en trois groupes en fonction de la gravité du comportement qu'elles révèlent. On distingue les contraventions, les délits et les crimes.

Les contraventions désignent les infractions les moins graves, qui révèlent moins une atteinte aux normes fondamentales de l'ordre social qu'une indiscipline à l'égard des règles de la vie en commun. Elles sont punies de peines d'amende, et sont distinguées en 5 classes qui déterminent le montant de l'amende encourue : de 38 euros pour les contraventions de première classe (comme le défaut de port du permis de chasse), à 1 500 euros pour les contraventions de cinquième classe (comme les violences volontaires avec incapacité totale de travail inférieure à 8 jours).

Les délits désignent les infractions caractérisant une volonté de transgresser une norme sociale importante. Ils sont punis de peines d'amendes à partir de 3 750 euros, et de peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 10 ans pour les délits les plus graves. On compte parmi les délits les infractions les plus courantes : le vol, les violences aggravées, le port d'arme, l'agression sexuelle, etc.

Les crimes constituent la catégorie formée par les infractions les plus graves, qui manifestent une violation extrême des interdits fondamentaux de notre société. Ils sont punis, en fonction de leur gravité, d'une peine de réclusion pouvant aller de 15 ans à la perpétuité. L'homicide, mais encore le viol ou l'émission de fausse monnaie sont des crimes.

Par le jeu des circonstances aggravantes, un même type d'infraction peut basculer dans la catégorie supérieure : par exemple, si le vol simple est un délit puni de 3 ans d'emprisonnement, le vol avec usage ou menace d'une arme est un crime puni de 20 ans de réclusion.

I.2.2. Le fonctionnement de la justice pénale :

Une affaire pénale désigne la prise en charge par l'institution judiciaire des conduites que la société réprime par la condamnation à une peine. Contrairement à la matière civile, qui porte sur les litiges entre personnes privées, la matière pénale fait ainsi référence à la défense des valeurs, normes et comportements essentiels au bon fonctionnement de notre société.

Cette importance de la dimension collective en matière pénale explique que le procès répressif ne se réduit pas à l'affrontement entre une victime et un délinquant : il implique la présence d'un accusateur, chargé de représenter les intérêts de la société, de poursuivre les auteurs d'infraction même en cas d'absence ou de défaillance de la victime, et de requérir à leur encontre la condamnation à une peine.

Le déclenchement du traitement judiciaire, c'est-à-dire la mise en mouvement de l'action publique, peut être mis en œuvre soit par le procureur de la République, soit directement par

la victime de l'infraction.

Le procureur de la République possède la maîtrise de l'action publique : en effet, aucune juridiction ne peut se saisir elle-même, et le déclenchement des poursuites par le ministère public est un préalable indispensable à toute condamnation. Pour assurer cette mission, le procureur est tenu au courant de la commission des infractions par plusieurs moyens : il peut recevoir directement les plaintes et dénonciations, et il est informé par les autorités de police des infractions survenant sur son ressort. Après une phase d'enquête qu'il dirige, le procureur de la République prend librement une décision sur l'action publique, en vertu du principe de l'opportunité des poursuites :

- il peut classer l'affaire sans suite, si elle ne lui semble pas mériter de traitement judiciaire ;
- il peut saisir un juge d'instruction si l'affaire est grave ou complexe et nécessite une enquête approfondie ;
- il peut saisir une juridiction de jugement, s'il estime que les faits sont constitutifs d'une infraction ;
- il peut enfin mettre en œuvre une solution dite de troisième voie, qui consiste dans une alternative aux poursuites : le classement de l'affaire est alors soumis au respect par le mis en cause de certaines conditions (rappel à la loi, participation à une médiation, paiement d'une somme à titre de composition pénale, etc.).

Le procureur exerce seul l'opportunité des poursuites, il n'est donc pas lié par l'existence d'une éventuelle plainte.

Le traitement judiciaire d'une affaire pénale implique la succession de différentes phases (l'enquête, l'instruction, le jugement, l'application de la peine) caractérisées par l'intervention de multiples acteurs.

Le principal protagoniste d'une affaire pénale est bien évidemment l'auteur de l'infraction: il est généralement appelé « mis en cause » pendant le temps de l'enquête, puis il prend le nom de « prévenu » lorsqu'il est traduit devant un tribunal correctionnel, ou d'« accusé » s'il comparaît devant une cour d'assises.

La victime constitue également un acteur important de la procédure : elle ne devient cependant partie au procès que si elle se constitue « partie civile », c'est-à-dire qu'elle manifeste la volonté de demander réparation des dommages causés par l'infraction.

Pour les affaires les plus graves, un juge d'instruction peut être chargé de diriger l'enquête afin de permettre la manifestation de la vérité. Un juge des libertés et de la détention peut en outre intervenir lorsqu'il est nécessaire, dès le stade de l'enquête, de porter atteinte à la liberté du mis en cause par exemple en le plaçant en détention provisoire.

Mais le traitement judiciaire d'une affaire pénale ne s'arrête pas au prononcé de la sanction : l'exécution de celle-ci implique souvent l'intervention d'un juge d'application des peines et des agents d'insertion et de probation. Le juge de l'application des peines (JAP) est un magistrat du siège du tribunal de grande instance compétent pour « fixer les principales modalités de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leur application ».

Le JAP possède une compétence territoriale qui s'étend aux établissements pénitentiaires se situant dans le ressort de son TGI, ainsi qu'aux condamnés en milieu ouvert résidant habituellement dans ce ressort. Il est chargé de déterminer les modalités du traitement

pénitentiaire de chaque condamné : il peut ainsi ordonner, modifier, ajourner ou révoquer les mesures de sursis avec mise à l'épreuve, de permission de sortie, de semi-liberté, de libération conditionnelle,...

La détention provisoire désigne la privation de liberté prononcée à titre exceptionnel contre une personne mise en examen dès la phase d'instruction. Il s'agit d'une mesure grave, qui consiste à incarcérer une personne encore présumée innocente. C'est la raison pour laquelle elle est entourée de diverses garanties.

La loi prévoit que la détention provisoire ne peut être ordonnée que si elle constitue l'unique moyen :

- de conserver les preuves et indices matériels, ou d'empêcher soit une pression sur les témoins ou les victimes, soit une concertation frauduleuse entre personnes mises en cause ;
- de protéger la personne mise en examen, de garantir son maintien à la disposition de la justice, ou de mettre fin à l'infraction;
- de mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public provoqué par la gravité de l'infraction (depuis la loi du 5 mars 2007, ce critère ne concerne plus que les crimes).

D'un point de vue procédural, la détention provisoire est ordonnée par le juge des libertés et de la détention à l'issue d'une audience publique et contradictoire, tenue en présence du procureur de la République et la personne mise en examen assistée d'un avocat.

La durée de la détention provisoire est normalement limitée :

- en matière correctionnelle, elle ne peut excéder 4 mois, mais cette règle connaît de nombreuses exceptions qui permettent, dans la pratique, d'allonger cette durée jusqu'à un maximum de 2 ans ;
- en matière criminelle, elle est en principe limitée à 2 ans lorsque la peine encourue est inférieure à 20 ans de réclusion, et à 3 ans dans les autres cas. Plusieurs exceptions permettent cependant d'en porter la durée à 4 ans.

I.2.3. Le justice pénale des mineurs :

L'ordonnance du 2 février 1945 constitue le texte de référence fixant les règles et principes applicables en matière de justice pénale des mineurs.

L'instruction des affaires impliquant la participation d'un mineur comme auteur d'une infraction est partagée entre le juge des enfants et le juge d'instruction. Le juge des libertés et de la détention est compétent pour statuer sur la détention provisoire des mineurs. Saisi par le juge des enfants ou le juge d'instruction, il peut placer en détention tout mineur de plus de 16 ans, ainsi que les mineurs entre 13 et 16 ans en matière criminelle ou lorsqu'ils se sont soustraits aux obligations du contrôle judiciaire.

La loi prévoit que tous les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des infractions dont ils ont été reconnus coupables. Le jugement de ces mineurs délinquants relève exclusivement de juridictions spécialisées : le tribunal pour enfants, le tribunal correctionnel pour mineurs et la cour d'assises des mineurs.

Le tribunal pour enfants (TPE), composé du juge des enfants et de deux assesseurs, connaît des délits ou contraventions de 5e classe commis par tous les mineurs, ainsi que des crimes commis par les mineurs de moins de 16 ans.

Le tribunal dispose à l'encontre du mineur de trois types de réponse pénale :

- **les mesures éducatives** peuvent être prononcées quel que soit l'âge de l'enfant ;
- **les sanctions éducatives**, comme l'interdiction d'entrer en contact avec la victime, peuvent être prononcées à l'encontre d'un mineur âgé d'au moins 10 ans ;
- les mineurs de 13 à 16 ans sont passibles d'une **peine**, dont le prononcé doit être motivé par les circonstances et la personnalité du mineur, et qui tient compte du principe de l'atténuation de leur responsabilité (qui aboutit généralement à réduire de moitié le quantum de la peine encourue).
- Le TPE peut enfin, pour les mineurs de plus de 16 ans et par une décision spécialement motivée, ne pas faire application de cette atténuation de responsabilité.

