

SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ, HALTE AU DÉNIALISME !

par Docteur Anne Laurent-Vannier

Neurologue et médecin de médecine physique et de réadaptation, ancien chef du pôle de rééducation de l'enfant aux hôpitaux de Saint Maurice, présidente du groupe de travail dédié à l'actualisation des recommandations de la Haute Autorité de santé (2017) et expert agréé par la Cour de cassation

Cet article est une réponse à celui de maître Clément Bossis et maître Noémie Saidi-Cottier, *Bébés secoués : de l'indispensable critique des expertises judiciaires¹, critiquant les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et les expertises judiciaires qui seraient sources d'erreurs judiciaires s'agissant du syndrome du bébé secoué.*

Le secouement, geste d'une extrême violence, répété au cours du temps dans plus de la moitié des cas, induit la mort du nourrisson ou des séquelles à vie. Les recommandations de la HAS², avancée majeure de la protection de l'enfant, permettent à l'équipe pluri professionnelle de première ligne de poser le diagnostic de syndrome du bébé secoué (SBS) de façon probable ou certaine, puis aux experts judiciaires de confirmer ou non le diagnostic et éventuellement de dater l'épisode de secouement. Elles sont issues d'un processus scientifique rigoureux auquel ont participé près de cent professionnels et sont portées par l'ensemble des sociétés savantes concernées³. S'opposent à ces recommandations certains avocats de la défense et un tout petit nombre de médecins, régulièrement cités par la défense, qui produisent leur opinion personnelle sans étayage scientifique. Le résultat est une perte considérable de chance pour les enfants et de temps, d'énergie et d'argent pour la Justice et la société.

« Science denialism is the rejection of the scientific consensus, often in favour of a radical and controversial point of view »⁴
Scudellari, M. State of denial. Nat Med 16, 248 (2010).

■ Ce que l'on sait

Secouement : un geste d'une extrême violence et répété

Rappelons que le geste à l'origine du SBS (autrement appelé traumatisme crânien non accidentel par secouements) est un acte d'une extrême violence et, notion relativement récente, le plus souvent répété⁵.

Ce syndrome touche les enfants de moins d'un an et dans deux tiers des cas de moins de six mois ; il concerne donc une population particulièrement vulnérable composée majoritairement de garçons. Plus de 10 % des enfants décèdent et les trois quarts des survivants gardent des séquelles pour la vie: déficience cognitive, troubles du comportement, de l'attention, de la vue, hémiplégie, épilepsie, parfois état pauci-relationnel⁶, etc.

Il y a donc urgence à faire le diagnostic de violence le plus tôt possible pour éviter la réitération et des dommages plus importants. En effet, les neurones détruits ne sont pas remplacés, l'enfant devra se développer avec ceux qui lui restent.

Apport essentiel des recommandations de la Haute Autorité de santé

Les recommandations dédiées au diagnostic de ce syndrome ont été conçues en 2011, puis actualisées en 2017 avec le support méthodologique constant de la HAS.

Elles comportent deux parties distinctes : une sur le diagnostic, précisant la démarche diagnostique à suivre puis les critères diagnostiques à appliquer à l'issue, et une sur la datation clinique.

Le diagnostic

La démarche diagnostique à suivre par une équipe pluridisciplinaire a pour objectif de décrire les explorations nécessaires à la mise en évidence des lésions constitutives du secouement et à éliminer les quelques rares diagnostics différentiels médicaux (infections telle une méningite, hémopathie telle une leucémie, rupture d'anévrisme, maladie métabolique). Elle comporte, outre l'examen clinique minutieux, le scanner cérébral, examen de première intention, le fond d'œil – à faire au plus tard dans les soixante-douze heures –, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) – à réaliser dès que l'état de l'enfant le permet –, les radiographies de squelette complet et, enfin, un bilan sanguin incluant une numération formule sanguine et un bilan de l'hémostase.

(1) AJ pénal 2022. 77.

(2) HAS, Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, Recommandation de bonne pratique, 29 sept. 2017, www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement.

