



L'adaptation de la répression de la délinquance au vieillissement. A-t-on peur de la fin de l'image fantasmée du « grand âge » : celle de personnes fragiles, vulnérables, sans défense... ?

Adapting the repression of delinquency to aging: are we afraid of the end of the fantasy image of the « great age »: that of fragile, vulnerable, defenseless...?

Ambre LAPLAUD¹

Consultante en sciences sociales
Limoges, France

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>
ambre.laplaud@hotmail.fr

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/3705>

DOI : 10.25965/trahs.3705

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé : Les prisonniers de plus de 50 ans, considérés comme la population âgée en détention, sont de plus en plus nombreux. Le vieillissement de la population carcérale conduit les acteurs du médico-social en milieu pénitentiaire à prendre en charge des détenus de plus en plus âgés et dépendants. Pour garantir le droit à la dignité, les institutions et les professionnels tentent d'adapter leurs pratiques et leur organisation. Par ailleurs, dans les établissements spécialisés pour les personnes âgées dépendantes, ces dernières bénéficient d'un personnel formé qui assure leurs soins. En prison, les détenus dépendants se retrouvent dans des situations très précaires qui accentuent le phénomène du vieillissement. Si la loi ne considère pas que l'âge avancé est incompatible, par principe, avec l'incarcération, il appartient aux autorités françaises de s'assurer d'une prise en charge conforme aux fonctions de la peine et respectueuse des droits fondamentaux des personnes détenues âgées. Quels sont les défis pour l'administration pénitentiaire et nos politiques pénales pour adapter la répression de la délinquance au vieillissement de la population carcérale ? Il appartient au législateur d'élaborer une nouvelle procédure plus complète qu'une simple nouvelle voie de recours, pouvant donner lieu à des contrôles systématiques par le juge - JAP ou JLD en fonction du champ de compétence du magistrat - afin de conférer davantage d'effectivité aux droits des détenus âgés dépendants et de s'assurer de l'adaptation constante des conditions de détention à l'état de santé du détenu.

¹ Dr. en droit de la santé depuis 2019 à l'Université de Limoges, agent contractuel en centre hospitalier dans un pôle de psychiatrie et en hôpital de proximité en 2018/2019 ; actuellement consultante, experte et formatrice indépendante dans le domaine de la recherche en sciences sociales.

Mots clés : autonomie, dignité, droit à l'espoir, aménagement des peines, exécution des peines

Abstract: Prisons are currently facing an increase of their old population, defined as prisoners older than 50. This aging of imprisoned people push medico-social actors in prison to take charge of increasingly older and dependent prisoners. In order to guarantee the right to hope, institutions and professionals try to adapt their practices and their organisation. Moreover, in places specialized into old and dependent people, these persons can be looked after by a appropriate staff. Conversely, dependent prisoners have to live in highly precarious situations, which increases their aging. If law does not consider old age as incompatible in principle with imprisonment, French authorities must ensure that aging prisoners are properly treated, in coherence with penalty sense and respect of fundamental rights. But how far can they go ? What kind of challenge prison system and penal policies have to face to adapt repression of delinquency to aging of imprisoned people ? Lawmakers need to elaborate a new procedure, more complete than another new way to recourse, and which could lead to systematic control by the judge (in France : sentence enforcement judge or judge of liberties and detention) according to the ability of the judicial officer, so as to confer more effectiveness to the rights of old and dependent prisoners and to assure of constant adaptation of prison conditions to the health of these prisoners.

Keywords: autonomy, dignity, right to hope, arrangement of sentences, execution of sentences

La délinquance est un fait qui touche toute la société. La délinquance des seniors est rarement évoquée et encore peu mesurée ; pourtant elle est bien réelle (Hyst ; Cabanel, 2000). Ce que l'on nomme la « délinquance grise » serait donc mésestimée.

Déjà en 2009, Laurence Ubrich mettait en exergue que les causes les plus visibles de la délinquance sont en lien direct avec l'isolement et la paupérisation - certaines personnes âgées préférant la prison plutôt que la pauvreté et la solitude (Ubrich, 2009 :198). La délinquance « en cheveux gris » serait-elle d'abord une « délinquance de survie » ? Dans ce cas, cela interroge l'objectif social de la peine et de la répression pénale.

Il ne sera pas ici question de faire l'analyse sociologique de la délinquance sénile, dont l'augmentation est un fait que les pouvoirs publics ne peuvent ignorer², même si cette démarche de diagnostic sera fondamentale pour le juriste et l'évolution de la règle de droit pour adapter le système pénal à ce public spécifique.

Les politiques publiques relatives aux personnes âgées n'interviennent que ponctuellement sur le volet de la répression et des peines³, laissant aux institutions pénales l'initiative de mettre en oeuvre des mesures volontaristes, afin d'adapter les dispositifs existants aux difficultés liées à la perte d'autonomie des délinquants.

Alors que la dépendance des personnes âgées est devenue un sujet de préoccupation croissante dans la société civile, il est nécessaire de s'interroger sur l'absence de traitement national du problème de la dépendance en prison, « dans un environnement où la vulnérabilité des personnes est pourtant plus aiguë qu'à l'extérieur » (Ollivaux, 2013 : 6) mais, également, hors les murs pénitentiaires, afin de préparer au mieux une sortie de prison adaptée au délinquant âgé.

La dépendance et l'âge ne constituent pas en soi des causes d'incompatibilité avec la détention. Il revient à l'administration pénitentiaire de prendre en charge ces personnes en tenant compte de leur dépendance et de leurs besoins, sous réserve d'appréhender la vieillesse carcérale dans sa globalité. Il s'agira de s'intéresser aux dispositifs existants pour les détenus vieillissants, du statut de l'aidant en milieu carcéral et de rappeler l'enjeu d'une nécessaire conciliation entre des objectifs de sécurité, d'ordre public et de dignité.

Toutefois, après analyse de la qualité de la prise en charge des détenus âgés, il est indispensable de se poser la question de la poursuite de l'incarcération, au regard du sens de la peine et de la prévention des traitements inhumains ou dégradants afin d'opter pour un parcours d'exécution des peines adapté à ce public. En se fondant sur des jurisprudences rigoureuses, la réflexion sera davantage prospective, force de proposition, notamment sur la fonction de la peine au prisme de la personne âgée délinquante, de sa réinsertion dans la société. Seront donc abordés l'adaptation des peines et du milieu carcéral face à ce nouveau public ainsi que l'effectivité des droits fondamentaux et sociaux en prison.

2 Rapport de commission d'enquête n° 449 (1999-2000) de MM. Jean-Jacques HYEST et Guy-Pierre CABANEL, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport), « les détenus âgés : vers la prison-hospices », p. 44, disponible sur <https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4491.pdf> et Rapport d'information n° 682 (2016-2017) , au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues, Antoine Lefèvre, disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r16-682/r16-6821.pdf>

3 Rapport n° 418 (2020-2021) de M. Christophe-André Frassa, fait au nom de la commission des lois, déposé le 3 mars 2021.