Pour le reste, la procédure suivie devant le TPE est conforme aux grands principes du droit commun, sauf que l'audience n'est pas publique.

Le tribunal correctionnel pour mineur (TCM), créé par la loi du 10 août 2011, est une formation spécialisée du tribunal correctionnel, présidé par un juge des enfants, compétente pour juger les mineurs de plus de 16 ans ayant commis en état de récidive légale un délit puni d'une peine supérieure à 3 ans. Le TCM est également compétent pour juger les faits commis par les coauteurs majeurs du mineur prévenu.

La cour d'assises des mineurs, composée de trois magistrats professionnels et de neuf jurés populaires tirés au sort, connaît des crimes commis par les mineurs de 16 à 18 ans et leurs complices ou coauteurs majeurs.

II. ORGANISATION DU SYSTÈME CARCÉRAL EN FRANCE :

II.1. Les établissements pénitentiaires :

Les établissements pénitentiaires sont classés en 2 grandes catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

Au 1er janvier 2012, il y a 191 établissements pénitentiaires en France.

II.1.1. Les maisons d'arrêt :

L'article 714 du code pénal établit que « les personnes mises en examen, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire, la subissent dans une maison d'arrêt ». il existe une maison d'arrêt près de chaque tribunal de grande instance, de chaque Cour d'appel et de chaque Cour d'assises sauf auprès des tribunaux et des cours qui sont désignés par décret. Dans ce dernier cas, le décret détermine la ou les maisons d'arrêt où sont retenus les prévenus, appelants ou accusés ressortissant à chacune de ces juridictions.

Ainsi les maisons d'arrêt ont été prévues pour accueillir les prévenus, afin que ceux-ci se trouvent à proximité immédiate du magistrat instructeur ou des juridictions.

L'article 717 du code de procédure pénale prévoit que « les condamnés à l'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à deux ans peuvent, cependant, à titre exceptionnel, être maintenus en maison d'arrêt et incarcérés, dans ce cas, dans un quartier distinct, lorsque les conditions tenant à la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité le justifient. Peuvent également, dans les mêmes conditions, être affectés à titre exceptionnel, en maison d'arrêt, les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas un an. ». Au 1er janvier 2012, il y a 99 maisons d'arrêt en France.

II.1.2. Les établissements pour peines :

Ils sont divisés en maisons centrales, centres de détention et centres de semi-liberté, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

Les centres pénitentiaires, établissements mixtes comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention, et/ou maison centrale). Il existe également depuis 2007 des établissements pénitentiaires pour mineurs.

- Les maisons centrales accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité.
- Les centres de détention accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. A ce titre, les centres de détention ont un régime principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues.
- Les centres de semi-liberté reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.
- Les quartiers centres pour peines aménagées peuvent recevoir les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi liberté ou d'un placement à l'extérieur

ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

Au 1er janvier, il existe 85 établissements pour peine, dont :

- 6 maisons centrales
- 25 centres de détention
- 11 centres de semi-liberté
- 43 centres pénitentiaires (comprenant 42 quartiers maison d'arrêt, 37 quartiers centre de détention, 6 quartiers maison centrale, 7 quartiers centres de semi-liberté et 6 quartiers pour peines aménagées)
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs
- 1 établissement public de santé national de Fresnes

II.1.3. Les établissements pénitentiaires pour mineurs

Ils accueillent les jeunes détenus âgés de 13 à 18 ans. Tout en intégrant les exigences de sécurité carcérale, ils placent l'éducation au cœur de la prise en charge des mineurs. Chaque établissement bénéficie de personnels de surveillance et d'éducation spécialisés (éducateurs, enseignants...)

II.1.4. les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation sont à compétence départementale, placés sous l'autorité de directeurs et regroupent l'ensemble des personnels d'insertion et de probation et moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département.

Ils agissent en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes incarcérées (prévenues ou condamnées) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles et postsentencielles.

La mission essentielle des SPIP est la prévention de la récidive à travers : l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines, la lutte contre la désocialisation, la réinsertion des personnes placées sous main de justice, le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Il y a 103 SPIP en France.

II.2. Le système de soins en milieu carcéral :

De nombreuses réformes ces quinze dernières années ont abouti à la création de nouvelles unités, et ce dans le but d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus. Ainsi tous les détenus sont affiliés, dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale. Ils bénéficient donc des prestations en nature de l'assurance maladie servies par le service général, il en est de même pour les ayants droit. Ils bénéficient du maintien de ces droits pendant une année à compter de leur libération.

II.2.1. L'unité de consultations et de soins ambulatoires : UCSA

Depuis 1994 le suivi médical des détenus relève des établissements publics de santé et non plus de l'administration pénitentiaire. En effet la loi du 18 janvier 1994, loi n°94-43, stipule que la prise en charge sanitaire des détenus dépend du service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire public a signé un accord avec l'hôpital de proximité désigné pour assurer la prise en charge sanitaire des détenus par la création d'unités de consultations et de soins ambulatoires dont les locaux sont aménagés au sein de l'établissement pénitentiaire.

II.2.1.1. Personnel composant l' UCSA :

- Le personnel de surveillance : des agents d' administration pénitentiaire sont affectés à l' UCSA par le chef d' établissement, après avis du responsable de l' UCSA. Leur fonction est d'assurer la sécurité et la surveillance des personnes et des locaux .
- Le personnel soignant : il est pluridisciplinaire et hospitalier.

L'équipe médicale est placée sous l' autorité d'un praticien hospitalier qui joue le rôle de médecin coordonateur. En dehors des établissements de faible capacité, il est assisté par des médecins généralistes. Des médecins spécialistes (ophtalmologiste, dermatologue...) assurent une vacation. Le nombre de médecins et leur temps de présence varient en fonction du nombre de détenus et de l'importance de l'établissement pénitentiaire. Les médecins intervenant dans les UCSA ont un statut de médecin traitant. Pour les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein en UCSA, une habilitation à exercer en milieu pénitentiaire est délivrée par le ministère de la justice.

L'équipe infirmière est sous la responsabilité d'un cadre infirmier. Elle intervient dans la réalisation des soins, reçoit et trie les demandes des détenus transmises par courrier à l'UCSA. Elle reçoit les malades avant de les orienter vers un médecin. Le personnel infirmier intervient également dans la distribution des médicaments. L'habilitation à exercer en milieu pénitentiaire est délivrée par le directeur régional des services pénitentiaires.

Il y a une unité d'odontologie, dans chaque établissement pénitentiaire. Un chirurgien dentiste au minimum est habilité à intervenir.

La pharmacie, elle est à usage interne et est gérée par un pharmacien dans les établissements de plus de 1500 détenus. Sinon c'est la pharmacie de l'hôpital qui est utilisée. Les UCSA sont néanmoins toutes équipées d'une armoire à pharmacie contenant les médicaments de base.

II.2.1.2. Le rôle du personnel médical :

- Action de soins :

Les médecins assurent des consultations médicales à la demande des détenus, du personnel pénitentiaire, ou de toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu (famille, visiteur...).

L'acheminement des demandes de consultations vers l'UCSA est assurée au moyen d'une boîte à lettre réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenus.

Ils assurent un examen médical d'entrée des personnes venant de l'état de liberté, les visites au quartier disciplinaire ou d'isolement, la prise en charge des personnes grévistes de la faim et/ou de la soif, ou d'examiner une personne détenu pour laquelle un moyen de contrainte a été utilisée.

Ils assurent également des visites médicales aux détenus placés en quartier disciplinaire, au moins deux fois par semaine. Si le médecin constate que l'exécution de la sanction est de nature à compromettre la santé du détenu, il en avise le chef d'établissement qui doit la faire suspendre. L'application de la sanction reprend au stade où elle a été arrêté, dès que l'état de santé du détenu le permet.

Ils doivent en collaboration avec l'équipe soignante assurer une permanence de soin. Ils examinent les détenus qui demandent un certificat médical. Ils veillent à la bonne continuité des soins lors du transfert d' un détenu vers un autre établissement pénitentiaire.

Ils alertent par écrit le chef d' établissement s'ils estiment que l' état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ou avec son maintien en détention.

Le médecin en milieu pénitentiaire a le même rôle qu'en milieu libre, il coordonne l'ensemble des soins que nécessite le patient. Il peut ainsi faire appel à un avis spécialisé. Afin de limiter au maximum le nombre d'extraction, des vacations de médecins spécialistes sont organisées au sein de l' UCSA (dermatologue, ophtalmologiste,...). Tout autre spécialiste peut être appelé, sur proposition du médecin de l' établissement à intervenir en prison pour l' examen et le traitement d' un détenu. Si la consultation ne peut se faire dans les locaux de l'UCSA (impossibilité technique par exemple), le patient sera extrait et envoyé pour une consultation à l'hôpital ou une hospitalisation.