(3) Sté française de neurologie pédiatrique, neurochirurgie, pédiatrie, radiologie, médecine légale, médecine physique et de réadaptation, pédiatrie médico-légale, neurochirurgie pédiatrique ; Sté francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale ; Conseil national professionnel de médecine d'urgence, d'anesthésie, de pédiatrie, de médecine légale et d'expertise médicale, d'ophtalmologie ; Collège de la médecine générale ; Collège infirmier français ; Collège national des sages-femmes ; Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ; Synd. national des médecins de PMI ; Féd. française de psychiatrie ; Assoc. française de pédiatrie ambulatoire ; France traumatisme crânien.

(4) « Le déniisme est le rejet du consensus scientifique souvent en faveur d'idées radicales et controversées ».

(5) C. Adamsbaum, S. Grabar, N. Mejean et C. Rey-Salmon, *Abusive head trauma : judicial admissions highlight violent and repetitive shaking*, Pediatrics 2010. 126, 546-555. DOI : 10.1542/peds.2009-3647, 2010.

(6) L'état pauci-relationnel est un état de conscience minimale, qui se différencie de l'état végétatif par la présence de réactions comportementales minimes.

Les critères diagnostiques. Leur élaboration a consisté dans un premier temps à mettre en exergue, et ainsi à démontrer, la grande valeur diagnostique des lésions observées induites par les secouements : rupture des veines allant en pont du cerveau vers un collecteur situé au sommet du crâne, hématome sous-dural multifocal, c'est-à-dire saignement s'étendant en nappe autour et entre les différentes parties du cerveau et hémorragies rétinienues. Il a été recherché quels autres mécanismes, dont certains allégués, étaient susceptibles d'induire de telles lésions. Cette étude s'est faite lésion par lésion, mécanisme par mécanisme. Il a été montré que ces lésions ne sont objectivées que lors de secouements et de certains accidents de la voie publique à forte cinétique, ce qui atteste de la solidité des veines ponts. Ont été éliminés la chute de faible hauteur, le jeu, les manœuvres de réanimation, le choc, l'intervention d'un autre enfant, le manque d'oxygène, les troubles de l'hémostase, les vaccins, l'élargissement bénin des espaces sous arachnoïdiens (hydrocéphalie externe), l'ostéogenèse imparfaite, etc. Or, la constatation de telles lésions, *i.e.* hématome sous-dural multifocal et rupture de veine pont, en l'absence d'un accident de la voie publique à forte cinétique, ne peut être expliquée que par un épisode de secouements. À partir de ces résultats ont été définis des critères diagnostiques reposant uniquement sur des données objectives, irréfutables et opposables. Ces données comprennent les lésions précitées (hématome sous-dural multifocal, rupture de veine pont, hémorragies rétinienues), mais aussi l'histoire rapportée par l'adulte qui peut être changeante ou bien absente (l'adulte décrivant une survenue spontanée) ou encore incompatible avec l'âge de l'enfant (un enfant d'un mois qui serait tombé seul d'un lit) ou avec les lésions constatées (chute depuis la position assise, coup de hochet sur la tête). Trois degrés de probabilité diagnostique ont été définis : certain, probable ou écarté. Si le diagnostic est probable ou certain, le professionnel doit adresser un signalement au procureur de la République. S'il décide de ne pas signaler, il doit pouvoir motiver sa position. La présence d'ecchymose, de fracture, d'antécédents de violence dans la fratrie, un retard de recours aux soins, un récit de pleurs incessants ne sont pas nécessaires au diagnostic. En conséquence, leur absence ne permet nullement d'émettre un doute sur les conclusions d'une expertise judiciaire, comme cela est prétendu par maître Clément Bossis et maître Noémie Saidi-Cottier.

La datation des faits

Alors que la datation par imagerie est imprécise (imprécision de quelques jours, voire plus) tout comme celle permise en cas d'autopsie (au mieux une

demi-journée), les recommandations ont mis en exergue la datation clinique reposant sur la concomitance, logique, entre secouements, lésions, et symptômes (troubles de la vigilance, du tonus, de la respiration). Lorsqu'il est secoué, l'enfant est victime d'une commotion cérébrale de gravité diverse. Les symptômes vont de l'arrêt des pleurs, à « l'endormissement » de quelques instants (l'enfant est « calmé »), au coma associé à des troubles respiratoires, voire à un arrêt cardio-respiratoire, au maximum à la mort d'embolie. La datation clinique repose donc sur la recherche du dernier moment où l'enfant a été trouvé dans son état normal. Cette datation clinique est de la responsabilité de l'expert judiciaire qui seul dispose de l'ensemble des pièces médicales et de procédure.

