



Université de Rennes 1

Faculté de droit et de science politique

École des hautes études en santé publique

Master 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des établissements et services sociaux et médico-sociaux »

DROIT ET PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGÉE EN DÉTENTION

Bruno JENNER

Septembre 2022

Sous la direction de Madame Gaëlle CHESNAIS, enseignante experte à l'École des hautes études en santé publique.

Membres du jury :

- Madame Gaëlle CHESNAIS, enseignante experte à l'École des hautes études en santé publique, directrice de mémoire.
- Monsieur François LEBORGNE, maître de conférences à la Faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes 1.

La Faculté de droit et de science politique de Rennes 1 et l'École des hautes études en santé publique n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à leur auteur.



Université de Rennes 1

Faculté de droit et de science politique

École des hautes études en santé publique

Master 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des établissements et services sociaux et médico-sociaux »

DROIT ET PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGÉE EN DÉTENTION

Bruno JENNER

Septembre 2022

Sous la direction de Madame Gaëlle CHESNAIS, enseignante experte à l'École des hautes études en santé publique.

Membres du jury :

- Madame Gaëlle CHESNAIS, enseignante experte à l'École des hautes études en santé publique, directrice de mémoire.
- Monsieur François LEBORGNE, maître de conférences à la Faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes 1.

Remerciements

L'élaboration de ce mémoire fut pour moi l'occasion d'explorer des sujets qui me passionnent. C'est pourquoi, je remercie Madame Gaëlle Chesnais pour m'avoir supervisé dans mes recherches et pour m'avoir accordé sa disponibilité. Je lui suis sincèrement reconnaissant pour son accompagnement bienveillant durant ma réflexion.

Ce travail m'a permis de rencontrer des personnes dont l'engagement auprès des personnes détenues m'inspire. Je tiens à remercier les professionnels de l'Établissement public de santé national de Fresnes, notamment Monsieur Sébastien Kraüth, directeur hospitalier, pour m'avoir permis d'y accomplir le stage qui m'a amené à choisir ce sujet de mémoire. Je souhaite également vivement remercier le docteur Anne Dulioust et le docteur Ali Khelout pour m'avoir offert de leur temps afin de répondre à mes questions sur les conditions de détention des personnes âgées.

Je remercie aussi Madame Isabelle Paquelier Bartuel, directrice de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « les Chemins de Cuisel », pour nos échanges et pour m'avoir permis de visiter son établissement, notamment dédié à l'accueil de personnes en aménagement de peine.

Enfin, je souhaite exprimer toute ma gratitude à l'égard des personnes qui m'ont accompagné durant ma réflexion et la rédaction du présent mémoire.

Sommaire

Introduction

Partie 1 : L'insuffisance du cadre juridique de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées en détention

Chapitre 1 : Les limites à la garantie d'une aide appropriée à la personne en perte d'autonomie dans le contexte de la détention

Chapitre 2 : L'effectivité relative d'une prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie en détention

Partie 2 : L'opportunité d'une autre réponse pénitentiaire et médico-sociale à la perte d'autonomie en détention

Chapitre 1 : La nécessité de repenser le cadre procédural pour garantir le respect de la dignité de la personne en perte d'autonomie

Chapitre 2 : La possibilité d'une articulation renouvelée entre droit pénitentiaire et médico-social

Conclusion

Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources.

APA : Allocation personnalisée d'autonomie.

CASF : Code de l'action sociale et des familles.

Cass, crim. : Cour de cassation, chambre criminelle.

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme.

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme.

CPP : Code de procédure pénale.

CSP : Code de la santé publique.

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

EPSNF : Établissement public de santé national de Fresnes.

GIR : Groupe iso-ressource.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PCH : Prestation de compensation du handicap.

PMR : Personne à mobilité réduite.

PPSMJ : Personne placée sous-main de justice.

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.

SMPR : Service médico-psychologique régional.

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et probation.

SPRM : Suspension de peine pour raison médicale.

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée.

UHSI : Unité hospitalière sécurisée régionale.

USMP : Unité de soins en milieu pénitentiaire.

INTRODUCTION

« L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante »¹. Cet extrait du rapport Laroque de 1962 fixe comme objectif pour le droit d'assurer la place des personnes âgées parmi les autres générations dans la société. Ce rapport marque le « coup d'envoi de la politique de maintien à domicile »², par rapport à la mise en institution qui s'était imposée pour les « vieillards infirmes ». Cette politique correspond donc à offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie le libre-choix de leur hébergement et des modalités de leur accompagnement.

Les difficultés, que rencontre cette politique encore aujourd'hui, reposent notamment sur le flou des contours de la population âgée en perte d'autonomie. En effet, elle est caractérisée par un isolement fréquent des individus et donc une invisibilité persistante dans le débat public³. Pourtant, citant l'avant-propos du rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie, « en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit trois millions de plus qu'aujourd'hui et, en 2070, les plus de 75 ans pourraient représenter près de 18 % d'une population de 76 millions d'habitants ».

La perte d'autonomie en prison est une réalité pour un nombre encore plus rapidement croissant de personnes âgées du fait de l'état de santé, du handicap ou du fait tout simplement des conditions d'incarcération elles-mêmes. En outre, la population détenue vieillissante est encore plus invisibilisée par l'enceinte pénitentiaire, que Johanna Bedeau, anthropologue et documentariste, tente de nous faire découvrir dans le court métrage « Vieillir à l'ombre »⁴.

Rapprocher la perte d'autonomie et le régime de la détention nécessite, tout d'abord, de bien définir ces deux notions avant d'énoncer notre problématique.

¹ Haut Comité consultatif de la population et de la famille. *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, La Documentation Française, Paris, 1962, p. 9.

² Ennuyer, Bernard. « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société*, vol. 30/123, no. 4, 2007, pp. 153-167.

³ Argoud, Dominique. « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, vol. 38/149, no. 1, 2016, pp. 25-40.

⁴ Un court extrait de ce film de 2014 est disponible au lien suivant :

https://www.cnc.fr/cinema/actualites/decouvrez-vieillir-a-lombre-de-johanna-bedeau_1251108.

L'autonomie est définie comme la « faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement »⁵. On distingue ici une approche individuelle et kantienne de l'autonomie, celle d'une capacité à choisir, guidée par la raison. Pour Bernard Ennuyer, le choix raisonnable est guidé par la conscience morale⁶. Or, la morale est universelle, ce qui implique l'universalité du choix raisonnable⁷. Agata Zielinski considère que cette définition est incomplète⁸. En effet, celle-ci ne tient compte ni de la rationalité limitée de la personne humaine, ni du fait que « le libre-choix est toujours pris dans un jeu de relations ». Aussi, elle estime qu'il est nécessaire de reconnaître les désirs contradictoires, les capacités différentes des personnes et les singularités des projets de vie. Autrement dit, il s'agit de reconnaître la « réalité des personnes », composée d'autonomie et de vulnérabilité, de capacités et d'incapacités⁹. En fonction des évolutions et des contextes, l'autonomie est à « reconquérir sans cesse »¹⁰, parfois avec l'aide d'autrui. Ainsi, la perte d'autonomie serait l'amenuisement de la faculté à tendre seul vers sa détermination.

Etudiée dans le cadre de notre mémoire, la perte d'autonomie pour les personnes âgées se comprend en tenant compte, d'une part, du processus de sénescence et, d'autre part, du développement plus fréquent de pathologies spécifiques. La sénescence est définie en biologie comme un « ensemble des phénomènes non pathologiques qui affectent l'organisme humain à partir d'un certain âge (qui varie selon les sujets) provoquant, par une diminution et une modification des tissus, un ralentissement de l'activité vitale et des modifications physiques, physiologiques et psychiques »¹¹. Par ailleurs, à ce vieillissement biologique est inhérent un risque de pathologies, engendrant des déficiences physiques ou psychiques et des handicaps. Les pathologies les plus courantes, dont le facteur principal est le vieillissement, sont les atteintes neuropsychiatriques qui englobent notamment les états dépressifs, les troubles du comportement et le syndrome démentiel (comme les maladies d'Alzheimer et apparentées)¹². En outre, les effets du vieillissement peuvent varier entre les personnes, du fait de déterminants

⁵ Définition du dictionnaire en ligne Centre national de ressources textuelles et linguistiques (CNRTL) : <https://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>.

⁶ Ennuyer, Bernard. « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe*, vol. -6, no. 5, 2013, pp. 139-157.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Zielinski, Agata. « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités », *Gérontologie et société*, vol. 32/131, no. 4, 2009, pp. 11-24.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Définition du dictionnaire en ligne CNRTL : <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/sen%C3%A9scence>.

¹² Helfter, Caroline. « ... en contrepoint - Pathologies du vieillissement », *Informations sociales*, vol. 138, no. 2, 2007, p. 117.

sociaux de santé qui impliquent l'environnement et le parcours de vie¹³. Ainsi, toutes les personnes vieillissantes ne sont pas confrontées à la perte d'autonomie : si certaines ne le sont pas du tout, d'autres le sont à un âge plus ou moins élevé. De plus, cette perte d'autonomie se manifeste et est vécue nécessairement de manières différentes. Enfin, l'accompagnement d'autrui pour l'autonomie de la personne âgée doit prendre en compte ces différences. La notion renvoie alors à celle de respect de la dignité, définie comme la reconnaissance de l'autonomie d'autrui¹⁴.

Dans une approche juridique de la perte d'autonomie des personnes âgées, la première définition figurant dans la législation est relative à la notion de dépendance « définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »¹⁵. Cette définition, datant de 1997, est développée pour établir les conditions de la prestation spécifique dépendance, remplacée, en 2002, par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹⁶. Ainsi, le vocabulaire du droit crée une équivalence entre les notions de dépendance et de perte d'autonomie. Pour Bernard Ennuyer, cette confusion est due à l'influence du monde médical sur le discours politique et à l'émergence de la gériatrie¹⁷. En effet, dans ce paradigme biomédical, la perte d'autonomie est perçue comme une « perte d'indépendance fonctionnelle »¹⁸. A partir de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie¹⁹, le qualificatif de « dépendant » a été progressivement remplacé par « en perte d'autonomie », dans le discours politique puis dans la loi, en raison de la connotation négative du mot²⁰. Toutefois, les termes ont conservé un sens identique en droit.