- Action de prévention :

Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez tous les entrants, par une radiologie pulmonaire effectuée sur place, sauf impossibilité matérielle. Il est à la charge du conseil général. La mise à jour des vaccinations est également effectuée.

Les dépistages proposés dans la population générale en milieu libre doivent l'être également en milieu carcéral. Ils sont proposés à la personne détenu et réalisés avec son consentement : VIH, VHB et VHC.

II.2.2. Les unités hospitalières sécurisées inter régionales : UHSI

La création des UHSI relève de l' arrêté du 24 août 2000. C'est un schéma national d'hospitalisation des détenus (en dehors des services de psychiatrie), afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus et de rationaliser leur surveillance. L'implantation de ces unités est réalisée au sein des services actifs de l'hôpital, au plus près des plateaux techniques. On compte sept établissements de santé prévue à l' article R711-19 qui ont une UHSI (Bordeaux, Lille, Lyon, Toulouse, Marseille, Nancy, Rennes) et un établissement public de santé national de Fresnes.

II.2.3. Les services médicaux psychologiques régionaux : SMPR

Depuis le décret du 14 mars 1986, les services de psychiatrie et les services médicaux psychologiques ont été créés en milieu pénitentiaire par des établissements hospitaliers, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

Le secteur psychiatrique est rattaché à un établissement de santé public ou privé et placé sous l'autorité d'un psychiatre, d'un praticien hospitalier, assisté d' une équipe pluridisciplinaire. Le secteur de psychiatrie peut également comporter un service médico-psychologique régional, service hospitalier implanté dans un établissement pénitentiaire de la région.

Le SMPR coordonne l'organisation des soins psychiatrique (Art.D372 du CPP). Il est chargé de mettre en œuvre toute action de prévention, de diagnostic et de soins médico-psychologiques des détenus, prodiguer les traitements psychiatriques intensifs aux détenus,

préparer le cas échéant, un suivi après l'incarcération en coordination avec les services extérieurs, et assurer une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

II.3. La démographie carcérale en France :

Au 1er janvier 2012 le nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires est de 57236, réparties de la façon suivante :

- 34228 en maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt
- 19451 en centres de détention et quartiers centre de détention
- 1998 en maisons centrales et quartiers maison centrale
- 441 en quartiers pour peines aménagées
- 768 en centres et quartiers de semi-liberté
- 350 en établissements pénitentiaires pour mineur

Au 1er janvier 2012, il y a 73 780 personnes écrouées dont 64 787 sont détenues, entraînant une surpopulation dans les différents établissements pénitentiaires.

Ils sont répartis de la manière suivante :

- 16279 prévenus
- 57501 condamnés
- dont 2200 femmes soit 3,4% et 712 mineurs soit 1,1%

Le taux détention est de 99,1 personnes détenus pour 100000 habitants

La durée moyenne de détention est de 9,6 mois pour l'année 2011

la répartition par age des détenus est résumée dans le tableau 1 :

Age	Nombre de personne	Répartition (%)
Moins de 16 ans	80	0,1
De 16 à moins de 18 ans	637	0,9
De 18 à moins de 21 ans	5365	7,3
De 21 à moins de 25 ans	13086	17,7
De 25 à moins de 30 ans	15239	20,7
De 30 à moins de 40 ans	19266	26,1
De 40 à moins de 50 ans	11823	16
De 50 à moins de 60 ans	5719	7,8
60 ans et plus	2565	3,5

Tableau 1: Répartition des détenus par tranche d' age

Soit une moyenne d' age de 34,4 ans

82,4% des détenus sont français et 17,6% sont étrangers

On peut répartir les condamnés sous écrou (57501 personnes) suivant la nature de l'infraction principale commise de la façon suivante :

- 26,5% soit 15236 personnes pour violences volontaires
- 14,2% soit 8175 personnes pour trafic de stupéfiants
- 13,4% soit 7722 personnes pour viol, agressions et atteintes sexuelles
- 11,3% soit 6479 personnes pour vol qualifié
- 7,8% soit 4485 personnes pour escroquerie, abus de confiance, recel, faux et usage de faux
- 7,5% soit 4287 personnes pour vol simple.
- 6,8% soit 3922 personnes pour infractions à la législation sur les chèques, incendies volontaires, vagabondage et mendicité, proxénétisme, atteintes à la sûreté intérieure et extérieure de l' état, infractions d' ordre militaire, contraintes judiciaires
- 6% soit 3422 personnes pour homicide volontaire
- 5,7% soit 3259 personnes pour homicide et atteinte involontaire à l' intégrité de la personne
- 0,9% soit 514 personnes pour infraction à la législation sur les étrangers

II.4. *Démographie carcérale en Limousin et en Indre*

II.4.1. **Le Limousin :**

Il existe 4 établissements pénitentiaires en limousin.

La Haute-Vienne :

- La maison d'arrêt de limoges : Elle reçoit les prévenus ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Elle est situé dans le ressort de la cour d' appel de limoges (Haute-Vienne, Creuse, Corrèze) et du tribunal de grande instance de Limoges.

Elle a une capacité d' accueil de 85 places et comprend :

- un quartier hommes majeurs : 58 places
- un quartier femmes : 10 places
- un quartier mineurs : 12 places
- un quartier semi-liberté : 5 places

Au 1er janvier 2012, elle comprend 149 personnes (pour une capacité totale de 85 places) dont 108 condamnés et 41 prévenus.

La Corrèze :

- La maison d'arrêt de Tulle : Elle reçoit les prévenus ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n' excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Elle est située dans le ressort de la cour d'appel de Limoges et du tribunal de grande instance de Brive-la-gaillarde.

Elle a une capacité d' accueil de 49 places et comprend :

- un quartier détention hommes majeurs : 43 places
 - un quartier semi-liberté hommes majeurs : 6 places
- Le centre de détention d'Uzerche : Il accueille les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures.

Il est situé dans le ressort de la cour d'appel de Limoges et du tribunal de grande instance de Brive-la-gaillarde.

Il a une capacité d' accueil de 600 places en quartier de détention hommes majeurs uniquement.

Au 1er janvier 2012, la Corrèze comprenait 646 détenus (pour une capacité totale de 649 places) dont 29 prévenus, 617 condamnés.

La creuse :

- La maison d'arrêt de Guéret : Elle reçoit les prévenus ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Elle est située dans le ressort de la cour d'appel de Limoges et du tribunal de grande instance de Guéret.

Elle a une capacité d'accueil de 37 places réparties de la façon suivante :

- 31 places en détention hommes majeurs
- 6 places en quartier semi-liberté

Au 1er Janvier 2012, la creuse comprenait 44 détenus (pour une capacité totale 37 places) dont 8 prévenus et 36 condamnés.

Au 1er Janvier 2012, le limousin comprenait 839 détenus pour un effectif total théorique de 771.

II.4.2. L'Indre :

- La maison centrale de Saint-Maur : Elle reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Elle est située dans le ressort de la cour d'appel de Bourges et du tribunal de grande instance de Châteauroux.

Elle a une capacité d'accueil de 260 places en quartier de détention hommes majeurs.

- Le centre pénitentiaire de Châteauroux : Il comprend deux quartiers à régimes de détention différents, un centre de détention et une maison d'arrêt.

Il est situé dans le ressort de la cour d'appel de Bourges et du tribunal de grande instance de Châteauroux. La juridiction compétente en matière administrative est le tribunal administratif de Limoges.

Il a une capacité d'accueil de 366 places qui comprend :

- un quartier maison d'arrêt hommes majeurs : 96 places
- un quartier de semi-liberté : 10 places
- un quartier centre de détention : 300 places

Au premier janvier 2012, il y avait 578 détenus (pour une capacité totale de 626 places) en Indre.

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

I. MÉTHODOLOGIE :

I.1. Type d' étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analysant les causes de décès des détenus ayant été autopsiés, en Limousin et en Indre de janvier 2002 à juin 2012.

I.2. Site de l' étude :

Cette étude a été réalisée sur les établissements pénitentiaires des trois départements du Limousin et du département de l' Indre. En effet le département de l' Indre est rattaché au service de Médecine Légale de Limoges pour des raisons géographiques .

I.3. Population :

Tous les détenus décédés lors de leur emprisonnement en Limousin ou en Indre de Janvier 2002 à Juin 2012 ayant eu une autopsie.