Une appréhension globale de la vieillesse délinquante en milieu carcéral

L'adaptation des conditions de détention doit concerner tous les aspects de la prise en charge du sanitaire, au médico-social et jusqu'à la réalisation de l'objet de la sanction pénale : la réinsertion. Une prise en charge adaptée suppose un repérage pertinent des situations et des besoins, à l'arrivée, pendant l'incarcération et à la sortie du délinquant. Malheureusement, ce repérage s'effectue quasi-exclusivement sous le prisme sanitaire. Lorsque des aménagements des conditions de détention sont nécessaires pour prévenir la perte d'autonomie du détenu, c'est toute l'organisation de la vie en détention qui se révèle souvent inadaptée aux besoins des personnes et qui devrait systématiquement faire l'objet de mesures particulières, via des programmes personnalisés.

Le repérage et la gestion de la perte d'autonomie sur son versant sanitaire

Pour mieux repérer la vieillesse carcérale, il convient d'abord de maîtriser son spectre. En fonction de la qualité des interventions des équipes sanitaires et de surveillance, la vieillesse carcérale est souvent appréhendée sous le versant sanitaire. Si cette entrée par le volet sanitaire est privilégiée, même si elle est essentielle, elle n'en reste pas moins réductrice. Et malgré des préconisations médicales, c'est l'aménagement des conditions de détention qui ne se révèle pas suffisamment adapté aux besoins de ces personnes.

La vieillesse carcérale a la même définition que la vieillesse « hors les murs » et s'applique aux personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) écrouées ou hébergées par l'administration pénitentiaire, qui peuvent être détenues à titre provisoire ou en exécution d'une peine privative de liberté. Toutefois, l'âge est accentué en prison (Touraut, Désesquelles, 2015) car il est fonction du contexte et de l'environnement⁴. Les sociologues telles que Caroline Touraut et Aline Désesquelles, évoquent également un « âge relatif » eu égard la prédominance des jeunes en prison⁵. Même si « l'âgisme » a un effet miroir de la pyramide des âges en prison, la vieillesse carcérale englobe les détenus âgés de 50 ans et plus.

Ensuite, l'allongement des peines et la pénalisation croissante de certaines infractions - principalement sexuelles (Lameyre, 2004 : 54 ; Darsonville, 2012 : 31-43)⁶ - font que les auteurs d'infractions sont davantage condamnés, à un âge plus avancé et pour des peines plus longues. Ils conduisent à un vieillissement en milieu carcéral ayant pour corollaire la perte d'autonomie des détenus. Dès lors, les problématiques que pose la vieillesse carcérale ne peuvent être niées. Ce constat représente aujourd'hui un enjeu pour l'administration pénitentiaire.

4 Organisation Mondiale de la santé (2008). Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation : health equity through action on social determinants of health.

5 Caroline Touraut, Aline Désesquelles, La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés », Rapport final, Recherche réalisée avec le GIP, Mission de recherche Droit et Justice et l'Institut National d'Etudes Démographiques, mai 2015.

6 Et v. Loi n° 2018-703 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

Enfin, l'expérience de la prison est une épreuve physique qui accentue le vieillissement⁷. Si elle est liée au vieillissement de leur corps, elle est souvent accentuée par le manque d'adaptation du mobilier et de l'architecture des établissements pénitentiaires. Les services médicaux des unités de soins de consultations de soins ambulatoires (UCSA) pointent aussi les conséquences néfastes de la forte sédentarité en détention et des régimes alimentaires qui ne permettent pas de répondre aux besoins spécifiques des corps âgés⁸. Quant aux liens sociaux en prison, les détenus âgés n'ont souvent pas la volonté de fréquenter d'autres détenus en raison de leurs difficultés à se déplacer, le manque d'activités susceptibles de les intéresser...

Tous ces facteurs participent à l'accentuation de l'isolement en détention. Outre les difficultés à sortir de leur cellule, certains détenus âgés sont soumis à une situation qui pourrait être qualifiée de « sur-incarcération ». Les contrôleurs rencontrent souvent des personnes dont la dépendance ou les difficultés dues à l'âge ne sont pas suffisamment, voire pas du tout, prises en compte⁹. La vie en détention est source de peur et d'angoisse, notamment pour les délinquants âgés auteurs d'infractions sexuelles : confrontation avec une population majoritairement très jeune, isolement pour éviter les cours de promenade qui représentent un espace où elles sont particulièrement vulnérables, désœuvrement du fait de l'inadaptation des activités proposées...

L'administration doit les protéger des risques qu'elles encourent mais elle semble manquer à son devoir en ce qu'elle n'assure pas une prise en charge sécurisante pour les détenus les plus vulnérables. À l'inverse, les mesures de sécurité imposées par l'institution carcérale sont une source d'anxiété particulière. Par exemple, pour les fouilles intégrales, aucune instruction de la direction de l'administration pénitentiaire ne décrit les modalités techniques de leur réalisation sur des personnes détenues handicapées ou âgées. Or, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est régulièrement alerté sur des pratiques ou gestes déplacés¹⁰.

Néanmoins tous les détenus âgés ne vivent pas la prison de la même manière. Leur rapport à l'enfermement dépend aussi de la façon dont la prison s'inscrit dans leur parcours de vie. Les personnes détenues ayant connu de très longues années de détention n'ont pas la même expérience que celles qui sont incarcérées pour la première fois à un âge avancé. On assiste ainsi à un clivage au sein même des *silver* détenus car l'âge est également un facteur de vulnérabilité, en fonction du temps passé en prison. Les nouveaux entrants sont « moins armés » pour faire face au monde carcéral que les âgés qui sont déjà délinquants - soit parce qu'ils sont déjà en milieu carcéral depuis longtemps, soit parce qu'ils sont récidivistes (Lejeune, 2019 : 12).

7 Caroline Touraut, Aline Desesquelles, op.cit.

8 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juin 2015.

9 V. Jean-Marie Delarue, En prison, L'ordre pénitentiaire des choses, Dalloz 2018, p. 403.

10 Avis du CGLPL du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires : « Des directives données par l'administration pénitentiaire doivent venir préciser les gestes à réaliser lors des fouilles concernant les personnes dépendantes et handicapées. Par ailleurs, au sein des établissements, les surveillants chargés de réaliser les fouilles doivent pouvoir s'adresser à une personne référente formée à cet effet, afin de déterminer les gestes appropriés à chaque cas, voire l'opportunité d'une autre mesure ».

Bien entendu, le vieillissement des corps soulève de nombreux enjeux pour l'institution. Les personnels ne sont pas à même de prendre en charge la dépendance. Face à ces difficultés, les professionnels ont le sentiment de ne plus être en capacité d'assurer leurs missions principales, à savoir la sécurité pour les surveillants, les soins pour les personnels médicaux, la lutte contre la récidive pour les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. Cela témoigne ainsi de la complexité à articuler des logiques de punition et d'humanisation.

Suite à la reconnaissance globale de la vulnérabilité des délinquants vieillissants, il résulte pour l'administration de respecter le principe d'aménagement raisonnable. Pour comprendre ce principe, il convient de noter que les détenus ne jouissent pas d'un droit à la santé au sens retenu par l'OMS, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité » (Markus, 2014 : 63). Comme le souligne Manon Lejeune « dès lors, la santé, en tant qu'état de « bien-être » apparaît « clairement inaccessible aux personnes détenues » au regard de la souffrance inhérente à la détention » (2018 : 23).