Ainsi, cette définition « incapacitaire », issue de la gériatrie, fait référence à un besoin, celui d'une aide du quotidien, proposée par la société²¹ en supplément des soins prodigués. Cette

¹³ Déchamp-Le Roux, Catherine. « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, vol. 35/hs1, no. 5, 2012, pp. 81-91.

¹⁴ Ennuyer, Bernard. *Op cit.* note 6.

¹⁵ Alinéa 3 de l'article 2 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JORF n°21 du 25 janvier 1997, p. 1280.

¹⁶ La définition est inscrite à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), par la loi instituant l'APA du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JORF n°167 du 21 juillet 2001, p. 11737.

¹⁷ Ennuyer, Bernard. *Op cit.* note 6.

¹⁸ *Ibidem.*

¹⁹ La CNSA est chargée du financement des aides à l'autonomie des personnes âgées et handicapées et est instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF du 1^{er} juillet 2004, texte 1.

²⁰ Ennuyer, Bernard. *Op cit.* note 6.

²¹ *Ibidem.*

protection sociale s'inscrit dans le volet assistanciel des politiques de la vieillesse, dont le début est marqué par le rapport Laroque de 1962, ayant pour objectif de lutter contre la précarité des personnes âgées²². Pour Alain Grand, la dynamique actuelle tend à adapter les politiques de la vieillesse en fonction des « parcours de vieillissement », des besoins multipliés et de la diversité des dispositifs d'accompagnement de la perte d'autonomie²³. Ainsi, la notion de dépendance, issue de cette dynamique politique, fonde le droit de la personne âgée en perte d'autonomie « à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie »²⁴. Aujourd'hui, ce droit est particulièrement scruté, notamment en raison de l'attention croissante de l'opinion publique pour le traitement des personnes en perte d'autonomie. En témoigne l'affaire « Orpea », récemment initiée par la publication chez Fayard le 26 janvier 2022 de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* du journaliste Victor Castanet.

La catégorie des personnes ayant besoin de cette aide, est définie selon les conditions législatives d'accès aux aides sociales à l'autonomie. Dès lors, on désigne les personnes en perte d'autonomie ayant besoin d'un accompagnement comme les personnes éligibles à l'APA. C'est-à-dire, des personnes de soixante ans ou plus²⁵, résidant à domicile ou en établissement, classées aux niveaux 1 à 4 des groupes iso-ressources (GIR)²⁶. Notons d'abord que la perte d'autonomie fait référence à un seuil d'âge, si bien qu'en-dessous des soixante ans, la personne n'est pas « en perte d'autonomie » mais en situation de handicap, puisqu'elle est exclusivement éligible à la prestation de compensation du handicap (PCH)²⁷. Ainsi, le vocable de la perte d'autonomie n'est applicable, en droit, qu'aux personnes âgées de soixante ans ou plus. Ensuite, l'appartenance d'une personne à un GIR est définie par la grille autonomie, gérontologie et groupe iso-ressources (AGGIR)²⁸. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « le GIR est un indicateur du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (personnes les plus dépendantes) à 6 (personnes les plus autonomes) et résultant de l'évaluation par un professionnel (médecin, infirmier ou travailleur social) du besoin d'aide pour « les actes essentiels de la vie quotidienne »²⁹. Les items mesurés par cet outil sont multidimensionnels et

²² Grand, Alain. « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France », *Vie sociale*, vol. 15, no. 3, 2016, p. 16.

²³ *Ibid.* p. 25.

²⁴ Ces dispositions sont inscrites à l'article L. 113-1-1 CASF, créé par l'article 24 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF n°0301, 29 décembre 2015, texte 1.

²⁵ Aux termes de l'article R. 232-1 du CASF.

²⁶ Aux termes de l'article R. 232-4 du CASF.

²⁷ Aux termes de l'article L. 245-9 du CASF.

²⁸ Cf. Annexe 2-1 du CASF relatif à la grille nationale AGGIR et son guide de remplissage.

²⁹ INSEE. *France, Portrait social*, Insee références, éd. 2021, 25 novembre 2021, p. 176.

recourent notamment la faculté à se repérer dans l'espace et le temps, être cohérent dans sa conversation et son comportement, ainsi qu'être capable d'assurer des activités plus pratiques comme sa toilette, son hygiène, son alimentation, son habillage et ses déplacements. La grille AGGIR est aujourd'hui complétée par d'autres outils d'évaluation qui englobent la personne âgée et ses proches aidants³⁰. Toujours selon l'INSEE, fin 2019, les bénéficiaires de l'APA représentent 10% des soixante-cinq ans ou plus³¹. Ensuite, plus l'âge augmente, plus la part des bénéficiaires s'accroît rapidement : « de 3 % entre 70 et 74 ans, elle passe à 6 % pour les 75-79 ans, 12 % pour les 80-84 ans, 25 % pour les 85-89 ans, 46 % pour les 90-94 ans et 69 % pour les 95 ans ou plus ».

Dans le cadre limité de notre mémoire, la définition juridique de la perte d'autonomie est « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Ainsi, elle renvoie aux besoins de la personne âgée de plus de soixante ans, en aides directes à la personne, en aides techniques³² et en soins. L'objet de ce mémoire n'est pas de contester la pertinence de cette définition. La rigueur du droit impose de catégoriser les situations, de définir de manière proportionnée l'aide financée par la société. Toutefois, notons que les limites principales portent d'abord sur le seuil d'âge. Ensuite, si le droit à des aides adaptées fait référence au respect du projet de vie et est ouvert quel que soit la nature de la déficience, force est de constater que le GIR ne prend pas en compte ces dimensions. Enfin, du fait de son prisme biomédical, la définition juridique rogne tous les aspects décisionnels et relationnels de l'autonomie, en ne considérant qu'une « dimension exécutionnelle » limitée à « la capacité à effectuer soi-même un certain nombre d'actes de la vie quotidienne »³³. A travers cette définition, la notion de perte d'autonomie combine, sans les confondre, celles d'âge avancé, de handicap, et de maladie. Nous limiterons notre étude à cette approche juridique.

La détention prive la personne de la capacité d'aller et venir librement, c'est-à-dire, d'une part de son autonomie. Les régimes de la détention sont ceux de « tout individu privé de liberté et incarcéré dans un établissement pénitentiaire [...] en raison d'une mesure judiciaire de prévention (détention provisoire), ou d'une mesure de répression (condamnation) »³⁴. Cette

³⁰ Arrêté du 5 décembre 2016, fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°0288 du 11 décembre 2016, texte 27.

³¹ INSEE. *Op cit.* p. 176.

³² Aux termes de l'alinéa 2 de l'article R. 232-4 CASF.

³³ Gzil, Fabrice. *La Maladie d'Alzheimer. Problèmes philosophiques*, PUF, Paris, 2009, p. 169.

³⁴ Cornu, Gérard. *Vocabulaire Juridique*, PUF, Paris, 2014, p. 340.

distinction fondamentale implique des différences procédurales dans l'exécution de la détention. Néanmoins, le condamné et le prévenu sont détenus dans des établissements pénitentiaires³⁵. Certes, l'expérience de la perte d'autonomie est identique entre les deux statuts³⁶. Toutefois, le sujet de la perte d'autonomie touche à des considérations relatives aux aménagements de peine et au sens de la peine qui ne concernent pas les prévenus. Pour ces derniers, il nous semble que si des considérations comparables méritent des développements supplémentaires, ceux-ci dépasseraient le cadre de notre mémoire, que ce soient les motifs de mise en liberté du prévenu, et plus largement le sens de la détention provisoire. En outre, la détention est plus courte pour les personnes prévenues³⁷ et la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est légèrement plus importante pour les condamnés que pour les prévenus, de l'ordre de 4,4% pour les condamnés et de 3,6% pour les prévenus, au 30 juin 2022³⁸. Pour ces raisons, il nous a semblé pertinent de nous limiter à étudier la détention de la personne condamnée en perte d'autonomie.

Les particularités de cette privation de liberté éclairent la perte d'autonomie sous un nouveau jour. En effet, nous avons vu que des facteurs liés aux individus et à leur environnement peuvent accroître la fréquence et la précocité de la perte d'autonomie dans une population âgée.

En premier lieu, la personne âgée en détention a des prédispositions à une perte d'autonomie précoce comparée au profil moyen de la population. En effet, les déterminants sociaux de santé des personnes détenues ne sont pas favorables : les personnes détenues sont largement issues de milieux précaires et leur taux d'emploi est faible³⁹. Ensuite, l'état de santé, avant admission, est souvent déjà dégradé par le faible recours aux soins, la forte prévalence de comportements à risque⁴⁰ et les fragilités psychologiques⁴¹. Enfin, le pourcentage élevé de détenus en état de

³⁵ Les articles L. 211-1 à L. 211-3 du code pénitentiaire disposent que les maisons d'arrêts reçoivent les personnes prévenues. Les établissements pour peines accueillent presque exclusivement des personnes condamnées.

³⁶ Aucune distinction n'est opérée entre les personnes vieillissantes prévenues ou condamnées dans cette enquête : Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, Rapport final, GIP-Mission de recherche Droit et Justice et Institut national d'Etudes Démographiques, mai 2015, 400 p.

³⁷ L'échéance du procès pénal met fin à la détention provisoire. La durée de celle-ci doit être raisonnable. Ainsi, la loi prévoit une durée maximale en fonction de l'infraction pour laquelle la personne est impliquée. A titre d'exemple, la détention provisoire maximale, prévue à l'article 145-2 CPP, est de quatre ans, prolongée de deux fois quatre mois pour les crimes les plus graves (terrorisme, proxénétisme, etc.).

³⁸ Statistiques trimestrielles de milieu fermé du ministère de la Justice du 30 juin 2022.

³⁹ Rapport d'information du Sénat n°682, fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des détenus, par M. Antoine Lefèvre, sénateur, 26 juillet 2017, p. 11.

⁴⁰ Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, fait au nom de la commission d'enquête visant à identifier les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française, par Mme Caroline Abadie, rapporteure, 12 janvier 2022, p. 265.

⁴¹ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 12.

souffrance psychique est dû au contexte d'emprisonnement⁴². Ainsi, la population détenue a des prédispositions à la perte d'autonomie, à tel point que les effets du vieillissement se mesurent dès les cinquante ans⁴³, c'est-à-dire dix ans plus tôt que dans le milieu libre.