Le rôle de chaque professionnel est bien spécifié. Aux soignants de première ligne revient la responsabilité d'établir le diagnostic. Les recommandations stipulent expressément qu'ils ne doivent pas s'occuper du contexte ni de l'auteur pas plus que d'essayer de dater les lésions. Aux experts judiciaires, auxiliaires de justice, indépendants des parties, missionnés et rémunérés par la justice, disposant de l'ensemble des informations, revient la responsabilité de confirmer ou non le diagnostic et d'essayer de dater les faits. Les experts judiciaires ne désignent pas les auteurs. Il est important de souligner que la recherche des éventuels auteurs du secouement revient au seul procureur de la République dans le cadre de l'enquête judiciaire.

■ Processus scientifique rigoureux vs opinion personnelle sans étayage scientifique

Il est écrit dans l'article contestataire que les recommandations de la Haute Autorité de santé sont « décriées », « contestées » et qu'elles constituent une « hérésie scientifique ». Or, la valeur de ces recommandations repose précisément sur la rigueur du processus scientifique dont elles sont issues.

La Haute Autorité de santé⁷, organisme public indépendant à caractère scientifique, a accompagné de bout en bout l'élaboration des recommandations de 2011 ainsi que l'actualisation de 2017 afin d'en assurer la rigueur scientifique. La composition du groupe de travail a été définie par la HAS. Deux possibilités existaient pour appartenir au groupe de travail : soit avoir été désigné par la société savante de sa discipline (société française de pédiatrie, de radiologie, de médecine légale...), soit avoir répondu à l'appel à candidatures lancé par la HAS. La Haute Autorité de santé a par ailleurs vérifié pour chacun des membres l'absence de conflit d'intérêt.

Près de cent professionnels de tous horizons ont participé à l'élaboration des recommandations. De même, les diverses sociétés savantes concernées par le sujet⁸ ont été impliquées. Le projet des recommandations leur a été soumis pour avis et elles ont toutes cosigné le communiqué de presse émis par la HAS le 19 décembre 2019 réaffirmant la valeur scientifique des recommandations⁹. Ces recommandations sont issues d'une étude sans restriction de la littérature scientifique internationale selon la méthode de la HAS. Ainsi en 2017, 310 articles, y compris ceux mettant en cause les recommandations de la HAS de 2011, ont été classés selon leur niveau de preuve. Le sujet du SBS rendant évidemment impossibles les études en double aveugle afin de déterminer à quelle fréquence et intensité de secouement les lésions et les symptômes apparaissent chez les nourrissons, il ne peut y avoir d'articles de premier niveau mais il reste les niveaux 2, 3 et 4 analysés ! Au plan international, ces recommandations sont les seules centrées sur le diagnostic du SBS, les autres étant dédiées plus largement à la violence physique faite aux enfants¹⁰. Ces recommandations n'ont fait l'objet d'aucune critique dans la presse scientifique nationale ni internationale. La HAS a réaffirmé leur importance¹¹ et le Conseil d'État, par un arrêt du 7 juillet 2021, a refusé leur abrogation¹².

(7) www.has-sante.fr/.

(8) Sté française de neurologie pédiatrique, neurochirurgie, pédiatrie, radiologie, médecine légale, médecine physique et de réadaptation, pédiatrie médico-légale, neurochirurgie pédiatrique ; Sté francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale ; Conseil national professionnel de médecine d'urgence, d'anesthésie, de pédiatrie, de médecine légale et d'expertise médicale, d'ophtalmologie ; Collège de la médecine générale ; Collège infirmier français ; Collège national des sages-femmes ; Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ; Synd. national des médecins de PMI ; Féd. française de psychiatrie ; Assoc. française de pédiatrie ambulatoire ; France traumatisme crânien.

(9) HAS, La HAS réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué, Mise au point 19 déc. 2019, www.has-sante.fr/jcms/p_3136556/fr/la-has-reaffirme-l-importance-de-sa-recommandation-sur-le-diagnostic-de-syndrome-du-bebe-secoue.

(10) à (12) notes page suivante.