Mais, elles jouissent d'un droit objectif aux prestations de santé, conformément au droit à la protection de la santé, constitutionnellement garanti. Celui-ci inclut la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé, la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible¹¹. Ce droit, réaffirmé pour les détenus par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009¹², dispose en son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Cependant, la terminologie interroge le juriste car « équivalent » ne signifie pas « égal »... Dès lors, il ressort implicitement que l'accès aux prestations de santé devrait nécessairement être renforcé pour les détenus âgés, au regard de l'accélération de la sénescence provoquée par la détention.

Mais l'équivalence tant en quantité qu'en qualité et continuité n'est pas assurée dans la pratique. Le manque d'accès à certaines médecines de spécialité constitue un obstacle supplémentaire à la qualité de la prise en charge : la présence de spécialistes au sein des unités sanitaires doit être renforcée. Le CGLPL recommande d'utiliser des moyens de contrainte strictement proportionnés au risque présenté par les personnes et permettant le respect de leur dignité lors des extractions médicales¹³ (étant donné que le suivi médical à l'hôpital ne peut se faire que via extraction)¹⁴.

La difficulté en prison résulte donc dans le fait que la morbidité est soignée en fonction de l'offre de soin. L'accès aux soins est une problématique encore plus marquée en prison car il faut s'accommoder des moyens des unités sanitaires, et ce d'autant plus lorsqu'ils ne correspondent pas toujours à ceux que réclame l'état de santé de la population âgée, par manque de spécialistes en gériatrie par exemple (Delarue, 2018 p. 503).

11 En application de l'art. L. 1110-1 CSP

12 Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, article 46.

13 Si la consultation à la prison se révèle impossible, la personne détenue doit être extraite à l'hôpital. Les extractions supposent la disponibilité simultanée d'une escorte pénitentiaire et des services hospitaliers compétents.

14 V. CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juin 2015.

Concernant le repérage de la perte d'autonomie des détenus, celui-ci est variable car il dépend de l'implication du personnel de surveillance qui invoque soit un manque de temps ou alors qui se considère comme incompetent pour le faire (Touraut, Desequelles, 2015 : 219). Il est donc indispensable que des équipes pluriprofessionnelles interviennent régulièrement au sein des prisons.

De plus, les établissements pénitentiaires se doivent d'être aménagés. Des normes de construction sont imposées pour les nouveaux établissements : des cellules adaptées aux personnes en perte d'autonomie sont, la plupart du temps situées au rez-de-chaussée, permettant un accès facile aux locaux communs mais ces ailes sont généralement soumises au régime de détention « strict en porte fermée », qui souvent s'impose, par manque de cellule adaptée, sans prise en compte du comportement du délinquant. Quant aux établissements plus anciens, ils n'étaient pas, à l'origine, conçus pour recevoir les personnes à mobilité réduite. Certains aménagements ont pu être réalisés pour adapter les conditions de détention mais certaines personnes restent néanmoins démunies face aux conditions liées au bâti (étroitesse des encadrements de portes ou portiques, présence de marches, absence d'ascenseur...)¹⁵.

D'après un rapport du CGLP :

Quand ils sont accessibles, les sanitaires sont rarement adaptés. Les détenus âgés se retrouvent même privés d'accès aux différentes activités, services et espaces communs. Dans les quartiers disciplinaires, il n'y a souvent pas d'aménagements pour héberger les personnes dépendantes dans des conditions respectueuses de la dignité. Les personnes dont l'état de santé le requiert doivent être hébergées dans une cellule répondant aux normes PMR et le placement au quartier disciplinaire doit être proscrit, des formules alternatives, telles que le confinement en cellule, sont principalement retenues¹⁶.

Mais jusqu'où est-il judicieux d'adapter la prison ? Ne devrait-on pas également adapter le suivi des détenus vieillissant de façon plus globale ?

La lutte contre la dépendance via un programme personnalisé du détenu vieillissant

La problématique actuelle repose sur la faible portée du projet personnel du détenu âgé et ce d'autant plus que la vacuité du temps en détention ne le permet pas. A juste titre Manon Lejeune note que :

le parcours d'exécution des peines, outil d'une gestion dynamique du temps en détention, est dénué d'objet vis-à-vis des détenus âgés, à plus grande ampleur lorsque ceux-ci sont en perte d'autonomie. Cette vacuité obstrue la possibilité de

15 V. DAP, Bureau PMJ2, Bilan de l'enquête dépendance, 2013.

16 CGLPL, Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires, 22 nov. 2018.

se projeter dans l'avenir et de s'impliquer dans un projet personnel (2019 : 30).

Il conviendrait de proposer un plus large panel d'activités car elles sont souvent inadaptées à un corps vieillissant et aux centres d'intérêts des détenus âgés¹⁷. En prison, le manque de stimulations cognitives est prégnant ce qui accentue les troubles mnésiques.

Les médecins prescrivent parfois des aménagements des lieux de vie des personnes détenues et de leurs moyens de mobilité. Mais ces prescriptions ne sont pas toujours suivies d'effets, ni précédées de visites des locaux par les équipes médicales. L'appréciation des incompatibilités relatives à la vie en détention, par le médecin, doit être réalisée en tenant compte à la fois de l'état de santé et de l'environnement offert. Des visites régulières, en détention, par l'équipe soignante doivent permettre une telle appréciation.

Pour une appréhension plus exhaustive des problématiques de vieillesse carcérale, il conviendrait de développer les projets individuels d'accompagnement global dont la promotion pourrait se fonder sur les objectifs du projet d'établissement¹⁸. Malheureusement, les détenus sont également soumis à une inégalité de traitement en raison de l'hétérogénéité des projets d'établissement et de leur contingence, les axes du projet relevant du pouvoir discrétionnaire du chef d'établissement.

Le législateur pourrait alors envisager de généraliser ces dispositifs. Les politiques publiques devraient alors attribuer davantage de moyens aux centres pénitentiaires afin de faire appel à une équipe médico-sociale qui établirait des bilans personnalisés. Ce bilan pourrait avoir lieu pour les détenus de plus de cinquante ans - et s'ils sont plus âgés, le bilan pourrait avoir lieu dès leur incarcération - et prévoir une périodicité annuelle. Ceci répondrait à des objectifs de prévention de la perte d'autonomie mais aussi rendrait effectif le principe d'aménagement raisonnable, en donnant à l'administration pénitentiaire les orientations correspondant aux besoins du détenu âgé. Une telle mesure obligerait à renforcer des partenariats de qualité entre les centres de détention, les équipes sanitaires et médico-sociales.

Lors de ces interventions régulières, le consentement du détenu devrait nécessairement être recueilli ce qui permettrait également de développer son *empowerment* sur les questions sanitaires et médico-sociales le concernant. Un résumé du bilan - en respectant le secret médical - pourrait être adressé au directeur de l'établissement avec le détail des préconisations à suivre pour que le détenu âgé soit en mesure de bénéficier d'activités ou de suivis lui permettant de prévenir ou de ralentir sa perte d'autonomie.

Chaque année, le bilan répertorierait ce qui a été mis en place pour le détenu âgé mais aussi, mettrait en exergue les manquements de l'administration pénitentiaire pour n'avoir pas pris les mesures adaptées, mesures qui lui étaient préalablement préconisées. De tels bilans seraient ensuite transmissibles au juge de l'application des peines afin que le détenu bénéficie d'un faisceau d'indices pour invoquer un manquement de l'administration dans l'inadaptation des aménagements à son état.