En second lieu, comme le souligne Caroline Touraut, la prison est une « épreuve d'immobilité »⁴⁴ en raison de l'architecture et de l'organisation de la détention. Certaines salles sont ainsi difficilement accessibles aux détenus âgés. En outre, les règles intérieures de la prison contraignent les mouvements et les déplacements à des lieux et des temps définis. Par ailleurs, la personne âgée a un statut en tant que détenue qui la rend particulièrement exposée à l'isolement et à l'angoisse⁴⁵. Ainsi, dès le début de l'incarcération, un « choc carcéral » peut être observé, c'est-à-dire « l'effet que produit sur la conscience le brutal décalage entre l'existence du dehors et celle du dedans »⁴⁶. De plus, au cours de la peine, le vieillard est vu par ses codétenus comme un pédophile, notamment s'il est écroué à un âge déjà avancé⁴⁷. 33,3% des auteurs de viols ou agressions sexuelles, condamnés et détenus au premier semestre 2022, ont plus de cinquante ans⁴⁸. Or selon Caroline Touraut⁴⁹, l'auteur d'infractions sexuelles est au plus bas de la hiérarchie qui se crée dans la société des détenus, dominée par les jeunes trafiquants de drogue. Cela expose les personnes âgées, déjà vulnérables par leur apparente fragilité physique, à des violences relationnelles et physiques. Cet environnement peut pousser des détenus à l'exclusion ou à l'isolement. « S'observent ainsi à la fois une forte invisibilité et une surincarcération des détenus âgés » estime Caroline Touraut⁵⁰. Les contraintes de l'institution ont donc pour effet de favoriser la perte d'autonomie.

L'intérêt du sujet est accru par l'augmentation de la population en perte d'autonomie, due au vieillissement de la population. La croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA serait ainsi

⁴² *Ibid.* p. 14

⁴³ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 152.

⁴⁴ Touraut Caroline, « Âges et usages des espaces carcéraux : l'expérience des détenus « âgés » en France », *Espaces et sociétés*, 2015/3 (n° 162), pp. 47-61

⁴⁵ 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, JORF du 22 novembre 2018, texte 107.

⁴⁶ Delarue, Jean-Marie, « Continuité et discontinuité de la condition pénitentiaire », *Revue du MAUSS*, 2012/2, n°40, 2012, pp. 73 à 102.

⁴⁷ Touraut Caroline, « Corps vieillissants en prison : expérience des personnes détenues « âgées » », *Gérontologie et société*, 2015/1 (vol. 37 / n° 148), pp. 111-122

⁴⁸ Ils sont 2209 pour 6629 dont 2271 ont plus de 60 ans selon les statistiques trimestrielles de milieu fermé du ministère de la Justice au 30 juin 2022.

⁴⁹ Touraut Caroline, *op cit.* note 47.

⁵⁰ Touraut, Caroline. « Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences ». *ethnographiques.org*, n°35, décembre 2017, p. 31.

d'environ 24 % entre 2016 et 2030, en fonction des projections⁵¹. Ce contexte soulève des questions fondamentales sur la place accordée aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la société. Par ailleurs, ce vieillissement s'observe aussi en détention, de manière encore plus spectaculaire. En effet, comme le soulignent Caroline Touraut et Aline Désesquelles, « les effets démographiques (dynamique de la population française dans son ensemble) expliquent 31% de la croissance observée »⁵² entre 1992 et 2012 pour la population écrouée de plus de cinquante ans⁵³. Si la population écrouée augmente, la croissance relative de la population des plus de cinquante ans est plus élevée : « +100% à 50-59 ans, +244% à 60 ans ou plus »⁵⁴ entre 1992 et 2012. Ainsi, d'autres facteurs entrent en ligne de compte : l'allongement de la durée des peines et l'évolution de la criminalité.

Tout d'abord, l'allongement de la durée des peines est dû à plusieurs causes⁵⁵ : d'abord, la multiplication et la diversification des circonstances aggravantes par le législateur, puis, l'augmentation du temps de la peine prononcée par le juge avec l'instauration de la réitération⁵⁶ et la logique de préservation de la peine exécutée, défendue par le législateur avec le fractionnement⁵⁷ et la suspension de peine⁵⁸ qui favorisent une peine discontinue, ainsi que le prononcé d'une période de sûreté⁵⁹. Ces mécanismes contrebalancent les courants tendant à la réduction de la durée des peines et induisent une inflation générale.

D'autre part, l'accroissement de la population âgée en prison est aussi dû à la hausse des condamnations pour les affaires « de mœurs ». En effet, la société a développé, depuis les années 1990, une « sensibilité nouvelle à ce type d'actes »⁶⁰ conduisant à de plus fermes condamnations pour les délits et crimes sexuels. En outre, les délais de prescription ont été allongés⁶¹. La tendance n'est pas près de se résorber étant donné les actuels mouvements

⁵¹ Rapport d'information du Sénat n°453, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie, par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, sénateurs, 17 mars 2021, p. 30.

⁵² Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 12.

⁵³ Elle représente 12,8% des personnes condamnés détenues selon les Statistiques trimestrielles de milieu fermé du ministère de la Justice du 30 juin 2022.

⁵⁴ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 12.

⁵⁵ Ponselle, Anne. « La peine et le temps », Archives de politique criminelle, vol. 29, no. 1, 2007, pp. 69-93

⁵⁶ Depuis la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions, JORF du 13 décembre 2005, texte 1.

⁵⁷ Prévu aux articles 132-27 et 132-28 du code pénal.

⁵⁸ Prévue aux articles 720-1 (suspension de peine) et 720-1-1 (suspension pour raison médicale) du code pénal.

⁵⁹ Prévue à l'article 132-23 du code pénal.

⁶⁰ Touraut Caroline. *Op cit.* note 44, p. 47-61

⁶¹ La loi n°2017-242 du 27 février 2017, portant réforme de la prescription en matière pénale, double les délais de prescription en matière délictuelle (de 3 à 6 ans) et en matière criminelle (de 10 à 20 ans). De plus, la loi n°2018-703 du 3 août 2018, renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, et la loi n°2021-478 du 21 avril 2021, visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, prévoient des prescriptions allongées

sociaux qui souhaitent une libération de la parole des victimes de ces infractions⁶², ce qui pourrait amener une recrudescence des condamnations ou même une sévérité accrue dans la politique pénale. Or, la part de personnes âgées de plus de 50 ans écrouée pour des motifs d'infractions sexuelles est « écrasante »⁶³. L'administration pénitentiaire aura donc de plus en plus à prendre en charge des personnes âgées potentiellement sujettes à des pertes d'autonomie en raison du contexte social.

Ainsi, la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) pour 2017-2022, élaborée par les ministères de la justice et de la santé, estiment que « les conséquences du vieillissement en détention, concernant notamment la perte d'autonomie, doivent être anticipées »⁶⁴.

Après ce constat, il est important de noter qu'aucun établissement pénitentiaire spécialement dédié aux personnes âgées en perte d'autonomie n'existe actuellement. L'administration pénitentiaire a tenté de mettre en place des « unités spécialisées pour prendre en charge un public âgé ou présentant des pathologies invalidantes »⁶⁵. Toutefois ces initiatives, à l'image du projet du centre de détention de Bédenac, n'ont pas emporté satisfaction. En effet, des recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) sont justifiées par un constat de « dysfonctionnement dans la prise en charge des personnes détenues constituant un traitement inhumain et dégradant »⁶⁶.

Enfin, le contexte actuel se démarque par une surpopulation carcérale considérable. En effet, au 1^{er} avril 2021, 65 126 personnes étaient détenues en France pour une densité carcérale de 107,1%. Au 1^{er} avril 2022, elles sont 71 053 et la densité carcérale est de 117,1%⁶⁷. Cette surpopulation est un enjeu pour l'administration pénitentiaire et notamment dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. En 2017, un rapport du Sénat, citant le rapport annuel du CGLPL, estime ainsi que ce contexte joue dans l'insuffisance de la

pour les victimes mineures de viols, d'agressions sexuelles et d'atteintes sexuelles, et un mécanisme de calcul de la prescription qui permet un glissement en cas de nouvelle infraction sexuelle sur mineur commise par l'auteur.

⁶² Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les scandales de pédophilie dans l'Eglise catholique en France dont l'association de victimes la plus médiatique est *La Parole libérée*.

⁶³ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 16.

⁶⁴ Stratégie santé des PPSMJ (2017-2022), ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, avril 2017, p. 5.

⁶⁵ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

⁶⁶ CGLPL, recommandations en urgence du 16 avril 2021 relatives au centre de détention de Bédenac (Charente-Maritime), JORF du 18 mai 2021, texte 47.

⁶⁷ Mesure de l'incarcération aux 1^{er} avril 2021 et 1^{er} avril 2022, consultées sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>.

prise en charge de cette population et accélère la détérioration de son état de santé⁶⁸. Cette surpopulation est donc un facteur alourdissant le fonctionnement du service public pénitentiaire.

Dès lors, la question de la considération par le droit de la perte d'autonomie en détention est soulevée. En effet, les standards actuels tendent à promouvoir un accompagnement du vieillissement prenant en compte le projet de vie. Mais qu'en est-il de la personne âgée que la société choisit d'exclure pour se protéger et dont l'autonomie est bridée ? Doit-elle être considérée comme une personne doublement amoindrie, par l'âge et l'incarcération, et dont la dignité ne vaut rien ?

En conséquence de ces premiers développements, nous tenterons de répondre à la question suivante : dans quelle mesure la perte d'autonomie est-elle appréhendée par le droit en détention ?

Il s'agit de constater, dans une première partie, que les exigences du droit appliquées à la détention ne permettent pas un accompagnement suffisant de la perte d'autonomie (Partie 1). Constatant cette insuffisance, il conviendra, dans une seconde partie, d'évaluer l'opportunité d'une détention repensée pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Partie 2).

⁶⁸ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 70.

Partie 1 : L'insuffisance du cadre juridique de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées en détention

Les exigences du droit pour l'accompagnement de la perte d'autonomie s'appliquent notamment à la détention. Au travers de cette première partie, nous tenterons de faire l'état des lieux juridique de toutes les dimensions de l'accompagnement de la perte d'autonomie appliquées à la détention.