Cette solidité des recommandations est à comparer à l'absence de valeur scientifique de l'argumentation appelant à une « refonte » des recommandations, telle que proposée par l'article précité. Cette argumentation repose sur des articles de presse (Midi Libre), des émissions télévisées (France 24) sans étayage scientifique et sur quelques décisions de justice, mais verdict et diagnostic médical ne sont pas de même nature. Un non-lieu ou un acquittement n'implique pas que le diagnostic soit faux. L'article met également en avant le reniement de ses travaux, en 2015, par Guthkelch. Or, il faut rappeler que Guthkelch, né en 1915, était alors âgé de cent ans (!). Et il est également nécessaire de rappeler que ce neurochirurgien, qui, en 1971, avait décrit en premier le SBS¹⁴, n'avait jamais depuis plus de quarante ans remis en question ses travaux¹⁵. De plus, cet avis ne s'accompagnait d'aucune argumentation scientifique. Il en est de même des propos du docteur Mselati et du professeur Échenne, qui ne font qu'exprimer leur opinion. Quel poids donner à des affirmations comme : « les recommandations de la HAS sont une hérésie du point de vue scientifique », ou bien « les membres du groupe de travail de la HAS affirment par exemple que les hématomes sous-duraux spontanés n'existent pas. Or, durant ma longue pratique, j'ai moi-même pu le constater, il y a également des prédispositions génétiques qu'il ne faut pas écarter », et encore « l'hydrocéphalie externe est susceptible d'entraîner la survenance d'hématomes sous-duraux "spontanés" ou "apparus après un faible impact" ». Ces affirmations ne sont validées par aucune étude scientifique. Et le président de la société française de neurologie pédiatrique (SFNP), dont dépend le professeur Échenne, a indiqué, dans une lettre du 4 septembre 2019, que « les positions que prend le Pr Échenne ne représentent que sa propre opinion et ne sont pas celles de la SFNP ». En résumé, aucun étayage scientifique ne soutient la contestation des recommandations de la Haute Autorité de santé.

■ Autres critiques

On peut relever l'insuffisance de rigueur quant au choix des mots employés dans l'article de maître Clément Bossis et maître Noémie Saidi-Cottier, le risque alors étant de mésinformer. Il faut ainsi différencier symptômes et lésions. Le diagnostic repose sur des lésions et non sur des symptômes.

Est également à relever un manque de logique dans l'article contesté. Il y est souligné un point essentiel : « Tout se passe en vase clos, sans témoin ». Ce qui de fait élimine la possibilité pourtant proposée par ce même article de facteurs de fragilisation qui prédisposeraient au saignement, de la survenue spontanée des lésions, de la responsabilité d'une hydrocéphalie externe. Car si tel était le cas, les symptômes surviendraient n'importe où, dans la rue, à la crèche, au square, dans les transports en commun, chez les grands-parents, etc. pas seulement dans un lieu intime, en présence d'un seul adulte¹⁴. Certaines informations sont par ailleurs tronquées. Ainsi, il est faux de prétendre que « selon ces recommandations, dès lors que les examens médicaux réalisés sur l'enfant mettent en évidence la présence d'hématomes sous-duraux cumulée à des hémorragies rétinienues, le diagnostic de SBS peut être posé de façon certaine ». En effet, s'il est nécessaire, on l'a vu, pour poser le diagnostic selon les recommandations de la HAS qu'il y ait un hématome sous-dural, celui-ci doit avoir des caractéristiques bien particulières et très exceptionnelles en dehors de ce contexte : être multifocal, c'est-à-dire en nappe, diffus, situé à l'apex, en interhémisphérique, à la tente du cervelet, c'est-à-dire autour et entre les différentes parties du cerveau. Concomitamment, l'histoire doit être changeante ou absente ou incompatible avec les lésions ou bien l'âge de l'enfant.