17 Voir sur les conditions de travail, Caroline Touraut (2017). *Vieillir en prison, Epreuves partagées et pluralité des expériences*. N° 35, déc., p. 13, <https://www.ethnographiques.org/2017/Touraut>

18 Avec pour référence l'initiative du projet d'établissement du centre de Bapaume intitulé « bien vieillir en détention ». V. Présentation du projet « Bien vieillir en détention » lors du colloque « Personnes âgées en détention » organisée par la DAP au ministère de la justice, septembre 2016.

Un tel dispositif contraignant, à l’instar des procédures de soins sous contrainte pourrait s’envisager, les détenus jouiraient du droit de « bien-vieillir » de façon plus effective.

Quant à la réalisation du bilan, celui-ci pourrait également permettre de limiter l’inégal accès aux droits sociaux des détenus. En effet, concernant l’octroi des aides sociales aux détenus âgés, une étude démontre que ce public n’est pas toujours un bénéficiaire systématique (Touraut, 2017 : 17-18). Cela dépend du parcours de vie du détenu ainsi que sur la période à laquelle l’incarcération a lieu (soit avant soit après la retraite). Malgré cette hétérogénéité des situations, la question des acquis sociaux à la retraite se pose en matière de financement de ladite retraite - même si cette problématique est à relativiser car elle resterait « atypique et minoritaire » pour cette population pénale. Il faudrait dès lors pouvoir scinder les besoins de la population pénale insérée professionnellement, disposant de ressources, sans addictions, plus cultivées, avec un niveau d’études supérieur à la moyenne des détenus, et ceux qui n’ont pu développer une vie professionnelle.

Ainsi, plus généralement il s’agirait de résoudre le défaut d’uniformité de traitement des détenus face aux acquis sociaux sans pour autant perdre de vue que le processus de vieillissement des détenus âgés, qu’il ait été aggravé par le parcours de vie ou non, est renforcé par la prison (Touraut, 2017 : 21). A défaut de droits sociaux, les détenus devraient bénéficier d’aides matérielles et humaines.

Le délinquant vieillissant peut avoir recours à une aide humaine telle que celle d’un co-détenu ou d’un auxiliaire qui a le statut d’« auxi-PMR »¹⁹ - un des objectifs étant une « resocialisation de l’aidé comme de l’aidant » (Piccoli Picco, 2007 : 20). Pour rappel, un accompagnement humain peut être nécessaire pour certains gestes de la vie quotidienne tels que l’aide au repas, le nettoyage de la cellule, l’aide au déplacement... Les établissements pénitentiaires peuvent solliciter les dispositifs de droit commun mais, en pratique, les personnes détenues concernées sont davantage aidées par un codétenu que par un intervenant extérieur, sachant qu’une part importante des détenus dépendants n’est pas prise en charge.

A l’instar du droit à la protection de la santé, le droit à l’accompagnement des détenus âgés devrait être « équivalent » en détention à celui de l’extérieur. Dès que la situation de dépendance est reconnue, l’assistance par un organisme d’aide à domicile devrait être systématiquement mise en œuvre pour assurer une prise en charge sanitaire effective et des conditions de détention dignes. L’assistance d’un codétenu ne saurait dès lors être considérée comme suffisamment satisfaisante. Mais l’intervention d’organismes extérieurs est souvent empêchée par l’absence de financement résultant d’obstacles procéduraux. Ainsi, pour l’octroi d’une allocation personnalisée d’autonomie reposant sur l’évaluation du niveau d’autonomie du demandeur, une équipe médico-sociale du conseil départemental doit se déplacer à son domicile. Cette visite n’est souvent pas réalisée quand la personne est incarcérée, ce qui empêche le versement de l’allocation.

La carence de ce service médico-social conduit à des retards dans l’octroi des droits sociaux, notamment pour constituer le dossier de demande d’aide personnalisée à l’autonomie (APA)²⁰. Les conséquences sont importantes sur la capacité de

19 Le terme « auxi » est utilisé pour désigner les personnes détenues qui travaillent au sein de la prison pour le service général de l’établissement.

20 Code de l’action sociale et des familles, article L. 232-1 à L. 232-28.

réinsertion (Touraut, Désesquelles, 2015 : 47) car les personnes détenues dépendantes sont - dans les faits - privées de l'assistance à laquelle elles ont droit. L'accessibilité aux droits sociaux, notamment en ce qui concerne la perte d'autonomie, doit être facilitée par la rédaction d'un guide méthodologique à l'intention des professionnels. Par ailleurs, la « feuille de route santé PPSMJ 2019-2022 »²¹ établie par les ministères de la Santé et de la Justice affiche comme objectif de mieux repérer et prendre en charge la dépendance en milieu carcéral. Elle invite aussi à travailler sur le développement des structures d'aval afin de faciliter la préparation de la sortie des détenus âgés.

Quant à l'aide humaine et au suivi, l'intervention de professionnels qualifiés d'aide à la personne demeure marginale²². Pour répondre à ces problématiques, il faudrait davantage de collaboration entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec l'administration pénitentiaire. Mais les associations d'aide à la personne conventionnées et aptes à intervenir en milieu pénitentiaire se font rares. Nombre d'établissements n'ont aucun partenariat dans ce domaine - souvent pour des raisons liées à la sécurité du centre - et ceux qui existent restent souvent lettre morte en raison d'un manque de professionnels habilités. Par exemple, outre la lourdeur des processus administratifs, les structures et personnels d'aide à la personne sont souvent très réfractaires à intervenir en détention²³. De même, les médecins devant se charger de l'évaluation de la dépendance sont peu mobilisés.

A défaut d'une prise en charge pérenne et professionnelle de la perte d'autonomie, des modes de prise en charge plus ou moins informels se sont développés. La loi pénitentiaire de 2009 a ouvert, en son article 50, la possibilité pour une personne détenue dépendante de « désigner un aidant de son choix ». C'est pourquoi le codétenu est souvent sollicité. Se mettent en place des relations « paternalistes » ou « maternantes » entre un détenu âgé et un plus jeune qui sont à double tranchant : soit elles n'ont rien de valorisantes pour les détenus âgés, soit elles renforcent la solidarité et l'entraide intergénérationnelle. Cette pratique fait peser des responsabilités trop importantes sur une personne qui n'y est pas préparée et ne peut en aucune manière conduire à une prise en charge de qualité. Les risques d'abus sont bien présents ainsi que la responsabilité croissante confiée au détenu aidant « au regard des gestes techniques et toujours intimes qu'il lui est demandé d'accomplir » (Olliveaux, 2014 : 28). Toutefois les risques pourraient être en partie amoindris avec la professionnalisation et la rémunération de l'aidant.

Ainsi la vieillesse carcérale est vue sous le prisme de la santé avec un constat assez affligeant en ce que le droit commun n'offre pas les moyens à l'administration pénitentiaire d'assurer une prise en charge digne des détenus âgés - bien plus que les simples prises en charges médicales, sanitaires, les difficultés physiques ou mentales - ni d'accomplir sa mission de réinsertion.