Chaque corps de détenus décédé en milieu carcéral devrait être autopsié, afin de déterminer les causes du décès et d' éliminer l' intervention d' un tiers dans le déterminisme de la mort. En effet il existe une procédure particulière en cas de décès survenant dans un établissement pénitentiaire. Lorsqu'un décès est constaté, un officier de police judiciaire, un magistrat, le directeur de l'établissement ainsi qu'un médecin légiste sont amenés à se rendre sur les lieux, et ce dans le but de faire un examen rapide des lieux à la recherche d'indices pouvant aider à déterminer les causes de la mort. Dans un second temps le corps est acheminé dans un institut médico-légal pour y pratiquer un examen de corps et une autopsie.

Les autopsies devraient être réalisées dans tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée en particulier dans les cas suivants : homicide ou suspicion d'homicide, mort subite inattendue y compris la mort subite du nourrisson, violation des droits de l'homme telle que la suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement, suicide ou suspicion de suicide, suspicion de faute médicale, accident de transport de travail ou domestique, maladie professionnelle, catastrophe naturelle ou technologique, **décès en détention** ou associé à des actions de police ou militaires, corps non identifié ou restes squelettiques (recommandation n°R (99) 3 du comité des ministres aux états membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale)

Il ne nous a pas été possible d'accéder et de consulter les dossiers pénaux et médicaux des détenus décédés au greffe de l'établissement par opposition de la direction des différents établissements et ce malgré l'accord des procureurs des différents départements (d'après l'article D428 du CPP).

Le recueil s'est donc fait par l'analyse de tous les rapports d'autopsies disponibles, pratiquées à Limoges de janvier 2002 à juin 2012. Sur cette période 40 rapports ont pu être identifiés .

Dans un second temps, ont été étudiés les rapports des expertises anatomopathologiques et toxicologiques réalisés à la demande des magistrats .

II. RÉSULTATS :

II.1. *Les données démographiques :*

Sexe :

Sur les 40 dossiers étudiés, il n'y a aucune femme détenue décédée .

Age :

La moyenne d'âge des détenus décédés est de 43,2 ans.

La répartition par tranches d'âge est résumée dans le tableau 2

N=40	Effectif en nombre	Effectif en pourcentage
Moins de 16 ans	0	0
De 16 à 20 ans	0	0
De 21 à 24 ans	4	10
De 25 à 29 ans	6	15
De 30 à 39 ans	7	17,5
De 40 à 49 ans	12	30
De 50 à 59 ans	6	15
60 ans et plus	5	12,5

Tableau 2: Répartition des décès des détenus suivant l'âge.

Il n'y a aucun mineur décédé durant cette période.

30 % avaient entre 40 et 50 ans.

25% des personnes décédées avaient moins de 30 ans et 12,5% avaient plus de 60 ans.

II.2. Répartition des décès en fonction des années :

La répartition des décès en fonction des années est résumée dans la figure 1 :

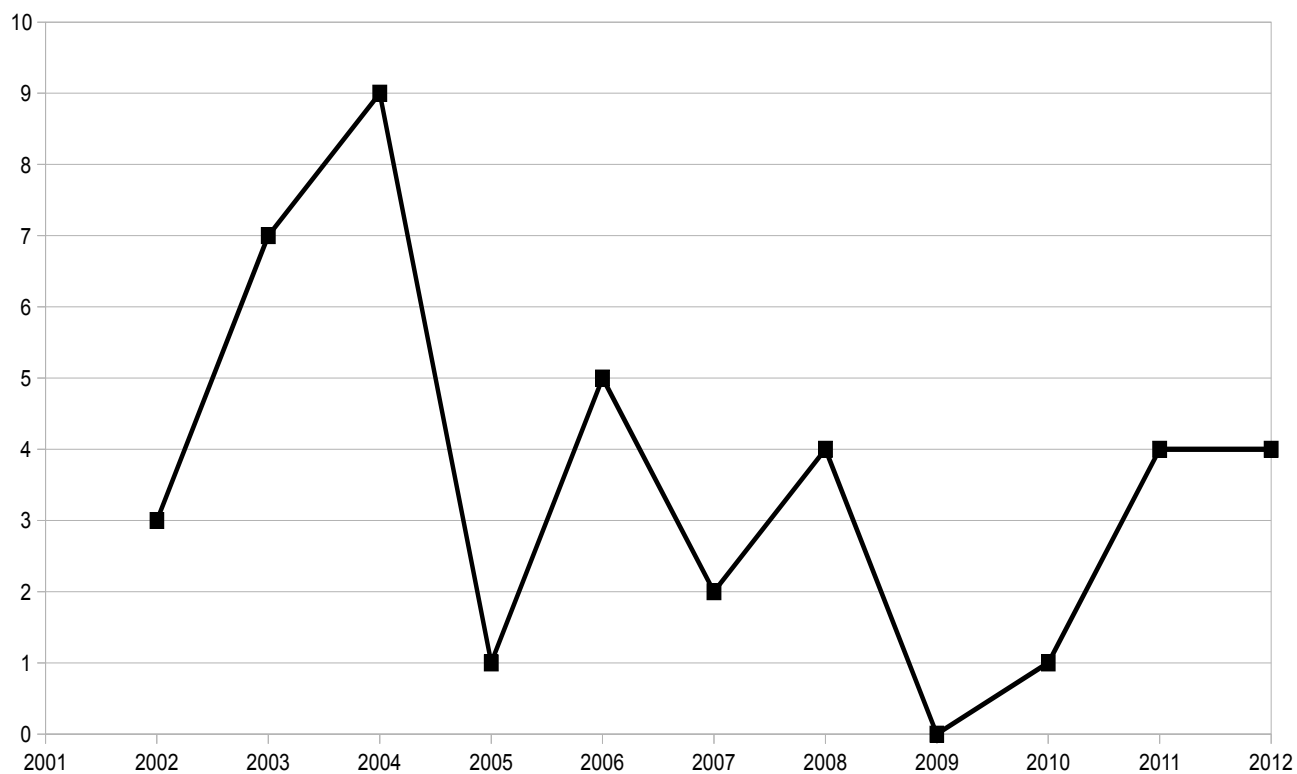


Illustration 1: Nombre de décès par années

Le maximum des décès se situe durant l'année 2004 avec 9 décès.

Il n'y a pas eu de décès en 2009.

Le nombre moyen de décès par an est de 4.

II.3. Répartition des décès en fonction des lieux :

La répartition des décès en fonction des lieux est résumée dans la figure 2 :

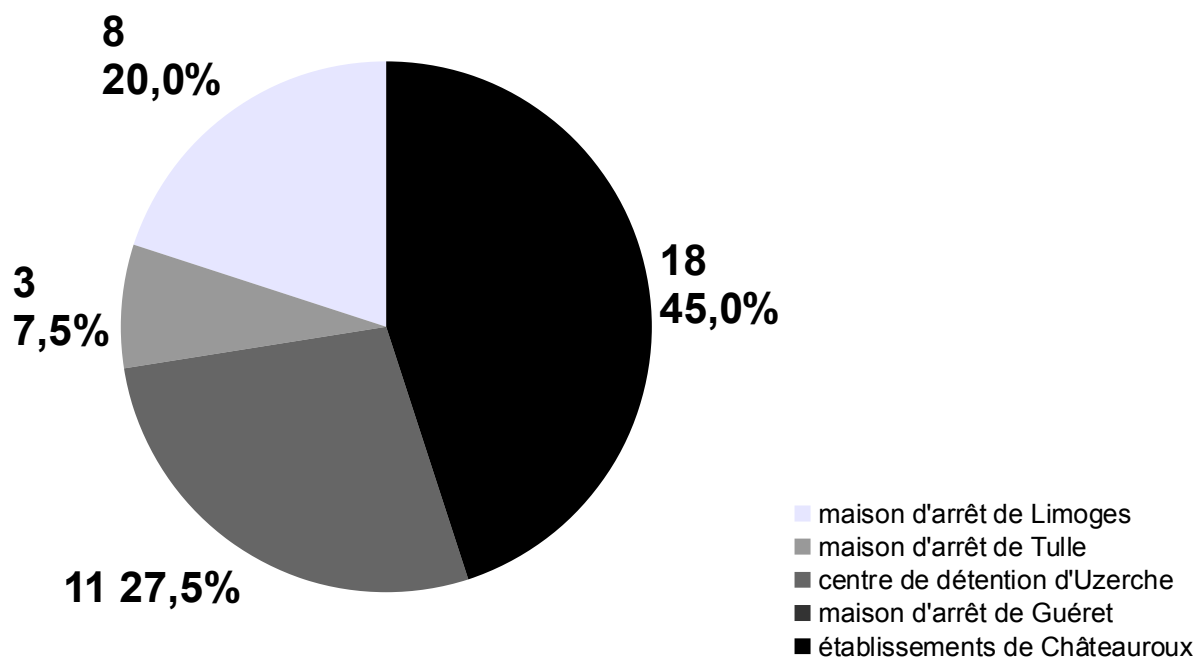


Illustration 2: Nombre de décès par lieu de détention

Il n'y a aucun mort recensé à la maison d'arrêt de Guéret et donc dans le département de la Creuse sur ces 10 ans.