D'autres reproches sont encore infondés. L'article critique le fait que certains experts judiciaires aient été co-auteurs des recommandations de la HAS, et donc appliquent des recommandations qu'ils ont eux-mêmes élaborées et qu'ils aient de plus des activités d'enseignement, ce qui favoriserait une « pensée unique ». En fait, ceci revient à

reprocher aux experts d'être compétents dans leur domaine. Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler que les recommandations ne sont pas le résultat du travail de quatre ou cinq médecins mais de tout un groupe de travail encadré par la Haute Autorité de santé, représentant plusieurs professions différentes. S'il s'agissait par exemple de cancérologie, reprocherait-on à des médecins, choisis pour leur activité de recherche clinique et leurs publications scientifiques, ayant mis au point des protocoles de chimiothérapie, d'appliquer ces protocoles et d'avoir des activités d'enseignement ? Pourquoi en serait-il différemment en cas de syndrome du bébé secoué ?

Enfin, contrairement à ce que prétend l'article contestataire, il n'y a pas de controverse scientifique ni de « guerre d'experts ». S'il existe de plus en plus souvent de véritables agressions dans les tribunaux judiciaires envers les experts judiciaires, il n'y a pas de désaccord scientifique national ou international. Seul un tout petit nombre de déniastes, médecins, juristes, journalistes... contestent des connaissances scientifiques de plus en plus abondantes et consensuelles¹⁵. En pratique, deux positionnements peuvent s'opposer.

■ Celui des experts judiciaires indépendants des parties qui doivent poser le diagnostic et, dans la mesure du possible, dater les événements. Si le diagnostic est incertain, les lésions objectivées n'étant pas celles requises, les poursuites judiciaires ne sont pas engagées. En revanche, si le diagnostic est certain, l'enfant et ses droits doivent être protégés. S'il y a incertitude quant à la datation, la justice ne peut identifier l'auteur et un non-lieu est prononcé. Donc il n'y a pas atteinte à la présomption d'innocence. Ces recommandations constituent la pierre angulaire du diagnostic et non « la pierre angulaire de l'accusation » !

■ Celui de la défense de l'auteur présumé dont la plaidoirie s'oppose à la valeur scientifique des données étayant les recommandations de la HAS. D'où, dans les prétoires, la stratégie souvent employée de dénigrement, de décredibilisation des recommandations de la Haute Autorité de santé, des expertises judiciaires, et aussi des experts judiciaires. Ces avocats de la défense s'appuient sur une poignée de médecins qui, en France, interviennent dans les procès pour s'opposer aux recommandations. Ils sont cités

(10) F. Blangis, S. Allali, J. Cohen et al., *Variations in guidelines for diagnosis of child physical abuse in high income countries. A systematic review*, JAMA Network open, 2021. 11 : e2129068, Doi/10.1001/jamanetworkopen.2021.229068.

(11) HAS, La HAS réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué, Mise au point préc...

(12) CE, 1^{re} et 4^e ch. réunies, 7 juill. 2021, n° 438712, Lebon.

(13) A. N. Guthkelch, *Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries*, British Medical Journal 1971. 2, p. 430-431.

(14) A. Laurent-Vannier, J. Y. Bernard et M. Chevigard, *Frequency of previous abuse and missed diagnoses prior to abusive head trauma : a consecutive case series of 100 forensic examinations*, Child Abuse Review 2020, vol. 29, p. 231-241, DOI : 10.1002/car.2638 ; C. Rey-Salmon, P. de Boissieu, J. P. Teglas et C. Adamsbaum, *Abusive Head Trauma in Day Care Centers*, Pediatrics 2020, vol. 146, number 6 2020 :e2020013771 ; A. Laurent-Vannier, J. Bernard et M. Chevigard, *Abusive head trauma : Examination of the perpetrators according to dating of the traumatic event*, Child Abuse Review, Forthcoming, 2021, vol. 30, Issue4 :283-299 doi.org/10.1002/car.2694.

(15) J. M. Leventhal et G. A. Edwards, *Flawed Theories to Explain Child Physical Abuse What Are the Medical-Legal Consequences ?*, Journal of the American Medical Association 2017, 318(14), p. 1317-1318, doi :10.1001/jama.2017.11703 ; A. K. Choudhary, S. Servaes et T. L. Slovis, *Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children*, Pediatr Radiol 2018, 48(8), p. 1048-1065.

régulièrement comme témoins, toujours à la demande de la défense, et n'hésitent pas à proposer des explications échappant à la logique et contraires aux connaissances médicales.