21 http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/2019.07.02%20-%20DP_Feuille%20de%20Route_PPSMJ%20-%20DICOM.pdf

22 Enquête réalisée en 2013 par la DAP et CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juin 2015.

23 Exemple du centre de détention de Bapaume, rapport de visite du CGLPL, mars 2018.

Vers un parcours d'exécution des peines adapté au délinquant vieillissant

La France a fait le choix de ne pas instaurer de limite d'âge pour incarcérer une personne. La question se pose donc plutôt du sens du maintien des détenus vieillissants dans les établissements pénitentiaires. Par ailleurs, la préparation à la sortie s'envisage plus difficilement et en des termes spécifiques pour les détenus âgés car ils ne construiront pas un projet de sortie qui reposera sur une activité professionnelle, à l'instar des détenus de moins de cinquante ans. Pour permettre aux détenus âgés de construire ce projet de sortie, il faudrait aussi construire un parcours d'exécution des peines adapté à la vacuité du temps en détention. Sans outils règlementaires, il revient alors à la doctrine, aux avocats et aux institutions de faire preuve d'imagination pour proposer des procédures/dispositifs innovants pour répondre au défi du vieillissement en prison et l'étendre ensuite hors les murs.

L'absence de régime spécifique d'application des peines lié à l'âge du délinquant

A défaut de régime spécifique d'application des peines lié à l'âge du délinquant, les détenus âgés peuvent recourir à différents dispositifs permettant la sortie anticipée de détention tels que les aménagements de peine pour motif médical et les suspensions de peine - la législation ayant déjà évolué favorablement en ce sens²⁴. Cependant, pour une meilleure efficacité, leur invocation devrait être facilitée.

Les justifications aux aménagements classiques²⁵ ou aux suspensions de peines en lien avec le grand âge sont principalement l'état de santé ou la « nécessité de suivre un traitement médical », mais ces mesures sont parfois conditionnées à une durée minimum de peine ou de son reliquat²⁶. Par exemple, une suspension de peine peut être accordée à toute personne détenue quand son pronostic vital est engagé ou que son état de santé est durablement incompatible avec la détention, sans considération liée à l'âge du détenu²⁷. Un aménagement de peine peut donc être envisagé pour un détenu présentant une ou plusieurs pathologies liées au grand-âge nécessitant des soins et une prise en charge importante, « ses traitements médicaux étant plus simples à mettre en place à l'extérieur que dans un établissement pénitentiaire » (Ministère de la Justice et ministère de la Solidarité et de la Santé, 2018 : 14). Malgré l'existence de ces dispositifs spécifiques, les aménagements de peines sont plus difficilement accessibles aux personnes dépendantes qu'aux autres.

De nombreuses personnes ne sont pas en mesure de faire seules les démarches nécessaires. L'information et la formation sur les procédures de suspension et d'aménagement de peine pour raison médicale nécessitent d'être améliorées et un repérage systématique des personnes susceptibles d'en bénéficier doit être mis en place, d'où l'intérêt de penser au plan global personnalisé annuel, précédemment proposé.

24 La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 crée une procédure d'urgence ; la loi du 15 août 2014 simplifie la procédure ordinaire et étend la procédure d'urgence, tandis que la loi du 23 mars 2019 abaisse le seuil de la libération conditionnelle, pour raison médicale.

25 Placement à l'extérieur, semi-liberté, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle.

26 v. art. 720-1 ; 723-1et 723-7 du Code de procédure pénale.

27 art. 720-1-1 Code de procédure pénale.

Pour comprendre le faible recours à ces dispositifs, il faut se référer à la pratique. Dans les faits, la suspension de peine est le plus souvent décidée au bénéfice de personnes en fin de vie et rarement au motif de l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec ses conditions de détention. Cela s'explique essentiellement par les conditions de réalisation des expertises - les juges devant apprécier *in concreto*, l'incompatibilité avec le maintien en détention « ordinaire ». Encore faut-il pouvoir attester de cette incompatibilité dans la mesure où les médecins experts se déplacent rarement en détention pour y rencontrer la personne dans son environnement (Rio, 2018 : Annexe 9).

Par ailleurs, il est fondamental de s'arrêter sur la notion de « détention ordinaire ». Les experts et les magistrats doivent être sensibilisés au fait que les unités comme les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et ou l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) ne peuvent être systématiquement des alternatives à la suspension de peine pour raison médicale. En effet, un détenu ne peut y être hospitalisé de façon pérenne car ces unités et établissements n'ont pas vocation à permettre le maintien en détention de personnes qui remplissent les critères d'une suspension de peine.

Enfin, la recherche d'un hébergement adapté à la sortie de détention est complexe et constitue un obstacle majeur à l'octroi d'un aménagement ou d'une suspension de peine. Comment trouver un logement quand les liens familiaux ont été rompus, que la personne est trop âgée pour des structures de réinsertion, trop jeune pour intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD et en trop mauvaise santé pour être dans un logement privé ? Les établissements de santé ou médico-sociaux sont souvent réticents à accueillir des personnes sortant de prison. Même si une action interministérielle est engagée pour favoriser l'hébergement des personnes âgées ou dépendantes à leur sortie de détention, l'accessibilité aux dispositifs de droit commun est loin d'être effective.

L'incompatibilité avec la détention ne doit pas être appréciée uniquement au regard de l'état de santé de la personne concernée ; elle l'est aussi au regard de ses besoins et des réponses possibles en termes d'accompagnement, d'accessibilité et, le cas échéant, de sa capacité à percevoir le sens de la peine pendant son incarcération.

Dans la lignée de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009²⁸, la loi du 15 août 2014 a clarifié, dans un nouvel article 130-1 du Code pénal les fonctions de sanction et de réinsertion de la peine. Celles-ci permettant, dans une finalité longue, de protéger la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social. Selon Sandrine Zientara-Logeay²⁹, cette loi

a (...) innové en distinguant une définition de la peine lors de son prononcé, celle de l'article susvisé et une définition lors de son exécution, celle de l'article 707 du Code de procédure pénale, axée sur la réinsertion et dont la dimension afflictive ou rétributive est absente (Zientara-Logeay, 2018).

Or, concernant l'objectif de réinsertion des détenus, celui-ci n'a qu'une faible effectivité pour la même raison tenant en des aménagements de peines inadaptés à l'avancée en âge. En effet, plus un détenu est âgé, plus son état de santé est dégradé

28 La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 vise "l'insertion ou la réinsertion" comme l'une des missions essentielles du service public pénitentiaire.

29 Directrice de la Mission de recherche Droit et Justice. Éditorial - Entre le juste et l'efficace, la peine en quête de sens, 2018, disponible sur <https://mrdj.hypotheses.org/1336>

et plus sa peine est longue, moins il est aisé de le réinsérer à la sortie de prison. Cette difficile préparation à la sortie s'illustre dès la détention, par l'inadéquation du détenu âgé aux mesures d'individualisation de la peine. Là également il faudrait changer de paradigme car l'idéologie demeure une réinsertion via une « vieillesse active et pro-sociale », donc une réinsertion envisagée sous un versant professionnalisant, non adapté aux détenus âgés.

L'article 721-1 du Code de procédure pénale pose les conditions pour bénéficier d'une réduction supplémentaire de peine. Celle-ci :

peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en s'investissant dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul, ou en participant à des activités culturelles, et notamment de lecture, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes .

Autrement dit le juge d'application des peines (JAP) fonde son jugement suite à l'avis de la commission d'application des peines sur trois domaines : les activités, les soins et l'indemnisation des victimes.