45 % des décès ont eu lieu dans le département de l'Indre et 35% dans le département de la Corrèze.

II.4. Répartition par type de décès :

La répartition par type de décès est résumée dans la figure 3 :

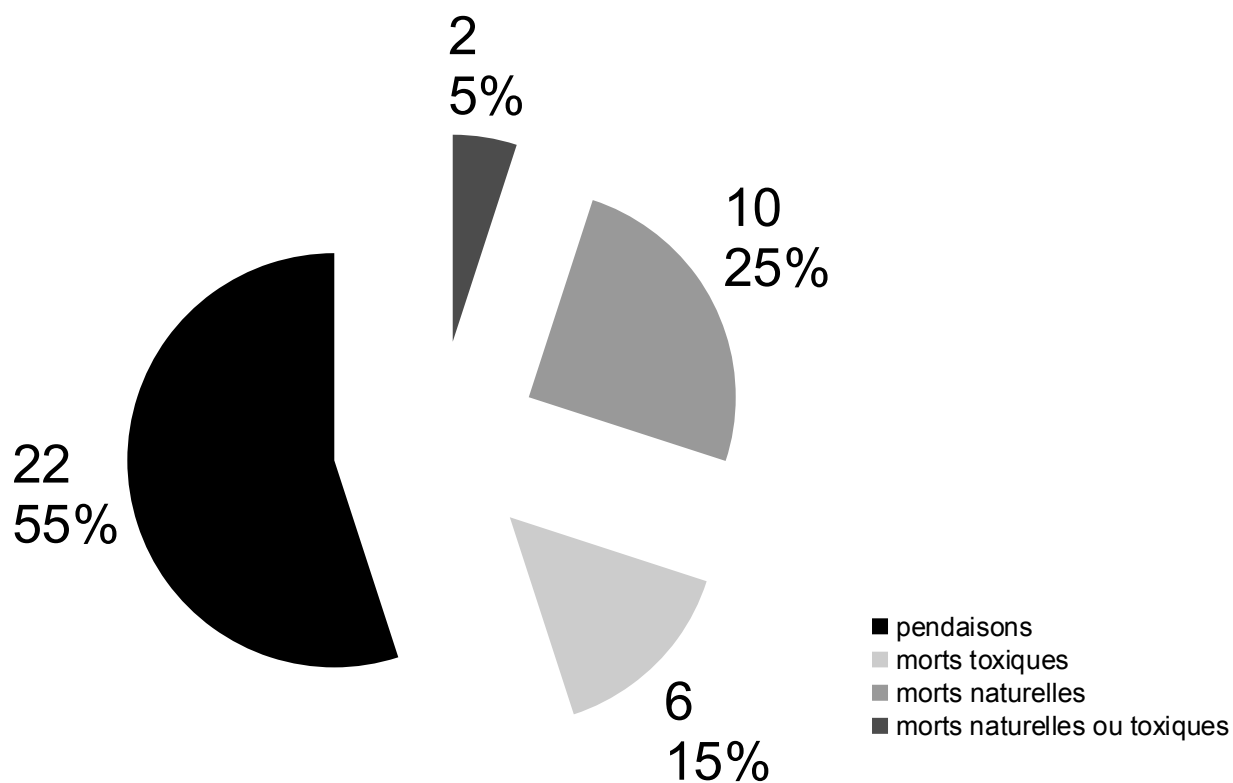


Illustration 3: Répartition des différents types de décès

55% des décès sont d'origine suicidaire par pendaison.

25% sont des morts naturelles.

15% sont des morts d'origine toxique, c'est à dire soit par overdose soit par ingestion volontaire.

5% n'ont pu être déterminées.

Autopsies :

Sur les 40 autopsies réalisées, la mort a pu être déterminée dans 32 des cas.

Sur les 8 cas restants, les causes de décès ont pu être déterminées grâce aux résultats des expertises toxicologiques et anatomopathologiques.

Il y a seulement 2 cas de mort indéterminée.

Expertises toxicologiques :

Sur les 40 décès répertoriés, 24 ont eu une expertise toxicologique dont 5 ont pu déterminer une mort toxique et 1 mort naturelle par absence de substance toxique retrouvée.

Pour un des cas de pendaison, une des substances toxiques retrouvées était à une concentration létale.

Expertises anatomopathologiques :

Sur les 40 décès répertoriés, 17 ont une expertise anatomopathologique.

Pour un cas par pendaison, une tuberculose pulmonaire a pu être diagnostiquée et donc les mesures diagnostiques et préventives pour les codétenus, le personnel, et la famille ont pu être mises en place.

II.4.1. Décès de causes naturelles :

Résultats du rapport d'autopsie	Résultats de l'expertise anatomopathologique	Résultats de l'expertise toxicologique
Défaillance cardio-respiratoire aiguë	cardiopathie ischémique	0
Obstruction coronaire	0	0
OAP	Cicatrices IDM et OAP	Pas de xénobiotique
Rupture d' AAA	0	0
IDM inféro-basal OAP	IDM étendu	Pas de substance à concentration létale
Péritonite aiguë ischémie mésentérique	Péritonite aiguë par ischémie intestinale insuffisance cardiaque avec OAP et foie cardiaque	0
Mécanisme asphyxique ATCD d'épilepsie	0	Pas de médicament ou toxique à des concentrations létales
Origine cardiaque probable	0	0
Origine cardiaque probable	0	0
Embolie pulmonaire	Hypertrophie ventricule gauche	Concentration élevée de VENLAFAXINE potentiellement létale

Tableau 3: Causes de décès de mort naturelle

Les différentes causes de décès d'origine naturelle sont :

- causes cardiaques (IDM, OAP): 6
- embolie pulmonaire : 1
- rupture d'un AAA : 1
- péritonite aiguë:1
- épilepsie:1

L'age moyen des décès de cause naturelle est de 47,3 ans.

II.4.2. Décès de cause toxique :

Sur les 40 décès autopsiés, 6 soit 15% sont de cause toxique.

Sur ces 6 décès, 1 décès peut être imputé à un acte volontaire. On ne peut statuer sur les autres décès.

La moyenne d'âge des décès par cause toxique était de 34,4 ans

les décès de cause toxique sont résumés dans le tableau 5 :

Résultats d' autopsie	Résultats toxicologiques pouvant induire des effets significatifs
Intoxication aiguë	METHADONE NORDAZEPAM
Syndrome asphyxique par inhalation alimentaire	BUPRENORPHINE BROMAZEPAN
Suicide par ingestion de psychotropes probable	ALPRAZOLAM CYAMEMAZINE PAROXETINE
Origine toxique probable	METHADONE PIPAMPERONE
Phénomène asphyxique de cause naturelle ou toxicologique	METHADONE nombreuses substances psychoactives
Décès asphyxique par hémopéricarde	BUPRENORPHINE CYAMEMAZINE plusieurs benzodiazépines

Tableau 4: Décès de cause toxique

5 des 6 décès de cause toxique sont dus à des surconsommation de traitement substitutif :

3 par MÉTHADONE, 2 par BUPRENORPHINE

II.4.3. Décès par pendaison :

Il y a 55% soit 22 décès dus à une pendaison probablement d'origine suicidaire.

La moyenne d'âge des détenus décédés par pendaison était de 42,5 ans

Sur ces 22 cas, la nature du lien était renseignée dans 18 des décès :

- morceaux de draps : 8
- lacets : 3
- fils électriques: 2
- vêtements : 2
- ceinture: 1
- fil à linge : 1
- cordelette : 1

Dans 10 cas nous avons des renseignements sur le support utilisé.