Ainsi, nous étudierons l'adaptation des contraintes pénitentiaires lorsqu'il faut garantir une aide appropriée quotidienne à la personne (Chapitre 1). Après l'identification des difficultés de cette adaptation, il conviendra d'étudier la prise en charge sanitaire de la dimension pathologique de la perte d'autonomie. Malgré le principe d'équivalence de traitement sanitaire avec l'extérieur, nous constaterons, dans un second chapitre, que la mise en œuvre des soins en détention reste particulièrement peu adaptée aux personnes en perte d'autonomie (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Les limites à la garantie d'une aide appropriée à la personne en perte d'autonomie dans le contexte de la détention

En détention, la prise en compte par le droit de la perte d'autonomie se manifeste par la garantie d'une aide adaptée. Or, les caractéristiques de la détention en limitent l'effectivité. En premier lieu, nous tâcherons d'identifier les obstacles à l'effectivité d'un accès à une aide humaine en détention (Section 1). En second lieu, nous étudierons les aménagements pratiques relevant de l'administration et des établissements pénitentiaires pour les personnes détenues en perte d'autonomie (Section 2).

Section 1 : Les contraintes pénitentiaires opposées à l'intervention d'un aidant en détention

Il nous semble que l'accompagnement social et médico-social de la perte d'autonomie dépend de l'intervention régulière d'un professionnel. Ces venues d'aidants en provenance de l'extérieur sont confrontées aux obstacles liés à la détention. Tout d'abord, les difficultés rencontrées relèvent souvent d'un accès difficile aux prestations sociales ayant notamment pour objectif de financer l'aide humaine (Paragraphe 1). Ensuite, des difficultés pratiques contraignent l'intervention des professionnels de l'extérieur (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les difficultés de l'accès aux droits sociaux en détention

L'accès aux droits sociaux en détention est particulièrement indispensable pour les détenus qui ont besoin de bénéficier de l'accompagnement d'un aidant, principalement du fait de la faible solvabilité des personnes détenues (A). Toutefois, cet accès est contraint par des lourdeurs procédurales (B).

A. L'enjeu de l'accès droits sociaux pour être accompagné d'un aidant

L'article 50 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009, dite « loi pénitentiaire », crée la possibilité d'être accompagnée par un aidant lorsqu'une personne détenue se trouve dans une situation de handicap⁶⁹. Cette disposition reconnaît ainsi « le droit des personnes détenues à bénéficier des prestations de soutien offertes par les départements et notamment de l'intervention d'auxiliaires de vie »⁷⁰. L'enjeu est de bénéficier d'un accompagnement professionnel pour les actes du quotidien. Toutefois, les obstacles pour mettre en œuvre cette possibilité sont variés, le premier étant le financement de la prestation. En effet, celui-ci relève des moyens des personnes détenues.

Comme nous avons pu l'étudier en introduction, ces personnes sont souvent issues de milieux précaires et la détention peut rompre les rapports qu'ils ont avec leurs proches. Ainsi, ils ont souvent des moyens modestes et leurs ressources pour ce type de dépense dépendent de prestations de sécurité sociale, comme l'APA ou, pour les personnes âgées de moins de 60 ans, la PCH. Par ailleurs, les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent bénéficier de prestations variées, comme des *minima* de ressources tels que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Toutefois, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et les membres des unités sanitaires témoignent de leurs difficultés à accompagner les personnes détenues dans la réalisation des démarches, souvent longues et complexes, et à estimer l'éligibilité des personnes détenues⁷¹.

⁶⁹ Cette disposition est codifiée à l'article L. 322-11 du code pénitentiaire.

⁷⁰ Ridel, Laurent, et Touraut, Caroline. « Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, Direction de l'administration pénitentiaire, n°41, septembre 2016, p. 3.

⁷¹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 92.

B. Les contraintes procédurales à l'octroi des droits sociaux

Associés aux difficultés financières, des obstacles procéduraux sont identifiés, liés à la constitution des dossiers de demande d'ouverture de droits. Cela peut être dû à l'impossibilité d'évaluer l'autonomie de l'intéressé parce que les équipes médico-sociales du département ne viennent pas le visiter en prison⁷². Les médecins des unités sanitaires sont alors sollicités et se retrouvent en position de soignant et d'expert ce qui soulève une question déontologique⁷³.

Quant aux difficultés liées à la domiciliation, l'article 31 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, modifie le droit des personnes détenues à élire domicile auprès de leur établissement pénitentiaire, en se fondant sur les dispositions concernant les personnes sans domicile stable⁷⁴. Avant cette intervention du législateur, les conseils généraux refusaient parfois le versement de la prestation au motif que la personne détenue ne relevait pas de leur compétence, ce qui témoigne pour Laurent Ridet et Caroline Touraut de « la résistance des administrations publiques non rattachées au ministère de la Justice, à prendre en charge le public justice » et « plus largement de la manière dont les politiques de la vieillesse sont marquées par des tensions entre des missions de service public et des contraintes budgétaires »⁷⁵.

Au-delà de ces difficultés à solvabiliser la prestation, des considérations moins procédurales limitent encore l'accompagnement effectif des personnes âgées en perte d'autonomie.

Paragraphe 2 : Les enjeux de l'intervention des professionnels aidants en détention

L'accompagnement par des professionnels, souvent des auxiliaires de vie, peine à être effectif dans les établissements pénitentiaires pour des raisons pratiques diverses mais toutes liées à la détention de la personne aidée (A). Cela induit un accompagnement du quotidien relevant davantage des codétenus, ce qui soulève des questions éthiques (B).

⁷² Laplaud, Ambre. « 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... ? » *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, n° 10, octobre 2021, p. 9.

⁷³ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit*.

⁷⁴ L'article 30 de la loi pénitentiaire prévoyait déjà cette possibilité mais l'innovation est de la fonder sur l'article L. 264-1 CASF, ce qui élargit le nombre de droits sociaux dont la personne détenue peut bénéficier.

⁷⁵ Ridet, Laurent, et Touraut, Caroline. *Op cit*. p. 3.

A. Les limites à l'intervention des professionnels du secteur social et médico-social en détention

Même si la personne âgée a les moyens de bénéficier d'une prestation, encore faut-il que des services médico-sociaux, tels que des services d'aide ou de soins infirmiers à domicile (SAAD et SSIAD), soient capables d'intervenir en établissement pénitentiaire. Selon la dernière enquête sur le sujet en 2015, 40 établissements (soit 21%) sont couverts par une convention avec un SAAD et 15 (soit 8%) avec un SSIAD⁷⁶. Les établissements pénitentiaires sont souvent isolés et les services sociaux et médico-sociaux ont eux-mêmes une implantation géographique très inégale⁷⁷. Par ailleurs, toute une pédagogie est mise en place par les établissements pénitentiaires auprès des services réticents à intervenir, souvent en raison des représentations sociales sur la détention⁷⁸, le fait étant que les auxiliaires de vie sont fréquemment des femmes amenées à intervenir auprès d'hommes détenus. Les craintes peuvent être renforcées pour des personnes âgées, fréquemment incarcérées pour des infractions à caractère sexuel.

Par ailleurs, les établissements pénitentiaires sont éloignés des centres-villes et ne sont pas conçus pour qu'on y entre et sorte aisément, ce qui contraint les interventions et les rallonge considérablement. Or, certains conseils départementaux ne prennent en charge que le coût horaire de la prestation et non le déplacement⁷⁹. Du fait de cette rémunération à l'acte, le temps perdu « peut avoir des répercussions financières ou se fera au détriment des soins »⁸⁰. Autrement dit, l'auxiliaire de vie passe parfois plus de temps dans les couloirs et les sas, que dans la cellule de la personne. Enfin, le matériel disponible ou autorisé en prison, ainsi que la configuration étroite de l'espace en cellule, contraignent encore les soins⁸¹.

Toutes ces difficultés laissent des angles morts dans l'accompagnement au quotidien des personnes détenues en perte d'autonomie. Ainsi, le droit à un aidant permet aussi un accompagnement par un codétenu.

⁷⁶ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 46.

⁷⁷ Ridel, Laurent, et Touraut, Caroline. *Op cit.* p. 4.

⁷⁸ *Ibidem.*

⁷⁹ Rapport public annuel de la Cour des comptes 2014, « 1. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables », février 2014, p. 268.

⁸⁰ Ridel, Laurent, et Touraut, Caroline. *Op cit.* p. 4.

⁸¹ *Ibidem.*

B. Les contraintes éthiques de l'accompagnement par un codétenu

Aux termes de l'article R. 322-35 du code pénitentiaire, le codétenu doit consentir à effectuer le service. Le directeur pénitentiaire garde ensuite la possibilité de s'opposer au choix de l'aidant par une décision motivée par la sécurité des personnes ou le maintien de l'ordre au sein de l'établissement. La relation aidant-aidé a des avantages⁸², notamment en termes de sociabilisation de la personne âgée, de solidarité entre personnes détenues et, en fonction de la politique de l'établissement, elle peut apporter des gages de réinsertion pour l'aidant voire une rémunération. Toutefois, elle reste à « double-tranchant »⁸³. L'aide par des codétenus peut soulever de nombreuses questions d'ordre éthique⁸⁴, notamment lorsque l'aidant est chargé d'aider à effectuer des actes intimes⁸⁵ comme le déshabillage ou la toilette, voire des tâches plus « ingrates »⁸⁶, comme changer les couches souillées. Le CGLPL estime ainsi que la responsabilité placée sur les épaules des aidants codétenus est trop importante⁸⁷.

Par ailleurs, des glissements de tâche s'observent aussi du côté des surveillants pénitentiaires⁸⁸. Au-delà du fait que ce ne soit pas leur fonction statutaire, ces derniers, tout comme les codétenus, ne sont simplement pas formés pour relever des personnes âgées tombées, et plus généralement à effectuer les gestes professionnels qui permettent que l'intervention « soit la plus respectueuse de la dignité du soigné »⁸⁹ possible.

Ainsi, en pratique, les personnes détenues concernées « sont davantage aidées par un codétenu (45 %) que par un intervenant extérieur (32 %). Par ailleurs, une part importante des détenus ayant besoin d'une aide [n'est] pas prise en charge (23 %) »⁹⁰. L'aide humaine spécialisée prévue par le droit n'est donc que peu effective pour des raisons administratives. Face à cette insuffisance, l'accompagnement par un codétenu est une mauvaise béquille.

Quant à l'aménagement des conditions de détention relevant de l'administration pénitentiaire, il est aussi en-deçà des exigences du droit et reste variable en fonction des établissements.

⁸² Laplaud, Ambre. *Op cit.* p. 10.