Les aménagements de peines juridictionnels sont conditionnés par l'existence de projet de sortie fondés sur le travail et l'hébergement. Or ce principe est privé d'effectivité pour les détenus âgés (Lejeune, 2019 : 34) ainsi que pour la liberté conditionnelle (Herzog-Evans, 2016 : 1522). Concernant l'interruption de la détention incompatible avec l'âge ou l'état de santé du détenu, dans la pratique les juges abandonnent les exigences d'efforts et de projet de réinsertion des détenus.

Afin de trouver un équilibre dans l'usage des procédures d'aménagement de peine pour les détenus vieillissants, il conviendrait de faire davantage concilier la temporalité judiciaire et médico-sociale. Malheureusement, le faible recours à ces procédures met en exergue l'impuissance de nos institutions, voire une carence de l'Etat dans le fait de ne pas assurer une mission de réinsertion des détenus. Seule l'essence punitive de la peine persiste et témoigne ainsi de la complexité à articuler des logiques de punition et d'humanisation.

Il faudrait saisir l'opportunité de débattre sur la légitimité ou non à développer des mesures d'aménagement de peine pour les plus âgés, voire de créer un régime spécifique aux détenus vieillissants et plus largement aux délinquants âgés. Mais l'âge justifierait-il une différence de traitement entre les justiciables ? On peut se demander si les bouleversements devraient intervenir au niveau des conditions de détention ou s'il serait plutôt attendu qu'ils se produisent au niveau des politiques pénales.

Innover pour bien-vieillir et bien-punir

Quel que soit l'âge, si la personne a commis une infraction, il est normal qu'elle encoure une peine. Lorsque l'infraction est grave, la prison reste la peine de référence. Souvent elle se justifie pour les victimes et leur travail personnel de reconstruction. Cependant, il n'est rarement envisagé d'autres réponses judiciaires adaptées à l'âge du délinquant. De plus, quelle que soit l'infraction commise, toute personne a droit à un traitement digne en prison, a fortiori les personnes âgées « primo délinquantes ». Par conséquent, le respect de la dignité des détenus pose de

façon générale la question du maintien en détention de personnes malades. Une première recommandation serait de mettre fin à des conditions indignes de détention en assurant un droit d'accès aux soins et en permettant de bénéficier d'une assistance personnelle dont les détenus âgés dépendants ont besoin. Suite à une condamnation de la France en 2020 par la Cour européenne des Droits de l'Homme pour la violation des articles 3 et 13 de la Convention EDH, la Cour recommande à la France d'adopter des mesures générales allant dans le sens de la satisfaction de trois objectifs : supprimer le surpeuplement dans les établissements pénitentiaires, améliorer les conditions de détention, établir un recours effectif³⁰.

En ce qui concerne l'instauration d'un recours contre les conditions de détention indignes, il appartient au législateur de veiller à ce que tout le monde bénéficie « de l'exercice de recours assurant la garantie de ces droits et libertés »³¹. Or, à l'heure actuelle, il n'existe aucune voie de recours effective ; les articles 707, 720-1, 720-1-1, 723-1, 723-7 et 729 du code de procédure pénale n'offrant pas aux personnes détenues la possibilité de faire un recours effectif qui permette de mettre fin à une atteinte disproportionnée aux libertés fondamentales que la constitution garantit ; en l'occurrence : la dignité humaine et le droit à ne pas subir de traitements inhumains. Dès lors, il appartient au législateur, en application de l'article 34 de la Constitution, compétent pour fixer les règles concernant le droit pénal et la procédure pénale, de déterminer les conditions et les modalités d'exécution des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne³².

Pour ce qui est de l'amélioration des conditions de détention, s'il n'apparaît pas judiciaire pour le législateur de mettre un critère d'âge - car l'âge avancé ne justifie pas en lui-même la soumission à un régime de détention spécifique -, il serait préférable de prévoir des règles de police intérieure qui soient spécifiques en s'inspirant des mineurs³³ ou des femmes enceintes.

Pour assurer le respect de la dignité des détenus, il est intéressant de se référer aux soins psychiatriques prodigués aux détenus. Cette thématique est riche d'enseignements, elle serait une source d'inspiration pour le législateur dans l'élaboration de politiques publiques pour les délinquants vieillissants sur deux volets : le premier relatif à la régularité de la détention, le second au droit au recours effectif. Il ne s'agira toutefois pas de considérer les détenus âgés comme des patients en psychiatrie mais de s'inspirer des décisions de la Cour EDH. En effet, l'interprétation donnée par la Cour EDH sur les procédures appliquées dans le domaine de la psychiatrie pourrait servir de point de départ pour une transposition en faveur des détenus âgés.

30 CEDH 30 janv. 2020, J.M.B. et autres c. France, n° 9671/15 et 31 autres

31 Cons. const. 13 août 1993, décis. n° 93-325 DC, § 3, D. 1994. 111, obs. D. Maillard Desgrées du Loû ; Dr. soc. 1994. 69, étude J.-J. Dupeyroux et X. Prétot ; RFDA 1993. 871, note B. Genevois ; Rev. crit. DIP 1993. 597 ; ibid. 1994. 1, étude D. Turpin

32 Cons. const. 19 nov. 2009, décis. n° 2009-593 DC, Dalloz actualité, 24 nov. 2009, obs. S. Lavric ; AJDA 2009. 2199 ; ibid. 2425, tribune P. Wachsmann ; D. 2009. 2797, obs. S. Lavric ; ibid. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2010. 34 ; RSC 2010. 217, obs. B. de Lamy.

33 Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante

Ainsi, la Cour EDH a dessiné les concours d'un « droit à l'espoir » s'appuyant sur les articles 3 et 5 de la CEDH³⁴. L'arrêt du 31 janvier 2019 de la Cour européenne des droits de l'homme est original en ce que la Cour se prononce, jusqu'à un certain point, sur la qualité de la prise en charge du patient et donne également une idée des limites de l'inclusion de la Convention internationale relative aux personnes dépendantes dans sa jurisprudence³⁵.

La CEDH a rendu une décision très intéressante en matière d'hospitalisation sous contrainte, considérant que les articles 3 et 5§1 de la Convention ont été violés, en se déclarant compétente pour statuer dans une certaine limite sur la qualité de la prise en charge psychiatrique du patient/détenu et non pas seulement sur la légalité de la mesure. Dans cette décision, la CEDH rappelle que les autorités ont l'obligation d'intégrer le patient, autant que faire se peut, dans un parcours médical individualisé, susceptible d'améliorer son état de santé et d'offrir au patient l'espoir d'une future libération. L'article 5§1 de la Convention n'interdit donc pas la détention fondée sur l'incapacité du détenu. La détention doit être fondée sur une fonction de protection sociale et thérapeutique et l'établissement d'accueil du délinquant doit être adapté et « approprié » tant à son état de santé, qu'à un objectif de sécurité. Si le rôle de la Cour est de vérifier l'existence d'un parcours individualisé, il ne lui appartient pas d'analyser le contenu des soins proposés et administrés. Les Etats bénéficient donc d'une marge de manœuvre pour le choix de la forme et du contenu de la prise en charge. Les exigences en la matière s'apparentent cependant à une obligation de moyens et non de résultats³⁶.

Quelques années après l'arrêt pilote W.D. du 6 septembre 2016³⁷, la CEDH s'est prononcée de nouveau sur les conditions de détention en cas de troubles mentaux et de recours effectifs³⁸. La Cour conclut à la violation de l'article 5, § 1, combiné avec l'article 3 en raison de l'internement de détenus atteints de troubles mentaux dans des établissements pénitentiaires ordinaires, sans le bénéfice de soins appropriés. En outre, les recours existants sont jugés pour partie inefficaces.