- Sur la fenêtre : 5
- à la porte de placard : 2
- tablette télé : 2
- grille d'aération : 1

Le nombre de décès par pendaison par années est résumé dans la figure 4 :

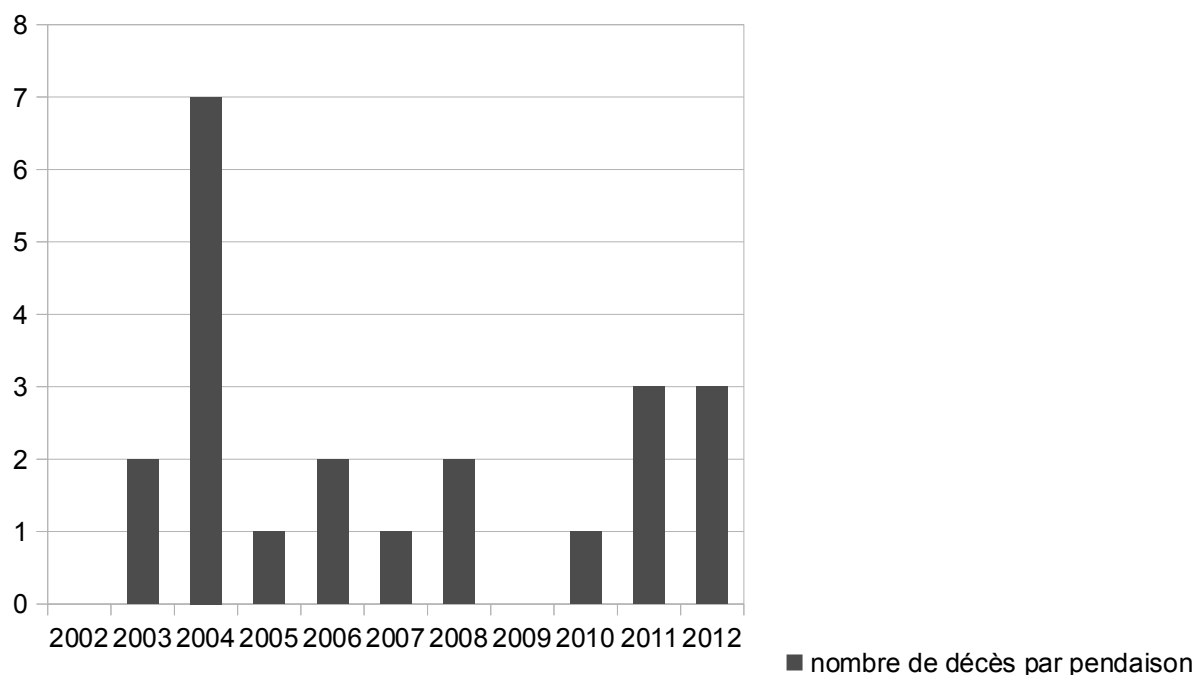


Illustration 4: Nombre de décès par pendaison et par année

Le nombre de décès par pendaison est maximum en 2004 avec 7 décès .

Il n' y a pas eu de décès par pendaison en 2002 et 2009.

le nombre moyen de décès par pendaison est de 2,2 par an.

Dans 20 décès par pendaison, nous avons des renseignements sur l' intégrité de l'os hyoïde :

- 15 cas non fracturés.
- 5 cas de fracture dont 3 découvertes lors de l'expertise anatomopathologique. Les fractures se situaient au niveau du cartilage thyroïde dans 4 cas et 1 cas au niveau de l' os hyoïde.

II.4.4. Décès de cause indéterminée :

Les décès de cause indéterminée sont résumée dans le tableau 5:

Résultats d' autopsie	Résultats expertise anatomopathologique	Résultats expertise toxicologique
Processus infectieux probable sévère défaillance multiviscérale	Pas de signe en faveur d'une infection hypertrophie cardiaque	0
Mort naturelle ou toxique	0	0

Tableau 5: Décès de cause indéterminée

Il y a seulement 2 décès de causes indéterminées.

III. DISCUSSION

III.1. Problèmes spécifiques à notre étude :

Notre étude avait pour objectif de recenser tous les décès survenus dans les établissements pénitentiaires du Limousin et de l'Indre. N'ayant pas eu accès au greffe des établissements par opposition des différentes directions, nous avons seulement pu recenser les détenus décédés ayant eu une autopsie. Notre méthode ne nous permet pas d'affirmer que tous les décès survenus dans les différents établissements pénitentiaires ont été comptabilisés.

III.2. Les données démographiques:

On observe dans notre étude qu'aucune femme détenue n'est décédée. Ceci est vraisemblablement dû au fait que seulement la maison d'arrêt de Limoges accueille des détenues de sexe féminin et avec un effectif de 10 places. De plus en moyenne 95% de la population carcérale est masculine.

Les prisonniers décédés avaient en moyenne 43,2 ans. Wobeser et al. [1] dans une étude réalisée entre 1990 et 1999 au Canada (Ontario) retrouvaient des chiffres similaires avec une moyenne d'âge de 40,9 ans.

Il n'y a pas non plus de mineurs décédés car seule la maison d'arrêt de Limoges accueille des mineurs avec seulement 12 places.

III.3. Répartition par années :

On remarque qu'il n'y a aucun décès durant l'année 2009. Cela s'explique probablement par le biais de notre étude, à savoir que nous n'avons pu recenser tous les décès survenus dans les prisons des différents départements n'ayant pas eu accès au greffe des établissements. En effet tous les corps de détenus décédés n'ont probablement pas fait l'objet d'une autopsie.

On remarque que le nombre de décès est très fluctuant avec aucun décès en 2009 et un maximum de 9 décès en 2004.

Dans une étude réalisée par la direction de l'administration pénitentiaire [2] qui étudie l'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010, on peut voir qu'au cours des années 2003 et 2004, le taux de croissance annuelle des personnes écrouées était respectivement de 14% et de 6,9% soit les plus importantes sur ces 10 ans. Le nombre de personnes sous écrou au niveau national est passé de 48594 en 2002 à 59246 en 2004.

Ces chiffres peuvent expliquer la difficulté de prise en charge et de surveillance des détenus et de même pour l'accessibilité des détenus aux consultations médicales et/ou psychologiques.

III.4. Répartition des décès en fonction des lieux

Il n'y a aucun mort recensé à la maison d'arrêt de Guéret sur ces 10 ans. Ceci peut s'expliquer par le petit effectif de cet établissement à savoir 37 places.

45% des décès ont eu lieu dans le département de l'Indre, et 35% dans le département de la Corrèze. On peut également comprendre ces chiffres par rapport à l'effectif des établissements. L'Indre comptabilise 626 places théoriques et la Corrèze 649 places.

III.5. Répartition par type de décès

III.5.1. Les décès de cause naturelle

Les morts naturelles représentent 25% des décès. La moyenne d'âge est de 47,3 ans soit plus que la moyenne des décès en général. C'est la deuxième cause de décès de notre étude.

Une étude réalisée de 1977 à 1983 en France par Clavel et al [3] retrouvait les suicides comme première cause de décès puis les causes naturelles. Dans les causes naturelles les plus fréquentes étaient les causes vasculaires puis les cancers.

Dans notre étude, les morts naturelles sont dues à des causes cardiaques (syndrome coronarien aigu, oedème aigu du poumon...) dans 6 cas sur 10, puis à des causes vasculaires dans 3 cas sur 10 (embolie pulmonaire, rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominal, ischémie mésentérique.)

Dans une autre étude réalisée aux Etats-Unis entre 1995 et 2005 qui comparaient les causes de décès des prisonniers blancs et noirs en Caroline du Nord [4], les causes cardiovasculaires étaient les premières causes de décès, suivis des cancers puis des infections. Wobeser et al. [1] expliquaient par ailleurs que parmi les détenus décédés de problèmes cardio-vasculaires, 9 avaient entre 20 et 30 ans, et que cet âge jeune de décès est probablement en relation avec la prise régulière de cocaïne, connue pour entraîner des infarctus du myocarde et des maladies coronariennes en utilisation chronique.

En France, aucune étude récente sur la mortalité des prisonniers et les causes de celle-ci n'a été réalisée récemment. Il est même particulièrement difficile de trouver les chiffres sur la mortalité des détenus. La direction de l'administration pénitentiaire [5][6] recense seulement

les décès par suicide. Il serait pourtant intéressant d' étudier au niveau national l'état de santé, ainsi que les causes de morts naturelles des détenus incarcérés en France afin de voir si une différence existe avec le milieu libre.

III.5.2. Les décès d'origine toxique

Les décès par prise toxique représentent 15% des décès des détenus. C'est la troisième cause de décès. La moyenne d'âge est de 34,4 ans soit plus jeune que la moyenne d'âge des décès en général.

Parmi les 6 détenus morts par intoxication, 5 sont morts par ingestion de produits substitutifs de la toxicomanie (METHADONE, BUPRENORPHINE). On peut alors s'interroger sur les difficultés de prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral. En effet malgré l'instauration d'un traitement de substitution, les détenus posent généralement le problème d'une surconsommation avec association de nombreux médicaments déprimeurs du système nerveux central dont les effets se potentialisent. Et même si ceux-ci sont à des doses thérapeutiques, leur présence concomitante augmente le processus toxique, pouvant entraîner un état de narcose, ne pouvant empêcher une inhalation de liquide gastrique.

Tous les détenus décédés de cause toxique avaient ingérés plus d'une substance psychoactive.

Regrouper tous ces décès sous le titre toxique, pourrait faire l' objet de critiques. En effet une mort toxique peut être volontaire et devient alors un suicide. Il nous a été très difficile de faire la distinction entre suicide et overdose. Un seul cas sur les six pouvait vraisemblablement être considéré comme un suicide. Aussi nous avons décidé de classer dans les morts toxiques, tous les décès dus à une ingestion massive de médicaments ou de

drogues, et pour lesquels aucun élément du rapport d' autopsie ne laisse supposer un geste suicidaire (absence d' écrit, absence de témoignages des codétenus, pas de repérage de risque suicidaire). Tous ces décès reflètent la difficulté de prise en charge psychiatrique de certains détenus, poussant à une polymédication, et à une surconsommation médicamenteuse de la part des détenus pouvant aller jusqu'à l' accident.