⁸³ *Ibidem.*

⁸⁴ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* pp. 262-268.

⁸⁵ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

⁸⁶ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 262.

⁸⁷ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

⁸⁸ Touraut, Caroline. « Les professionnels face aux personnes détenues âgées », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 2, no. 2, 2016, p. 327.

⁸⁹ Ridel, Laurent, et Touraut, Caroline. *Op cit.* p. 4.

⁹⁰ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 46.

Section 2 : L'insuffisance de l'adaptation des conditions de détention à la perte d'autonomie

La présence de personnes incarcérées en perte d'autonomie interroge sur l'adaptation des établissements à leurs besoins matériels particuliers. Ainsi, le cadre juridique applicable aux établissements pénitentiaires impose que ceux-ci soient aménagés en vue d'accueillir du public handicapé physiquement, notamment des personnes à mobilité réduite (PMR). Son effectivité est toutefois relative (Paragraphe 1). Ensuite au quotidien, la perte d'autonomie impose de prendre des mesures adaptées d'aménagement, qui restent très variables en fonction des contraintes des établissements (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'accessibilité relative des établissements pénitentiaires aux personnes à mobilité réduite

L'accès universel à tout établissement recevant du public rejoint le principe d'aménagement raisonnable. Ils bénéficient aux PMR donc en partie aux personnes en perte d'autonomie. Toutefois s'ils s'imposent en substance aux établissements pénitentiaires (A), en pratique, les conséquences ont tardé à se faire ressentir en droit pour les lieux de détention, ce qui engendre une accessibilité inachevée des établissements pénitentiaires (B).

A. L'exigence d'accessibilité des établissements publics applicable aux lieux de détention

En droit interne, l'article 41 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit un cadre contraignant afin que soient rendus accessibles les bâtiments susceptibles de recevoir des PMR. Les établissements recevant du public ont dix ans pour se mettre en conformité. Concernant les établissements pénitentiaires, l'accessibilité peut porter sur des aspects variés : « aménagement et équipement des cellules, accessibilité des cheminements »⁹¹.

En droit international, s'applique la Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006 et ratifiée par la France le 18 février 2010. Elle définit dans son article 2 l'aménagement raisonnable comme « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour

⁹¹ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 352.

assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ». Selon le CGLPL, cette notion doit encore être pleinement adoptée dans le droit national, et en fait même une condition de l'effectivité du droit des PMR⁹². Il s'agit donc probablement là d'un futur renforcement des exigences relatives à l'accessibilité, qui s'appliqueront aux établissements pénitentiaires.

Les établissements pénitentiaires sont donc concernés par les standards fixés pour les établissements publics et doivent aménager leurs locaux en conséquence. Toutefois, les implications de ces dispositions ont tardé à être appliquées, ce qui a pour conséquence une accessibilité relative et incomplète des lieux de détention.

B. L'accessibilité relative des établissements pénitentiaires

Des arrêtés concernant les établissements pénitentiaires ont été adoptés en conséquence de la loi du 11 février 2005. Le premier est adopté cinq ans plus tard, le 4 octobre 2010. Il est relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction⁹³. Le taux de cellule PMR est fixé à 2% dans les nouveaux établissements et à 3% pour ceux de plus de 120 places. La portée de ce premier arrêté est limitée aux constructions neuves, aux termes de son article 2, ce qui réduit l'effectivité de la loi de 2005. En effet, la plupart des établissements pénitentiaires ont été construits ou rénovés à l'occasion de plans massifs entre 1987 et 2014⁹⁴.

Ainsi, dans un second temps, l'arrêté du 29 décembre 2016, relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées, étend les obligations au bâti existant. Les établissements pénitentiaires doivent atteindre 1% de cellules PMR. Notons qu'en 2016, « sur 189 établissements, 90 indiquent bénéficier de places aux normes PMR et/ou des cellules adaptées dont 53 établissements construits ou rénovés »⁹⁵. En 2018, ce nombre est toujours de 90 établissements⁹⁶ et le CGLPL constate que « les règles d'accessibilité, au

⁹² CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

⁹³ Il trouve une transcription de son article 1 aux articles D. 112-33 et D. 112-34 alinéa 1 du code pénitentiaire, qui disposent que « l'administration pénitentiaire favorise l'accessibilité des établissements pénitentiaires [...] », et « afin d'améliorer les conditions de vie des personnes détenues en situation de handicap, l'administration pénitentiaire aménage les zones nécessaires et prévoit un nombre adapté de cellules aménagées pour les personnes en situation de handicap ».

⁹⁴ Ridel, Laurent, et Touraut, Caroline. *Op cit.* p. 3.

⁹⁵ *Ibidem.*

⁹⁶ CGLPL, réponse du ministère de la Justice à l'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, 29 novembre 2018, p. 4.

demeurant insuffisantes, définies dans un arrêté du 29 décembre 2016, ne sont pas respectées »⁹⁷. Le ministère de la justice répond⁹⁸ que « les phases d'études ont débuté en 2018 dans 35 établissements », pour des travaux débutant en 2019, et des études sont lancées la même année dans 24 autres établissements.

En résumé, nous constatons une grande disparité des établissements pénitentiaires, dépendante de leur vétusté et de leur architecture. Ainsi, les personnes âgées en perte d'autonomie ne bénéficient souvent que d'aménagements locaux de leurs conditions de détention.

Paragraphe 2 : L'aménagement variable des conditions de détention pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Accompagner la perte d'autonomie implique de fournir à chaque personne âgée des solutions à ses besoins matériels, parfois uniques. En parallèle, chaque établissement pénitentiaire est contraint par ses propres particularités architecturales, locales, etc.

Cela entraîne des conséquences pour les personnes en perte d'autonomie notamment pour leur accès à une cellule PMR (A). Ensuite, au quotidien, leurs besoins en aide technique sont variablement satisfaits (B).

A. L'inégal accès aux cellules pour personnes à mobilité réduite

L'aménagement des locaux dans les établissements est dépendant de l'architecture de l'établissement et de sa vétusté⁹⁹. Ainsi, le parc pénitentiaire français est très inégal. En pratique, le chef d'établissement peut décider d'adapter l'affectation de la personne détenue dans les locaux¹⁰⁰. Les enjeux sont importants en termes de protection de la personne vulnérable face au reste de la population détenue, mais aussi en termes d'isolement par rapport aux espaces communs¹⁰¹. En outre, les unités sanitaires, lorsqu'elles sont accessibles, sont rarement adaptées aux personnes âgées et aux PMR¹⁰². Dans la plupart des établissements, les cellules adaptées aux PMR sont logiquement situées au rez-de-chaussée dans des parties spécifiques du bâtiment. Toutefois, le CGLPL constate que ces cellules sont souvent dans les mêmes ailes que

⁹⁷ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

⁹⁸ CGLPL, réponse du ministère de la Justice à l'avis du CGLPL du 17 septembre 2018, *op cit.* p. 4.

⁹⁹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 316.

¹⁰⁰ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 352.

¹⁰¹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 116.

¹⁰² CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

celles réservées au régime détention « strict en porte fermée », qui a alors tendance à aussi s'appliquer à toutes les cellules de l'aile¹⁰³. Ainsi, les personnes en perte d'autonomie sont soumises aux aléas liés aux caractéristiques structurelles des établissements.

Au-delà des conditions architecturales et organisationnelles, la variabilité des affectations de cellule individuelle ou PMR peut s'expliquer selon Caroline Touraut¹⁰⁴ par des contraintes pénitentiaires : « la surpopulation en maisons d'arrêt, la séparation des condamnés et des prévenus, des fumeurs et des non-fumeurs », et parfois des raisons disciplinaires, les personnes âgées étant jugées moins « difficiles » que les plus jeunes. Celles-là sont mises en cellule avec ceux-ci pour les « apaiser ». Les personnes en perte d'autonomie, en tant que personnes âgées, ont ainsi un accès limité à des cellules adaptées pour des raisons liées aux régimes de détention et aux politiques disciplinaires des établissements.

Il résulte de ces facteurs une garantie d'accès limitée à une cellule adaptée aux besoins de la personne en perte d'autonomie à la mobilité réduite. Donc, du fait de cette mobilité et de sa solitude, elle peut être contrainte de rester recluse dans une cellule inadaptée. En outre, ses besoins en aménagements pour le quotidien sont aussi mal pris en compte.

B. L'insuffisant accès à des conditions matérielles adaptées

L'accès aux aides techniques, prévu par le Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ¹⁰⁵, s'étend à du matériel varié comme un fauteuil roulant, un déambulateur, un réhausseur, un matelas anti-escarre, une ardoise magique, etc. Les personnes détenues doivent financer ces aides de leur poche, ce qui ajoute un nouvel enjeu à l'effectivité des droits sociaux. Toutefois, l'administration pénitentiaire peut se substituer aux personnes détenues dont les ressources sont insuffisantes pour se procurer ces aides techniques, mais aussi pour les appareillages et les prothèses non remboursés par l'assurance maladie, aux termes de l'article D. 367 du code de procédure pénale. En outre, ces accès sont souvent conditionnés à une demande de la part de la personne détenue, ce qui nous semble parfois restrictif en pratique, notamment lorsque la personne peine à s'exprimer ou à définir son besoin.

Selon le CGLPL, cet accès est parfois restreint en pratique¹⁰⁶, à titre d'exemple, les fauteuils roulants ont une maintenance trop peu fréquente. Par ailleurs, certains publics ont des besoins

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ Touraut, Caroline. *Op cit.* note 88, p. 325.

¹⁰⁵ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 352.

¹⁰⁶ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.* p. 3.

spécifiques qui peuvent être difficile à prendre en compte, aux rangs desquels on peut citer ceux des aveugles, des muets ou des sourds¹⁰⁷. Ces publics peuvent être particulièrement isolés par le manque d'aide technique. Le CGLPL recommande aussi l'usage de la rédaction FALC, facile à lire et à comprendre¹⁰⁸. Enfin, même lorsque l'aménagement des conditions de détention peut être sollicité par un médecin, les prescriptions « ne sont pas toujours suivies d'effet »¹⁰⁹ et sont prononcées parfois sans même qu'un déplacement dans les locaux n'ait été autorisé¹¹⁰. En outre, les postes de travail sont rarement adaptés à la condition physique des personnes âgées¹¹¹. Ainsi, les activités du quotidien des personnes en perte d'autonomie peuvent être entravées par ces difficultés. Cela peut accroître leur sédentarité et leur isolement.