Maintenus pendant plusieurs années dans les ailes psychiatriques de prisons ordinaires sans avoir bénéficié de soins appropriés à leur état de santé, les cinq requérants soulevaient plusieurs griefs en lien avec l'article 3 de la Convention qui prohibe les mauvais traitements. Ils invoquaient d'abord une violation de l'article 5, § 1, de la Convention combiné avec l'article 3 et dénonçaient l'irrégularité de leur privation de liberté. Sur le terrain des articles 5, § 4 et 13 combinés avec l'article 3, il se plaignaient également de ne pas avoir bénéficié d'un recours effectif pour faire évoluer leur situation.

34 V. déjà en ce sens, cités par la Cour, CEDH 2 juin 2005, Claes et a. c/ Belgique, nos 46825/99 et 5 autres, § 100, AJDA 2006. 466, chron. J.-F. Flauss ; 9 janv. 2014, Lankester c/ Belgique, no 22283/10, § 68 ; 6 sept. 2016, W.D. c/ Belgique, préc., § 114 ; sur la protection offerte par l'article 3 aux détenus atteints de troubles psychiatriques, V. Rép. pén., vo Prison : normes européennes, par J.-P. Céré, no 32.

35 CEDH, gr. ch., 31 janv. 2019, Rooman c/ Belgique, n° 18052/11 : D. 2019. 524, note K. Sferlazzo-Boubli.

36 *ibid.* §211

37 CEDH, 6 sept. 2016, no 73548/13, AJ pénal 2017. 48, obs. C. Saas.

38 CEDH 6 avr. 2021, Venken et autres c/ Belgique, n° 46130/14 et 4 autres.

Sur le fond, la Cour conclut facilement à une violation des articles 5, § 1 et 3, estimant que leur maintien pendant plusieurs années en aile psychiatrique, sans encadrement médical approprié et sans espoir réaliste d'un changement, a non seulement

eut pour effet de rompre le lien entre le motif de leur détention et le lieu et les conditions dans lesquelles la détention a eu lieu » mais « a également constitué une épreuve particulièrement pénible les ayant soumis à une détresse d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérente à la détention³⁹.

Ne devrait-on pas tirer les enseignements de ces jurisprudences et les transposer aux détenus âgés ? Par analogie, une détention qui se ferait dans un environnement inadapté et inapproprié à la prise en charge des pathologies liées à la vieillesse constituerait une atteinte au « droit à l'espoir » de voir sa situation s'améliorer, un traitement inhumain ou dégradant. Dans cette hypothèse, le contrôle régulier des conditions de détention via le programme personnalisé annuel serait, au moins, l'occasion pour les détenus âgés qu'un juge soit le garant national de ce « droit à l'espoir ».

En lien avec les conditions de détention « indigne », c'est plus largement la question de la surpopulation carcérale qui dégrade les conditions des détenus les plus vulnérables⁴⁰. Ainsi l'agrandissement du parc pénitentiaire est une solution illusoire et temporaire. Une autre solution a été de créer des unités spécialisées dans certaines prisons pour accueillir et prendre en charge des personnes détenues âgées ou présentant des pathologies invalidantes⁴¹. Transférés depuis d'autres établissements de la région, ces détenus bénéficient de conditions matérielles qui tentent de répondre à leurs besoins spécifiques.

La création d'unités aménagées, qui présentent parfois les caractéristiques d'un établissement médico-social, ne répond pas pleinement à la problématique du maintien en détention de personnes qui n'y ont plus leur place. En effet, elles contribuent à instituer une réclusion supplémentaire dans un lieu déjà caractérisé par l'enfermement. Le transfert des détenus est une décision lourde de conséquences, au regard notamment du risque d'éloignement familial et de stigmatisation, conduisant à une mise à l'écart supplémentaire. Ces dispositifs présentent un intérêt de mutualisation des services mais ils éloignent les détenus de leur « pairs » et du maintien des liens familiaux, outil clé de la réinsertion⁴², notamment pour les détenus âgés. En effet, l'article 35 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 indique que le maintien des liens familiaux s'exerce par un droit de visite ou par des permissions de sortie. Or, celles-ci ne sont réalisables que si la famille se situe à proximité de l'établissement pénitentiaire. Ces établissements spécialisés dans la prise en charge des détenus âgés, par essence limités,

39 Ibid § 169

40 CGLPL, Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale, Rapport thématique, 2018 : « La surpopulation carcérale porte atteinte à l'ensemble des droits fondamentaux et dénature le sens de la peine privative de liberté ».

41 CGLPL, Vérifications sur place relative à l'« unité de soutien et d'autonomie » mise en place au sein du centre de détention de Bédénac, 16 et 17 juillet 2018.

42 Article D. 460 du code de procédure pénale énonce que le SPIP favorise « le maintien des liens sociaux et familiaux » des détenus.

œuvreraient donc à l'encontre de cette volonté de maintenir les liens familiaux pendant la détention afin de préparer une sortie intégrée dans un cadre familial.

Le centre de détention de Bénédac⁴³ où une « unité de soutien et d'autonomie » a été créée en 2013 montre que cette solution est l'opposée d'une panacée. Le contrôle mené par le CGLPL est édifiant en termes de violation des droits fondamentaux des détenus⁴⁴. Des recommandations sont formulées en urgence en avril 2021 car les conditions de vie des détenus âgés, malades, parfois handicapés violent leurs droits fondamentaux à la santé et la sécurité. Huit ans après l'ouverture de l'unité, les services de la CGLPL ont pu constater que les prises en charge, pénitentiaire et sanitaire, des personnes qui y sont incarcérées « ne sont adaptées ni aux besoins concrets des personnes détenues, ni à l'évolution de leur état de santé ». En cause, notamment, le transfert de détenus en perte d'autonomie depuis toute la France au cours des deux dernières années. Le rapport témoigne des atteintes à la dignité et du non-respect du droit à la santé et à la sécurité que les contrôleurs ont constatés, constituant un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Les défis sont nombreux pour l'administration pénitentiaire et des questions restent en suspens : faut-il ou non séparer les plus âgés du reste de la détention ? Faut-il créer des ailes spécifiques ou des structures *ad hoc* entre la prison et la maison de retraite ? Faut-il privilégier des mesures alternatives à l'incarcération pour les détenus âgés ? Comment innover en milieu ouvert sans risque pour la société ? Faut-il créer une filière santé/gériatrie/judiciaire ? Et si la réponse était simplement une obligation pour les pouvoirs publics - principalement pénitentiaires -, sous contrôle du juge, de mettre en oeuvre un accompagnement médico-social et judiciaire régulier et de qualité pour que chaque situation ait une réponse qui lui soit propre ?

Conclusion

Les images sociales de la vieillesse, associées à une forte vulnérabilité et celles des détenus, perçus sous le spectre de la dangerosité, peinent à s'articuler. Les personnes détenues âgées suscitent alors autant la méfiance que la compassion.

L'administration pénitentiaire ne peut répondre seule à ces défis. Il est nécessaire que les organismes de droit commun se mobilisent et s'engagent activement auprès du public écroué et des sortants de prison. Mais il y a encore de fortes réticences à considérer les détenus comme relevant de leur champ de compétence. Le développement de modalités de prise en charge de la vieillesse pourrait limiter le recours à des suspensions de peine, qui peuvent parfois apparaître plus respectueuses de la dignité des personnes.