III.5.3. Les décès par pendaison

Le suicide en prison est un sujet d'actualité, et a fait l' objet de nombreuses études et publications, que cela soit en France ou à l' étranger. Le nombre de suicide en milieu carcéral en France est en baisse depuis 2003 mais reste très élevé. En 1996 le taux de suicides pour 10000 personnes détenues était de 24,4 contre 15,2 en 2007 et 17,1 en 2011, soit environ 10 fois plus élevé que dans la population générale.[7]

Dans notre étude, nous avons pu comptabiliser 23 suicides dont 22 par pendaison et un par prise excessive de toxiques. Ce qui représente 57,5% des décès en général dont 55% des décès par pendaison.

Le maximum de pendaison se situe durant l' année 2004 avec 7 cas. Le taux national est alors de 19 pour 10000 personnes détenus.

La moyenne d'âge des détenus décédés par pendaison est de 42,5 ans soit moins élevés que ceux décédés de cause naturelle mais plus que ceux décédés de cause toxique.

Dans la littérature internationale la majorité des décès par suicide sont des pendaisons. Les modes de perpétration ont peu évolué.

La pendaison reste le moyen le plus fréquemment utilisé en détention (87 % en 2006 contre 92 % en 2001) suivis par l'ingestion médicamenteuse (8 % contre 3 % en 2001).

Il est intéressant de remarquer que ces pendaisons se produisent majoritairement en cellule avec des objets d'attaches fournis par les locaux (morceaux de draps, lacets de chaussures, fenêtre, porte de placard ...) Ces remarques peuvent orienter vers un nouvel axe de prévention du suicide. En effet le dépistage du risque suicidaire est important, dans le but de d'organiser la prise en charge médicale, mais il est tout aussi important de limiter les possibilités de passage à l'acte.

En aout 2009, le ministère de la justice a mis en place plusieurs mesures destinées à diminuer le taux de suicide en prison :

- la mise en place d'un "kit anti-suicide" pour les détenus reconnus comme ayant un risque suicidaire : un matelas anti-feu, des draps et couvertures indéchirables et un pyjama en papier à usage unique évitant les pendaisons.
- Des formations pour les personnels afin de leur permettre de détecter les détenus qui présentent un risque suicidaire et de mieux les accompagner.
- Des détenus volontaires chargés d'accompagner les prisonniers en situation de détresse psychologique.

D'après une étude réalisé par la direction de l'administration pénitentiaire en 2008 sur les suicides en prison [7], plusieurs facteurs de risque sont individualisables :

- la détention provisoire est un état qui fragiliserait la personne détenue et qui l'exposerait davantage au risque du suicide. L'imminence et l'appréhension du jugement tout comme l'incertitude de la durée de détention à effectuer pouvaient constituer des facteurs déclenchant le passage à l'acte.

En 2007, près de la moitié des personnes qui se sont suicidées étaient en détention provisoire alors que les prévenus représentaient 28 % des personnes écrouées. Le taux de suicide des prévenus est ainsi plus de deux fois supérieur à celui des condamnés puisqu'il s'élève à 26 pour 10 000 en 2006 contre 11 pour 10 000 pour les condamnés.

- Mais plus encore que la catégorie pénale, la nature de l'infraction est un élément discriminant. Ainsi en 2006, comme en 2001, et même si les taux ont sensiblement diminué, le risque de suicide reste plus élevé pour les détenus ayant commis des infractions contre les personnes, respectivement 20 pour 10 000 et 28 pour 10 000.

Parmi l'ensemble des écroués pour des « atteintes aux personnes », ceux placés en détention provisoire au titre d'une procédure criminelle semblent tout particulièrement exposés puisque leur taux de suicide s'élève à 45 pour 10 000 (26 pour 10 000 pour l'ensemble des prévenus).

- En 2006, 67 % des suicides ont lieu en cellule contre et 16 % en quartier disciplinaire alors que cette structure ne représente que 2 % de la capacité totale des places de détention. La mise en quartier disciplinaire représente une rupture supplémentaire par rapport à la prison qui en était déjà une en soi. Ainsi, près de la moitié des suicides

survenus en quartier disciplinaire s'est déroulée le jour même ou le lendemain de la sanction.

- Hors du quartier disciplinaire, lorsque les suicides se sont déroulés en cellule ordinaire, la majorité des personnes étaient seules (52 %). Il est important de prêter une attention toute particulière à l'encellulement individuel qui constitue un « facteur facilitant le passage à l'acte de la personne en crise suicidaire ». En conséquence, la prévention par le personnel pénitentiaire passe par le repérage, notamment avant la mise en quartier disciplinaire qui accroît considérablement la vulnérabilité de la personne détenue. Toutefois, la présence ou l'absence du ou des codétenu lors de la crise suicidaire n'empêche pas toujours le suicide car si dans 27 % des suicides en cellule ordinaire, la personne a profité de l'absence de son codétenu pour se suicider, dans 20 % des cas ceux-ci étaient pourtant présents.

Analyse détaillée des résultats d' autopsie :

L'autopsie a pour but de s'assurer de l'absence de l'intervention d'un tiers dans le déterminisme de la mort afin de conclure à un suicide. Elle définit également les causes du décès. Dans les cas de suicide par pendaison, la mort résulte d'un syndrome asphyxique aigu. Le temps de la dissection cervico-thoracique est le temps fort de l'autopsie dans les cas de pendaison, à la recherche de lésions anatomiques du cou.

L' examen externe objective un sillon de pendaison typiquement ascendant, incomplet.

L' examen interne retrouve de façon inconstante des lésions anatomiques du cou : fracture du cartilage thyroïdien, fracture de l' os hyoïde, lésions vasculaires, ecchymoses des muscles du cou. Ces lésions secondaires à une pression du cou, sont décrites comme en relation avec la façon dont la pression est exercée, avec quelle force, et pendant combien de temps la force est maintenue [8]. Ces facteurs déterminent la durée de temps jusqu'au décès.

Il est important de rappeler quelques définitions sur les différents types de pendaison.

La pendaison a lieu quand la pression est exercée sur le cou par un mécanisme externe, et serré par le poids du corps de la victime. Le corps dans la pendaison a besoin d'être suspendu. La pendaison est à différencier de la strangulation. Dans les strangulations manuelles ou par ligature, la force de constriction est externe, mais le poids du corps ne joue aucun rôle.

La pendaison est dite complète quand les pieds ne touchent plus le sol. Elle est dite incomplète pour toutes les autres positions. De même le position du nœud est importante. Le terme « pendaison typique » est utilisé quand le point de suspension est placé de façon centrale derrière l'os occipital. Cette position a une plus grande responsabilité dans l'occlusion artérielle. Dans les pendaisons dite « atypiques » le point de suspension est dans toutes les autres positions.

En l'état actuel des connaissances les décès dans les cas de pendaisons, sont dus à l'occlusion artérielle, veineuse ou à l'asphyxie. L'asphyxie par l'obstruction des voies aériennes a longtemps été considérée comme la cause majeure de décès par pendaison, car la haute mobilité de l'os hyoïde peut facilement le faire se déplacer vers l'arrière, entraînant

avec lui la base de la langue en obstruant les voies aériennes. Cependant deux éléments viennent remettre en cause cette notion. D'une part, dans beaucoup d'autopsies de pendus, on a retrouvé du contenu alimentaire dans les bronches indiquant que ceux-ci respiraient au moment du décès. D'autre part, on a observé la réussite de suicides par pendaison chez des personnes trachéotomisés, avec un lien situé au-dessus du site de la trachéotomie. [9]

Ainsi la séquence physiopathologique la plus fréquente dans les pendaisons, est qu'une faible pression au niveau du cou entraîne une compression vasculaire et une perte de conscience survenant généralement en 30 secondes. Le corps est alors complètement mou, il y a une baisse du tonus des muscles du cou et une augmentation de la pression sur le cou provoquent une obstruction complète des artères et/ou des voies aériennes, entraînant le décès. Ceci peut expliquer le fait que certains détenus aient été retrouvés allongés sur leur lit, le lien attaché aux montants du lit, la majorité des pendaisons en prison étant incomplètes.