En résumé, ces aménagements insuffisants restreignent le déplacement et l'accompagnement des personnes détenues en perte d'autonomie. Ils sont marqués par des grandes disparités entre les établissements pénitentiaires, au niveau matériel et organisationnel, ce qui témoigne plus généralement de moyens limités et d'un pilotage général insuffisant des établissements sur ce sujet. En outre, cet état des lieux nous amène au constat que la perte d'autonomie est surtout pensée pour les personnes souffrant d'handicap physique. L'insuffisance de l'accompagnement et des aménagements soulève plus largement des questions de dignité et de sécurité des conditions de détention pour les personnes en perte d'autonomie. En pratique, l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, et notamment celles souffrant d'altérations des capacités cognitives est donc fréquemment restreint à une prise en charge sanitaire.

Chapitre 2 : L'effectivité relative d'une prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie en détention

Si l'accompagnement en détention est encore insatisfaisant pour les personnes détenues en perte d'autonomie, les situations pathologiques devraient être mieux traitées grâce à une prise en charge sanitaire. Fondée sur les exigences du droit commun, cette prise en charge nous paraît théoriquement plus aboutie, car le droit garantit à tous la protection de la santé¹¹². Ainsi, en

¹⁰⁷ *Ibid.* p. 5.

¹⁰⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁹ *Ibid.* p. 3.

¹¹⁰ *Ibidem.*

¹¹¹ Touraut, Caroline. *Op cit.* note 88, p. 324.

¹¹² Aux termes de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de la IV^{ème} République du 27 octobre 1946 et de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique (CSP).

droit français et international¹¹³, aucune discrimination ne doit être opérée entre les patients, et l'accès aux soins doit être assuré dans des délais raisonnables dès que l'état d'une personne nécessite des soins. Nous étudierons donc dans une première section, comment ce droit est garanti en détention (Section 1). Toutefois, en pratique, les contraintes pénitentiaires s'imposent à l'offre de soins, ce qui restreint l'accès à la prise en charge sanitaire des patients détenus, notamment en perte d'autonomie (Section 2).

Section 1 : La garantie de l'accès aux soins malgré les contraintes pénitentiaires

En droit, la protection de la santé des personnes détenues, dont celles en perte d'autonomie, est fondée sur les mêmes standards que la population libre selon le principe de l'équivalence de traitement, qu'il nous convient d'étudier tout d'abord (Paragraphe 1). Ensuite, nous tâcherons de mesurer les implications du principe pour l'organisation des soins (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'équivalence de traitement des patients détenus avec le milieu libre

L'équivalence de traitement entre la prison et l'extérieur est fondée sur une extension du droit à la protection de la santé aux personnes détenues (A). Cela implique la reconnaissance des mêmes droits du patient (B).

A. Les fondements du droit à la protection de la santé des personnes détenues

En droit français, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, est la réforme d'ampleur qui marque « l'entrée de l'hôpital dans les prisons »¹¹⁴. L'objectif du législateur est d'intégrer la prise en charge sanitaire des PPSMJ au système de santé de droit commun¹¹⁵. La loi a deux axes principaux, « le premier est d'accorder au détenu une couverture sociale, le second de lui permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre »¹¹⁶. L'article 3 de la loi permet l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie, le versement des cotisations sociales étant

¹¹³ Ce droit à la protection de la santé est prévu à l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000. Le droit aux soins médicaux est garanti par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, du 10 décembre 1948.

¹¹⁴ Rapport d'enquête du Sénat n°449, de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, Tome 1, fait par MM. Jean-Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel, sénateurs, 28 juin 2000, p. 93.

¹¹⁵ Dujardin, Valérie. *Les relations hôpital, police, justice, Les études hospitalières*, coll. Tout savoir sur, 2^e éd., 2013, p. 108.

¹¹⁶ Rapport d'enquête du Sénat n° 449, *op cit.* p. 95.

assuré par le ministère de la Justice. En outre, la prise en charge sanitaire des PPSMJ est confiée au service public hospitalier¹¹⁷, donc sous la responsabilité du ministère chargé de la santé.

Au niveau international, les règles pénitentiaires européennes, élaborées par le Conseil de l'Europe et modifiées le 11 janvier 2006, consacrent, à l'article 39, un droit à la protection de la santé des personnes détenues : « les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde ». La recommandation R(98)7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, adoptée le 8 avril 1998, relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire renforce encore ce droit. Enfin, les règles *minima* des Nations Unies pour le traitement des détenus¹¹⁸, dites Nelson Mandela, prévoient l'accès aux soins des personnes détenues, et notamment la responsabilité de l'Etat d'assurer des soins de santé « de la même qualité que ceux disponibles dans la société »¹¹⁹.

Les patients détenus jouissent ainsi du même droit à la protection de la santé que tout patient. Sur ces fondements juridiques, il découle le bénéfice pour les patients détenus des mêmes droits que pour tout patient.

B. L'équivalence des droits des patients en détention

L'article 46 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009, dite pénitentiaire, consacre le droit fondamental d'accès aux soins, « gage du respect de la dignité des personnes détenues » selon Anne Ponseille¹²⁰, et dispose 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 ». Ce principe d'équivalence de traitement entre le patient libre et le patient détenu implique leur protection par les dispositions du code de la santé publique, notamment sont garantis le droit à la protection de la santé de l'article L.1110-1, le droit du malade à la dignité de L.1110-2 et le droit de ne pas subir de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention de L.1110-3. Les exigences sont donc strictement les mêmes pour tous les patients.

¹¹⁷ Aux termes de l'article 2 de la loi de 1994, aujourd'hui cette mission figure à l'article L. 6111-1-2 CSP, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, texte 1.

¹¹⁸ Adoptées par la résolution n°70/175 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le 17 décembre 2015.

¹¹⁹ Règle 24 alinéa 1. Les dispositions sur l'accès aux soins sont contenues aux règles 24 à 35.

¹²⁰ Ponseille, Anne. « Prise en considération de l'état de santé de la personne suspectée ou condamnée par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 4, no. 4, 2014, pp. 729-744.

En outre, cela induit la reconnaissance d'un certain nombre de droits subjectifs figurant dans le Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ¹²¹ : le droit à l'information¹²², au consentement¹²³, au refus de soins¹²⁴, à la personne de confiance¹²⁵, aux directives anticipées¹²⁶, au secret médical¹²⁷, etc. A titre d'exemple, la charte de la personne hospitalisée¹²⁸ est affichée à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), un hôpital exclusivement destiné aux PPSMJ, et cela comme dans tout établissement de santé.

Ainsi, l'équivalence de traitement repose sur la garantie à tous du droit à la protection de la santé. Les exigences sont parfaitement similaires et donc la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dont celles en perte d'autonomie devrait être d'une égale qualité. Toutefois, la formule du CGLPL résume bien la situation : « les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet »¹²⁹. Autrement dit, malgré des standards comparables au milieu libre, l'organisation de l'offre de soins reste contrainte par les particularités du milieu pénitentiaire.

Paragraphe 2 : L'adaptation de l'organisation des soins au contexte carcéral

Tout en visant l'équivalence de la prise en charge sanitaire avec le milieu libre, l'organisation des soins est adaptée aux contraintes carcérales et relève souvent du milieu pénitentiaire et, si nécessaire, du milieu hospitalier¹³⁰. Ainsi, les patients en perte d'autonomie, qu'ils nécessitent des soins somatiques ou psychiatriques, peuvent être pris en charge en milieu pénitentiaire selon

¹²¹ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, pp. 113-118.

¹²² Prévu à l'article L. 1111-2 CSP.

¹²³ Prévu à l'article L. 1111-4 CSP.

¹²⁴ Prévu à l'article L. 1111-4 CSP.

¹²⁵ Prévu à l'article L. 1111-6 CSP, à noter que cette personne de confiance peut s'entretenir avec la personne détenue hors de la présence du personnel pénitentiaire (article 49 loi pénitentiaire).

¹²⁶ Prévu à l'article L. 1111-5 CSP, à noter que le droit à la confidentialité des documents personnels en détention permet de les confier au greffe de l'établissement (article 42 loi pénitentiaire).

¹²⁷ Prévu à l'article L. 1110-4 CSP, à relier à la notion de secret professionnel, composante de la vie privée aux termes de l'article 9 du code civil.

¹²⁸ Annexe à la circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, du ministère de la Santé et des solidarités.

¹²⁹ CGLPL, avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF du 16 juillet 2015, texte 148.

¹³⁰ Article L. 6111-1-2 CSP.

une structure en trois niveaux (A). Toutefois, certains traitements impliquent de quitter le milieu pénitentiaire pour l'hôpital par le biais d'une procédure d'aménagement de peine (B).

A. Les trois niveaux de l'organisation des soins

L'offre de soins se distingue entre soins somatiques et psychiatriques et est organisée en trois niveaux¹³¹. D'abord, un niveau 1 regroupant tous les soins ambulatoires, assurés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaires (USMP). Ces USMP sont issues du décret du 27 octobre 1994¹³² qui crée les unités de consultations et de soins ambulatoires (renommées USMP en 2012) dans les établissements pénitentiaires. Les USMP, présents dans chaque établissement pénitentiaire¹³³, sont liées à des centres hospitaliers de référence et ont des missions de soins, notamment des hospitalisations urgentes ou de courtes durées pouvant être réalisées sur place, des missions de préparation du suivi avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et des actions de prévention ainsi que d'éducation à la santé. La loi pénitentiaire de 2009 prévoit un protocole entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, ainsi que le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé de référence, pour définir le cadre de l'intervention des professionnels de santé.

Ensuite, un niveau 2 qui est constitué des prises en charge à temps partiel, effectuées, pour les soins somatiques, en milieu hospitalier, éventuellement dans des chambres sécurisées, et pour les soins psychiatriques en hôpital de jour ou en services médico-psychologiques régionaux¹³⁴. Enfin, un niveau 3 regroupant les hospitalisations à temps complet, pour les soins somatiques, au sein des chambres sécurisées des établissements de santé, des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)¹³⁵, ou nationale au sein de l'EPSNF, et pour les soins psychiatriques en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)¹³⁶ ou en unités pour malades difficiles. Ainsi les personnes détenues sont souvent prises en charge dans un contexte sécurisé.

¹³¹ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 142.

¹³² Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, issu de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹³³ Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, *op cit.* p. 271.