La prise en charge de la perte d'autonomie est au coeur des débats relatifs aux capacités d'évolution des institutions carcérales. On peut se demander si les bouleversements devraient intervenir au niveau des conditions de détention ou si l'on attend plutôt qu'ils se produisent au niveau des politiques pénales. Ces dernières pourraient encourager des mesures alternatives à l'incarcération et/ou des aménagements de peine au regard de l'âge et/ou de l'état de santé des personnes.

43 CGLPL, Vérifications sur place relative à l'« unité de soutien et d'autonomie » mise en place au sein du centre de détention de Bénédac, 16 et 17 juillet 2018.

44 CGLPL, Recommandations en urgence du 16 avril 2021 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre de détention de Bénédac (Charente-Maritime), JO 18 mai 2021, disponible sur https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/05/joe_20210518_0114_0047.pdf

Ces problématiques relèvent de choix de société et il conviendrait d'engager une réflexion collective sur la question fondamentale de la place de ces personnes en prison et des frontières morales qu'il convient de définir en matière de droit de punir.

L'évolution de notre politique pénale pour rendre effectif l'ajustement de la peine est une exigence constitutionnelle. Si le législateur tarde à répondre à la problématique du vieillissement de la délinquance, les juges nationaux et européens pourraient aller jusqu'à enjoindre le gouvernement et les administrations pénitentiaires pour qu'ils prennent des mesures visant à traiter tous les délinquants en perte d'autonomie avec humanité et dignité.

Il est temps de reconnaître une responsabilité collective dans le parcours de vie - et de délinquance - des individus vieillissants. Les politiques publiques relatives aux personnes âgées se doivent d'être des politiques inclusives et intégrer les réformes de la justice pénale, parce que « bien-être », « bien-vieillir » implique aussi « bien punir ».

Références

- Darsonville A. (2012), Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles, Archives de politique criminelle, p. 31 à 43
- Delarue J.-M. (2018), En prison, L'ordre pénitentiaire des choses, Dalloz p. 403
- Herzog-Evans M. (2016), Libération conditionnelle, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz.
- Lameyre, X. (2004), La préhension pénale des auteurs d'infractions sexuelles, AJ Pénal, p. 54,
- Lejeune M. (2019), Vieillesse carcérale : la prise en compte de l'âge avancé dans l'exécution des peines privatives de liberté, Mémoire dirigé par Mari Goicoechea. - Pau : Université de Pau et des Pays de l'Adour ; Bordeaux : Université de Bordeaux ; Agen : ENAP, disponible sur http://www.enap.justice.fr/sites/default/files/memoire_master2_lejeune.pdf
- Markus J.-P., (2014) « Le conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins, Note sous Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, Résolution n° 1946, 2013 », RDSS, p. 63
- Ollivaux J. (2013), La dépendance des personnes détenues, Mémoire : 42ème promotion de DSP : ENAP
- Piccoli Picco I. (2007), La prise en considération par le CPIP de l'état de dépendance du détenu dans les gestes de la vie quotidienne, Mémoire, ENAP, p. 20.
- Rio A.-V. (2018), Mourir hors les murs. La difficile mise en œuvre de la suspension de peine pour raison médicale, Mémoire ENAP, Promotion Simone Weil, Annexe 9, Entretien avec Maître Noël, avocat au barreau de Rouen, le 04/06/2018
- Touraut C. (2017), Vieillir en prison, Epreuves partagées et pluralité des expériences. N° 35, déc., p. 13, <https://www.ethnographiques.org/2017/Touraut>
- Touraut C. Désesquelles A., (2015), La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »,

Rapport final, Recherche réalisée avec le GIP, Mission de recherche Droit et Justice et l'Institut National d'Etudes Démographiques.

Ubrich L. (2009), Les papys flingueurs, La France vieillit, la délinquance aussi, éd. Les Peregrines

Zientara-Logeay S. (2018), Entre le juste et l'efficace, la peine en quête de sens, disponible sur <https://mrdj.hypotheses.org/1336>

Rapports :

CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juin 2015

CGLPL, Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires, 22 nov. 2018.

CGLPL, Vérifications sur place relative à l' « unité de soutien et d'autonomie » mise en place au sein du centre de détention de Bédenac, 16 et 17 juillet 2018

CGLPL, Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale, Rapport thématique, 2018 : « La surpopulation carcérale porte atteinte à l'ensemble des droits fondamentaux et dénature le sens de la peine privative de liberté »

CGLPL, Recommandations en urgence du 16 avril 2021 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre de détention de Bédenac (Charente-Maritime), JO 18 mai 2021, disponible sur https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/05/joe_20210518_0114_0047.pdf

Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation : health equity through action on social determinants of health, Organisation Mondiale de la santé, 2008.

DAP, Bureau PMJ2, Bilan de l'enquête dépendance, 2013

Frassa C.-A., Rapport n° 418 (2020-2021), fait au nom de la commission des lois, déposé le 3 mars 2021

Hyeat J.-J., Cabanel G.-P., (1999-2000) Rapport de commission d'enquête n° 449, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport), « les détenus âgés : vers la prison-hospices », p. 44, disponible sur <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-4491.pdf>

Lefèvre A. (2016-2017), Rapport d'information n° 682, au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues, disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r16-682/r16-6821.pdf>

Ministère de la Justice et ministère de la Solidarité et de la Santé, Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, juillet 2018, p. 14.

Jurisprudences

CEDH 2 juin 2005, Claes et a. c/ Belgique, nos 46825/99 et 5 autres, § 100, AJDA 2006. 466, chron. J.-F. Flauss ; 9 janv. 2014, Lankester c/ Belgique, no 22283/10, § 68 ; 6 sept. 2016, W.D. c/ Belgique, préc., § 114 ; sur la protection offerte par l'article 3 aux détenus atteints de troubles

psychiatriques, V. Rép. pén., vo Prison : normes européennes, par J.-P. Céré,
no 32

CEDH, gr. ch., 31 janv. 2019, Rooman c/ Belgique, n° 18052/11 : D. 2019. 524, note
K. Sferlazzo-Boubli

CEDH, 6 sept. 2016, no 73548/13, AJ pénal 2017. 48, obs. C. Saas

CEDH 30 janv. 2020, J.M.B. et autres c. France, n° 9671/15 et 31 autres

CEDH 6 avr. 2021, Venken et autres c/ Belgique, n° 46130/14 et 4 autres

Cons. const. 13 août 1993, décis. n° 93-325 DC, § 3, D. 1994. 111, obs. D. Maillard
Desgrées du Loû ; Dr. soc. 1994. 69, étude J.-J. Dupeyroux et X. Prétot ;
RFDA 1993. 871, note B. Genevois ; Rev. crit. DIP 1993. 597 ; ibid. 1994. 1,
étude D. Turpin

Cons. const. 19 nov. 2009, décis. n° 2009-593 DC, Dalloz actualité, 24 nov. 2009,
obs. S. Lavric ; AJDA 2009. 2199 ; ibid. 2425, tribune P. Wachsmann ; D.
2009. 2797, obs. S. Lavric ; ibid. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ;
RFDA 2010. 34 ; RSC 2010. 217, obs. B. de Lamy.