Or on ne doit pas oublier que la priorité de notre société, c'est l'identification de la violence dans l'objectif

de protéger l'enfant et ses droits. Cette identification doit être rapide afin d'éviter au maximum la récidive. Dénigrer les recommandations, contester la place des expertises judiciaires dans le débat pénal, accrédi- ter la parole de médecins cités comme témoins, sans publications scientifiques sur le sujet, fait le jeu des auteurs de secouement, mais certainement pas celui des enfants auxquels nous nous devons d'identifier la violence qu'ils ont subie. Le résultat est un déni de la réalité des faits, une perte considérable de chance pour les enfants, et une perte de temps, d'énergie et d'argent considérable également pour la Justice et la société.

In fine, c'est tout simplement refuser de protéger les enfants.

POUR UN EXERCICE EFFECTIF DU DROIT DE VOTE EN DÉTENTION

par **Juliette Chapelle**

Avocate au barreau de Paris

Vincent Scuderoni

Élève-avocat

Depuis l'entrée en vigueur du code pénal de 1994, les personnes incarcérées continuent par principe de jouir de leurs droits civiques. Elles peuvent désormais voter par correspondance (depuis la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation et de réforme pour la justice), ou bien à l'occasion d'une permission de sortie. Pourtant, peu votent effectivement. Plusieurs obstacles demeurent en effet : les conditions de détention, le difficile accès à l'information politique en détention et l'absence de débat politique dans les prisons.

La question du vote des personnes détenues est un sujet rarement abordé ouvertement par les politiques, qu'ils soient au pouvoir ou dans l'opposition.

Pourtant, les personnes détenues en France disposent par principe de leurs droits civiques et politiques. Cela ne va pas de soi dans tous les pays de l'Union européenne mais en France, depuis la réforme pénale de 1994, seule une décision expresse du juge judiciaire condamnant la personne à une peine complémentaire de déchéance du droit de vote peut en priver une personne condamnée, pour une durée de dix ans maximum en matière criminelle et de cinq ans en matière délictuelle¹. En 2020, seules près de 2 100 déchéances des droits civiques ont été prononcées par les juridictions françaises².

Au total, c'est environ 55 000 personnes détenues qui disposent donc du droit de vote. Mais peu l'exercent, comme en attestent les chiffres de la participation à la dernière élection présidentielle (2017) : 2 %, soit un millier de personnes détenues, dont 800 ont voté par procuration et 200 ont voté lors d'une permission de sortir.

Ce n'est que très récemment que les modalités du droit de vote ont été modifiées pour être adaptées aux contraintes de la prison. La loi n° 2019-222

du 23 mars 2019 de programmation et de réforme pour la justice, le décret d'application n° 2019-223 du 23 mars 2019, ainsi que la loi n° 2019-1461 du 27 décembre 2019 relative à l'engagement dans la vie locale et à la proximité de l'action publique ont permis une nette amélioration de l'effectivité du droit de vote par les personnes détenues.

La principale avancée a consisté à permettre le vote par correspondance. Ainsi, pour les élections européennes de 2019, souvent boudées par les électeurs, la participation des personnes détenues a été de 8 % [sur 10 % de personnes détenues inscrites sur les listes électorales³]. Cette augmentation est le signe que lorsque l'exercice du droit de vote est facilité, les personnes détenues s'en saisissent.

S'il s'agit d'une progression importante, le taux de participation reste encore trop faible. Quels sont les obstacles restant à lever pour que l'exercice du droit de vote en détention gagne en effectivité ? Quelles solutions pourraient être mises en place afin d'encourager la participation des personnes détenues à la vie démocratique ?

■ Un élargissement bienvenu des modalités d'exercice du droit de vote en détention

Avant la loi n° 2019-222 de programmation et de réforme pour la justice, du 23 mars 2019, les personnes détenues disposaient de deux modalités pour voter : le vote par procuration et la permission de sortir. Ces deux seules modalités étaient bien trop restrictives.

Le vote par procuration, prévu par l'article L. 71 du code électoral, nécessite d'en avoir fait la demande auprès de l'établissement,

(1) Pour une revue comparée du droit de vote entre les pays de l'Union européenne, M. H-Evans et J. Thomas, Le vote à l'urne des détenus aux élections européennes de 2019, AJ pénal 2019. 540.

(2) Min. de la Justice, Tableaux des condamnations, 2020.

(3) M. H-Evans et J. Thomas, art. préc.