¹³⁴ Les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), créés par le décret n°86-602 du 14 mars 1986, assurent une mission de dépistage de troubles mentaux, mettent en œuvre des traitements et assurent le suivi.

¹³⁵ Placées sous l'autorité d'un praticien hospitalier, les UHSI sont créées par l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

¹³⁶ La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002, d'orientation et de programmation pour la justice, crée les UHSA pour les hospitalisations en soins psychiatriques durables et sans consentement.

L'état de santé des patients détenus, et notamment des personnes âgées en perte d'autonomie, peut aussi nécessiter des hospitalisations à l'extérieur pour accéder à certaines spécialités, voire des hospitalisations de longue durée. La sortie du cadre de soins pénitentiaire s'avère alors nécessaire.

B. Les aménagements de peine juridictionnels pour raison médicale

Tout d'abord, des aménagements de peine « classique »¹³⁷ sont envisageables pour permettre à une personne détenue d'accéder à des traitements¹³⁸. Il peut s'agir de mesures sous écrou (semi-liberté, placement à l'extérieur, surveillance électronique) et sans écrou (libération conditionnelle, suspension ou fractionnement de peine)¹³⁹. Ces aménagements sont conditionnés par des critères rigides, tenant à l'infraction commise ou à un reliquat de peine de deux ans en détention¹⁴⁰. Ne sont pas éligibles des personnes condamnées pour terrorisme ou condamnées à des peines importantes dont le terme est encore trop éloigné¹⁴¹.

Pour permettre une sortie durable de détention sans condition tenant à la nature ou la durée de la peine restant à subir, le législateur a créé un mécanisme spécial de suspension de peine, inscrit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 à l'article 720-1-1 du CPP. Avec la suspension de peine pour raison médicale (SPRM), le législateur renforce la protection du patient jusqu'en prison¹⁴², dans le prolongement de la dignité de la personne malade¹⁴³. En effet, la loi permet de suspendre la détention à condition de constater « une pathologie engageant le pronostic vital » ou un « état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec le maintien en détention ». En complément, une libération conditionnelle pour raisons médicales est créée par la loi n°2014-896 du 15 août 2014. Ainsi, la SPRM s'achève par « l'amélioration de l'état de santé de la personne condamnée, le non-respect des obligations fixées, un risque grave de renouvellement de l'infraction »¹⁴⁴ ou la libération conditionnelle figurant au dernier alinéa de l'article 729 du

¹³⁷ C'est-à-dire les aménagements de peines « classiques » listés sous ce nom par le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, 17 juillet 2018, p. 13.

¹³⁸ Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, 2018, pp. 13 à 17.

¹³⁹ Ces aménagements sont prévus aux articles 720-1 et 723 et suivants du CPP.

¹⁴⁰ Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, p. 13.

¹⁴¹ *Ibid.* p. 14.

¹⁴² Ponselle Anne, *op cit.* note 120, pp. 729 à 744.

¹⁴³ Inscrite par la même loi à l'article L. 1110-2 CSP.

¹⁴⁴ Aux termes de l'article 720-1-1 CPP.

code de procédure pénale¹⁴⁵. Elle est possible après une SPRM d'au moins un an¹⁴⁶, une nouvelle expertise, et une prise en charge adaptée à la situation de la personne en aval.

En résumé, si « la prison n'est pas un hôpital »¹⁴⁷, l'accès aux soins y est garanti dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Ainsi, l'organisation des soins est adaptée. Toutefois, « équivalent » ne signifie pas « égal »¹⁴⁸, les contraintes pénitentiaires restreignent la pleine effectivité de la règle, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Section 2 : Les limites de la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie en détention

Il s'agit dans cette section de mesurer en quoi les difficultés de pilotage global et d'organisation de l'offre de soins impactent la prise en charge sanitaire des personnes âgées en perte d'autonomie. Il convient donc d'étudier les difficultés que rencontre le pilotage de l'offre de soins (Paragraphe 1). Nous verrons qu'elles sont en partie dues aux mêmes causes que celles rencontrées dans le milieu libre. Ensuite, il s'agit d'identifier les impacts spécifiques que ces difficultés peuvent avoir sur la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes en perte d'autonomie (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les difficultés du pilotage de l'offre de soins en détention

Tout d'abord, le pilotage de l'offre de soins est contraint par un diagnostic insuffisant des besoins particuliers de la population détenue (A). Ensuite, de manière particulièrement marquée par rapport à l'ensemble du système de santé, l'offre de soins en détention est limitée par la rareté de certains professionnels de santé (B).

A. L'évaluation insuffisante des besoins sanitaires de la population carcérale

D'une part, le pilotage de l'offre de soins en détention est rendu complexe pour une raison tenant au diagnostic des besoins de cette population. Le Sénat¹⁴⁹, en 2017, et l'Assemblée

¹⁴⁵ Cette libération conditionnelle n'est pas empêchée par la période de sûreté depuis l'arrêt cass. crim., 3 mars 2021, n° 20-81692, publié au bulletin.

¹⁴⁶ Le délai initial était de trois ans mais il a été ramené à un an par la loi n°2019-222 du 23 mars 2019, de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JORF n°0071 du 24 mars 2019, texte 2.

¹⁴⁷ Kanoui-Mebazaa, Valérie, et Valantin, Marc-Antoine. « La santé en prison », *Les Tribunes de la santé*, vol. 17, no. 4, 2007, pp. 97-103.

¹⁴⁸ Laplaud, Ambre. *Op cit.* p. 6.

¹⁴⁹ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 18.

nationale¹⁵⁰, en 2022, pointent le manque d'études épidémiologiques et la fiabilité relative des statistiques sur la population détenue. La Cour des comptes, en 2019, estime même que « la population carcérale est dans un angle mort statistique et épidémiologique »¹⁵¹. Cette rareté des études est aussi particulièrement notable concernant les pathologies psychiatriques et plus largement la mesure de la souffrance psychique¹⁵². Ainsi, l'absence de connaissance limite la possibilité d'une prise en charge pensée à grande échelle. Les enjeux sont pourtant importants, en effet, la population détenue cumule des « caractéristiques de vulnérabilité »¹⁵³.

En effet, la population détenue cumule les déterminants sociaux de santé défavorables à l'entrée en détention. Ainsi, comme nous avons pu le voir en introduction, la santé mentale des détenus est fortement dégradée et ils sont plus fréquemment concernés par les conduites addictives et la prévalence des infections virales que l'ensemble de la population. L'origine précaire et l'habitude d'un faible recours aux soins des personnes détenues entraînent des difficultés de suivi régulier et un traitement complexe des pathologies chroniques¹⁵⁴. Toutefois, il est important de noter que certaines personnes sont mieux soignées en prison¹⁵⁵, compte tenu de l'accès plus direct à l'information et à la prévention, mais aussi l'accès moins contraignant qu'à l'extérieur à certains traitements (traitements contre l'hépatite C). Ces traitements sont aussi parfois moins chers en détention (soins bucco-dentaires). Enfin, la surveillance permet parfois de faciliter certains traitements ou cures. Globalement, le niveau de santé est dégradé à l'entrée en prison et les personnes détenues souffrent parfois de pathologies multiples.

En résumé, les besoins particuliers de la population détenue sont mal identifiés. A cela s'ajoute le fait que les professionnels de santé qui pourraient les prendre en charge sont rares, et à plus forte raison, les médecins spécialistes.

B. La rareté des professionnels de santé

Le pilotage de l'offre de soins est entravé par la démographie médicale, en miroir du problème à l'échelle nationale. Cela est logiquement aggravé dans les déserts médicaux¹⁵⁶. En particulier, la démographie médicale des spécialistes rend particulièrement difficile l'accès à des

¹⁵⁰ Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, *op cit.* p. 98

¹⁵¹ Communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat, « La prévention et la prise en charge du VIH », juin 2019, p. 26.

¹⁵² CGLPL, avis du 14 octobre 2019, relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF du 22 novembre 2019, texte 136.

¹⁵³ Kanoui-Mebazaa, Valérie, et Valantin, Marc-Antoine. *Op cit.*

¹⁵⁴ *Ibidem.*

¹⁵⁵ *Ibidem.*

¹⁵⁶ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 53.

consultations dans les établissements, et le recrutement en prison¹⁵⁷. En 2015, parmi les fortes proportions de postes budgétés non pourvus, on constate notamment 22% des postes de spécialistes et 15,5% des psychiatres¹⁵⁸. Dès lors, en détention comme à l'extérieur, on observe les mêmes contraintes à assurer une offre de soins.

Toutefois, les difficultés sont encore accrues pour le milieu carcéral. En effet, les conditions de travail en établissement pénitentiaire sont peu attrayantes pour ces professions¹⁵⁹. La télémédecine est envisagée pour remédier à une partie du problème de l'accès aux soins depuis l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 août 2016. Toutefois, aux yeux du CGLPL, le développement actuel de la télémédecine pour les patients détenus semble insuffisant¹⁶⁰, alors qu'il permettrait « de limiter les extractions vers l'hôpital de rattachement, tout en garantissant un accès réel aux soins »¹⁶¹. Ainsi, les contraintes de l'exercice des soins réduisent l'attrait de la prison pour les professionnels de santé.

Le pilotage complexe de l'offre de soins, notamment pour des raisons exclusivement liées au milieu carcéral, implique des difficultés dans l'accès aux soins et la mise en œuvre effective des droits des patients. Il convient pour nous de mesurer désormais en quoi cela impacte particulièrement les personnes en perte d'autonomie.

Paragraphe 2 : L'impact de l'offre de soins pénitentiaire sur la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie

Nous avons identifié des difficultés pour piloter l'offre de soins en détention et assurer l'accès effectif aux soins. Nous étudierons dans ce paragraphe les implications de ces difficultés pour la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie. Tout d'abord, les conséquences sur la prise en charge des patients nuisent particulièrement aux personnes âgées (A). Ensuite, la prise en charge de la perte d'autonomie au niveau médical ajoute des contraintes spécifiques des extractions médicales (B).

¹⁵⁷ *Ibid.* p. 54.

¹⁵⁸ Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, *op cit.* p. 278.

¹⁵⁹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 235.

¹⁶⁰ CGLPL, avis du 16 juin 2015, *op cit.*

¹⁶¹ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 55.