L'analyse des rapports d'autopsie met en évidence une faible proportion de détenus pendus ayant des lésions anatomiques, notamment des fractures du cartilage thyroïdien et de l'os hyoïde (5 cas sur 20) alors que Polson et al les retrouvaient dans 50% des cas [10]. Cette différence pourraient être dus à des populations différentes, en effet, les détenus morts par pendaison dans notre étude avaient pour la majorité moins de 40 ans et on peut supposer que les fractures sont donc moins fréquentes. Paparo et al [11] sur 160 cas de suicide par pendaison retrouvaient 10,6% de fractures du cartilage thyroïde, 6,3% de fractures de l'os hyoïde, et 2,5% de fracture combinées. La répartition par tranche d'âge de ces fractures montrait une nette fréquence chez les plus de 40 ans : 82,35% des fractures du cartilage thyroïdien et 70% des fractures de l' os hyoïde. En comparant ces valeurs à la moyenne

d'âge des détenus décédés par pendaison dans notre étude, il n'est pas étonnant de ne retrouver qu'une faible proportion de fractures. De plus, les pendaisons étaient souvent incomplètes, la pression exercée est donc moindre, et le traumatisme au niveau des cartilages du cou est moins important. Dans notre étude, 80% des fractures se situaient au niveau du cartilage thyroïde.

Maxeiner et al. [12] ont étudié les différences objectivées à l'autopsie de personnes décédées soit d'un homicide soit d'un suicide par la même méthode : strangulation par un lien. Sur les années 1978 à 1998 ont été comptabilisés 19 suicides et 47 homicides. Les fractures du complexe laryngo-hyoïde sont plus souvent rencontrées dans les cas d'homicide que dans les suicides, avec seulement 3 fractures sur les 19 suicides étudiés (15,79%). Ce dernier élément pouvant expliquer la faible proportion de fracture retrouvée dans notre étude. Line et al. [13] arrivaient aux mêmes constatations en précisant par ailleurs que l'âge et le degré de calcification du cartilage thyroïde sont des facteurs très importants pour déterminer si une victime de strangulation aura des fractures du complexe laryngé. Ils précisent par ailleurs que la strangulation qui provoque le plus de fractures du complexe laryngé est l'étranglement ou strangulation manuelle.

Les différentes méthodes d'examen sont l'examen visuel et la palpation, l'examen radiographique, et l'examen microscopique. Khokhlov [14] concluait que la palpation et l'examen radiologique n'étaient pas suffisamment informatifs et pouvaient être utilisés comme préliminaire mais ne se substituaient pas à l'examen microscopique. Ainsi dans notre étude, 60% des diagnostics de fracture se sont faits lors de l'expertise anatomopathologique.

Toujours est-il que l'intérêt de l'autopsie dans les cas de décès des détenus est d'éliminer un homicide ou une maltraitance, et de déterminer si possible la cause du décès. La recherche de lésions du complexe laryngo-hyoïdien par étude microscopique n'aurait ici qu'un intérêt scientifique.

III.5.4. les décès de cause indéterminée :

Deux décès de cause indéterminées ont été identifiés dans notre étude. Le premier par la différence de résultats observée au niveau du rapport d'autopsie et de l'expertise anatomopathologique par défaut des prélèvements effectués durant l'autopsie.

Le deuxième par l'absence de résultats, l'instruction étant encore en cours.

CONCLUSION

Les études abordant les causes de décès en milieu carcéral ont souvent été réalisées il y a plus de 20 ans et sont souvent contradictoires. Mais elles sont unanimes, le suicide est la première cause de décès en milieu carcéral et le mode le plus fréquemment utilisé est la pendaison. Notre étude réalisée dans les départements du Limousin et l'Indre, le confirme.

Les morts naturelles représentant un faible pourcentage, permettent quand même de mettre en avant les causes cardio-vasculaires comme première cause de décès naturelle chez les détenus.

Les morts toxiques sont la troisième cause de décès. Souvent secondaires à une ingestion polymédicamenteuse, elles témoignent de la difficulté de la prise en charge des pathologies psychiatriques et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire.

Le suicide est la première cause de mortalité en milieu carcéral en Limousin et en Indre, et de loin. Afin de limiter le nombre de suicides, il est important de détecter précocement les comportements suicidaires.

Notre étude associée aux données de la littérature devait nous permettre d'identifier les facteurs de risque, grâce à l'analyse des dossiers pénaux et médicaux. Mais les administrations ayant refusés de nous transmettre leurs données, nous avons pris contact avec le bureau des études et de la prospective de la direction de l'administration pénitentiaire, à la section du développement de la recherche, pour pouvoir continuer et finaliser notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] WOBESER W, DATEMA J, BECHARD B, et al. « Causes of death among people in custody in Ontario », 1990-1999. CAMJ 2002

- [2] KENSEY A, Direction de l' administration pénitentiaire « Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010» Cahiers d' études pénitentiaires et criminologiques, 2011, n°35

- [3] CLAVEL F, BENHAMOU S, FLAMANT R. « Decreased mortality among male prisoners », 1977-1983. The Lancet 1987

- [4] ROSEN D, WOHL D, SCHOENBACH V. « All cause cause specific mortality among black and white North Carolina State prisoners » 1995-2005. AEP 2011

- [5] Direction de l' administration pénitentiaire «Les chiffres clés de l' administration pénitentiaire au 1er janvier 2012 », 2012

- [6] Direction de l' administration pénitentiaire «Les chiffres clés de l' administration pénitentiaire au 1er janvier 2011 », 2011

- [7] HAZARD A, Direction de l' administration pénitentiaire « Baisse des suicides en prison depuis 2002 » Cahiers d' études pénitentiaires et criminologiques, 2008, n°22

- [8] INSERTION KV. « Strangulation : a review of ligature, manual and postural neck compressions injuries ». Annals of emergency Medicine 1984

- [9] COOKE CT, CADDEN CA, HILTON JM. « Unusual hanging death ». The American journal of forensic medicine and pathology. 1998
- [10] POLSON CJ, GEE DJ. « The Essentials of Forensic Medicine ». 1973, 3ème édition
- [11] PAPARO GP, SIEGEL H. « Neck markings and fractures in suicidal hangings ». Forensic science international, 1984
- [12] MAXEINER H, BOCKOLDT B. « Homicidal and suicidal ligature strangulation a comparison of the post-mortem findings ». Forensic science international, 2003
- [13] LINES WJ, STANLEY RB, CHOI JH. « Strangulation : A full spectrum of blunt neck trauma ». The Annals of otology, rhinology & laryngology, 1985
- [14] KHOKHLOV VD. « Injuries to the hyoid bone and laryngeal cartilages : Effectiveness of different methods of medico-legal investigation ». Forensic Science International, 1997
- [15] Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues », septembre 2004
- [16] LEPAGE S. Analyse des causes de décès à la prison de Loos durant les années 1996 à 2003. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université du droit et de la santé-Lille2, 2004
- [17] Observatoire international des prisons OIP « les conditions de détention en France- Rapport 2011 », La Découverte, 2012
- [18] BEAUTHIER JP. « Traité de médecine légale » 2ème Edition De Boeck 2011

[19] www.justice.gouv.fr

[20] www.legifrance.gouv.fr

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: Nombre de décès par années	48
Illustration 2: Nombre de décès par lieu de détention	49
Illustration 3: Répartition des différents types de décès.....	50
Illustration 4: Nombre de décès par pendaison et par année.....	56

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des détenus par tranche d' age.....	38
Tableau 2: Répartition des décès des détenus suivant l' age.....	47
Tableau 3: Causes de décès de mort naturelle	52
Tableau 4: Décès de cause toxique.....	54
Tableau 5: Décès de cause indéterminée	57

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME

La mort en prison est un sujet d'actualité. Mais on parle plus fréquemment de suicides en milieu carcéral. Le ministère de la justice est depuis longtemps alerté par l'importance de la mortalité carcérale et beaucoup de réformes ont vu le jour, notamment en transférant la responsabilité de l'organisation du système de soins de l'administration pénitentiaire vers l'hôpital, en créant les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Malgré cela la mortalité reste élevée et la surpopulation carcérale s'aggrave. Notre étude est une étude rétrospective qui porte sur les causes de décès des détenus autopsiés dans les départements du Limousin et l'Indre de janvier 2002 à juin 2012. 40 rapports d'autopsie ont été recensés dont 24 ont bénéficié d'une expertise toxicologique et 17 d'une expertise anatomopathologique. Grâce à l'étude de ces différents rapports, nous avons classer les décès en différentes catégories : les décès de causes naturelles, les décès de cause toxique et les pendaisons suicidaires. Ces dernières représentent 55% des décès. Les décès de causes naturelles représentent quand a eux 25% et les décès de cause toxique 15%. Les différents travaux effectués jusqu'à présent, étaient presque exclusivement consacrés aux décès par suicide en milieu carcéral. Notre étude nous montre que les autres causes de décès représentent presque la moitié des morts carcérales, et que dans les morts naturelles, 90% sont dues à des causes cardiovasculaires. Ces chiffres nous confirment la nécessité de poursuivre et d'accentuer la prévention des suicides, mais également d'insister sur une prise en charge globale des décès en prison.

DISCIPLINE

Médecine Légale, Médecine Pénitentiaire

MOTS-CLES

décès, prison, suicide, pendaison, UCSA

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Limoges, Unité de Formation et de Recherche

2 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges cedex