A. Les conditions de prise en charge des patients en perte d'autonomie

Les droits reconnus aux personnes détenues sont souvent restreints par les contraintes de la détention et l'insuffisance des moyens. Le guide de la prise en charge sanitaire des PPSMJ rappelle qu'il convient « d'être particulièrement vigilant quant à l'exercice de ces droits, d'autant que les bénéficiaires sont en situation de vulnérabilité »¹⁶². En effet, la promiscuité et les impératifs de sécurité affectent leur effectivité. C'est notamment le cas du secret médical et de la confidentialité des consultations¹⁶³. Plus généralement, ce droit du patient impose une obligation déontologique pour le médecin, figurant à l'article R. 4127-4 du code de la santé publique. Or, la préservation de ce secret est essentielle pour la protection des professionnels de santé exerçant dans le milieu carcéral et pour les patients détenus¹⁶⁴. En effet, les personnes souffrant de certaines pathologies sont victimes de préjugés qui « peuvent devenir le prétexte à des réactions d'intolérance majeure entre détenus conduisant à l'exclusion »¹⁶⁵, et on ne saurait trop rappeler la vulnérabilité des personnes âgées en perte d'autonomie aux violences et à l'isolement. Par ailleurs, selon le CGLPL, le secret médical ne saurait se confondre avec le secret professionnel auquel sont tenus les surveillants pénitentiaires et les agents d'escorte, même s'il est difficile de limiter les indiscretions involontaires en pratique¹⁶⁶ et même les atteintes à l'intimité du patient¹⁶⁷, notamment lors des extractions médicales. Ainsi, les enjeux sont particulièrement importants pour les personnes en perte d'autonomie.

Par ailleurs, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont prises en charge UHSA. Nous avons noté en introduction à quel point elles étaient fréquentes en détention et que les pathologies liées au vieillissement sont souvent d'ordre neuropsychiatrique. Le CGLPL, dans son avis sur la santé mentale des personnes détenues, note un faible nombre d'UHSA et donc des difficultés liées au transport et aux visites familiales¹⁶⁸. En outre, le Comité européen pour la prévention de la torture note dans son rapport de 2019, des conditions de détention très inégales entre les UHSA, parfois conduisant à un fort isolement¹⁶⁹. Par ailleurs, le CGLPL constate que les personnes détenues « répugnent à solliciter spontanément une consultation

¹⁶² Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 112.

¹⁶³ CNCDH, avis du 24 mars 2022 sur l'effectivité des droits fondamentaux en prison, n°A-2022-5, p. 16.

¹⁶⁴ Kanoui-Mebazaa, Valérie, et Valantin, Marc-Antoine. *Op cit.*

¹⁶⁵ *Ibidem.*

¹⁶⁶ CGLPL, avis du 16 juin 2015, *op cit.*

¹⁶⁷ *Ibidem.*

¹⁶⁸ CGLPL, avis du 14 octobre 2019, *op cit.*

¹⁶⁹ Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 4 au 18 décembre 2019, CPT/Inf (2021) 14, 24 juin 2021, p. 73.

d'ordre psychologique »¹⁷⁰. En effet, cela est souvent dû à la crainte d'être assimilé à un auteur d'infraction à caractère sexuel ou à la suspicion de l'administration pénitentiaire face aux besoins d'ordre psychologique¹⁷¹. Dès lors, si les personnes en perte d'autonomie ne sont pas prises en charge en UHSA ou dans des conditions parfois difficiles, elles peuvent se retrouver aussi sans soin en détention.

Ainsi, la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie peut nécessiter ces extractions, d'autant plus fréquemment que l'accès aux médecins de spécialité est réduit en détention.

B. La pénibilité des extractions médicales dues à la pénurie de spécialistes

L'accès aux soins et la qualité des prestations sont contraints d'une part, par les moyens financiers limités de l'administration pénitentiaire¹⁷², et d'autre part, par le recrutement difficile des professionnels de santé. Or, la difficulté d'accéder à des prestations relevant de médecins spécialistes est particulièrement dommageable aux personnes âgées en perte d'autonomie, notamment pour les soins relevant de la gériatrie. En effet, le manque de spécialiste implique plus souvent de prendre en charge les patients dans un établissements de santé, et donc, un recours plus fréquent aux extractions médicales¹⁷³. Ces dernières se révèlent très difficiles pour les personnes atteintes de pathologies lourdes¹⁷⁴.

Selon le CGLPL, les contraintes (menottes et autres entraves) sont souvent utilisées de manière disproportionnée, que ce soient pour les personnes handicapées ou pour les personnes de plus de 70 ans, qui ne sont pas censés être soumises au port de moyens de contrainte¹⁷⁵. Cet état des lieux de la prise en charge sanitaire des personnes âgées en perte d'autonomie amène à observer, à l'instar de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), que « si l'accès aux soins doit nécessairement être amélioré, l'établissement pénitentiaire ne doit en aucun cas se substituer à un établissement de santé dès lors qu'il n'a pas pour objet d'accueillir des individus souffrant de graves pathologies »¹⁷⁶. A plus forte raison, un établissement pénitentiaire ne peut se substituer à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour prendre en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dont le niveau de dépendance est incompatible avec leur maintien en détention.

¹⁷⁰ CGLPL, avis du 14 octobre 2019, *op cit.*

¹⁷¹ *Ibidem.*

¹⁷² CNCDH, avis du 24 mars 2022, *op cit.* pp. 286-287.

¹⁷³ CGLPL, avis du 16 juin 2015, *op cit.*

¹⁷⁴ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

¹⁷⁵ *Ibidem.*

¹⁷⁶ CNCDH, avis du 24 mars 2022, *op cit.* p. 16.

En résumé, nous avons constaté que le droit garantissant un accompagnement social et médico-social ainsi qu'un aménagement adapté des conditions de détention est imparfaitement appliqué, du fait de difficultés propres au milieu pénitentiaire. En outre, l'équivalence de traitement au niveau sanitaire, censée garantir des soins effectifs et de qualité, se révèle aussi inadaptée pour prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, le cadre juridique nous semble insuffisant à accompagner la perte d'autonomie et, à plus forte raison, celle des personnes dont le maintien en détention cause une souffrance excessive.

Partie 2 : L'opportunité d'une autre réponse pénitentiaire et médico-sociale à la perte d'autonomie en détention

A ce stade de notre réflexion, nous constatons l'insuffisance du cadre juridique applicable en prison à permettre un accompagnement et une prise en charge sanitaire appropriée des personnes en perte d'autonomie. Les difficultés identifiées résultent notamment du milieu pénitentiaire en lui-même, de sa rigidité et de son décalage par rapport au reste de la société et, donc, de ses exigences.

Désormais, il convient que nous évaluions l'opportunité de repenser la peine de détention en prenant en considération la perte d'autonomie. Nous effectuerons cette réflexion en deux temps. Le premier sera dédié à mesurer la nécessité de repenser le cadre procédural de la détention des personnes en perte d'autonomie (Chapitre 1). Nous constaterons l'atteinte au respect de la dignité de la personne détenue que ce cadre peut engendrer. Ainsi, il s'agira alors d'étudier les possibilités d'imprégner davantage les conditions de détention des exigences du droit médico-social (Chapitre 2).

Chapitre 1 : La nécessité de repenser le cadre procédural pour garantir le respect de la dignité de la personne en perte d'autonomie

Le cadre procédural de l'exécution des peines permet aux personnes remplissant certains critères de sortir de détention de manière anticipée. Il nous semble que cela aurait un intérêt certain pour les personnes en perte d'autonomie. En effet, la détention réduit l'autonomie et l'accompagnement étudié auparavant est insuffisant. Ainsi, pour bénéficier de conditions de vie adaptées à leur état et pour leur épargner un traitement inhumain, il nous semble qu'il est

nécessaire de pouvoir leur faire quitter la détention. C'est pourquoi, nous étudierons dans une première section les aménagements de peine mobilisables en cas de perte d'autonomie et permettant la sortie anticipée de détention (Section 1). Nous constaterons leur applicabilité et leur effectivité limitée pour notre public, si bien que nous en déduirons parfois un maintien en détention dans des conditions difficiles. Il s'agira alors de mesurer si ce maintien en détention peut constituer une atteinte au respect de la dignité de la personne humaine (Section 2).

Section 1 : L'ineffectivité des aménagements de peine permettant la sortie anticipée de détention pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Les conditions d'une prise en charge sanitaire de l'autonomie « hors-les-murs » apparaît insatisfaisante. En effet, suivre des traitements dans un établissement spécialisé dépend notamment d'aménagements de peine « classiques », cités précédemment, sous condition de reliquat de peine d'emprisonnement ou de réclusion d'une durée maximum de deux ans. Or, l'état des personnes âgées en perte d'autonomie se dégrade inexorablement dans le temps. En outre, pour une raison tenant à la sociologie des personnes âgées détenues¹⁷⁷ et, pour une autre, tenant à la nécessaire approche médico-sociale de la prise en charge de la perte d'autonomie¹⁷⁸, il apparaît que ces mesures temporaires sont mobilisables mais insuffisantes. Il convient donc d'étudier l'applicabilité des aménagements existants permettant une sortie anticipée de détention, qui soient accessibles aux personnes âgées en perte d'autonomie. Nous nous concentrerons sur ceux dépendants de l'état de santé ou de l'âge, qui correspondraient à des situations pouvant être rencontrées par des personnes par ailleurs en perte d'autonomie (Paragraphe 1). Nous apprécierons ensuite l'effectivité de ces aménagements au regard de leurs conditions communes d'octroi (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'applicabilité limitée des aménagements permettant la sortie anticipée de détention en raison de l'état de santé ou de l'âge

Il n'existe pas de procédure d'aménagement de peine faisant explicitement référence à la perte d'autonomie. Toutefois des aménagements mobilisables pour certaines de ces situations nous semble pertinents à étudier afin de mesurer leur applicabilité dans le cadre de la perte d'autonomie. Le premier que nous étudierons, le plus ancien, est la SPRM qui est notamment

¹⁷⁷ Les personnes âgées détenues sont souvent des condamnés à de longues peines, notamment pour des infractions sexuelles, voir *supra*.

¹⁷⁸ Par définition, la perte d'autonomie ne se limite pas à des besoins de traitements médicaux ponctuels en établissement hospitalier, il y a un besoin d'accompagnement au quotidien.

applicable en cas d'état de santé incompatible avec le maintien en détention (A). Le second est plus récent et semble particulièrement ciblé pour anticiper le vieillissement de la population carcérale. Il s'agit de la libération conditionnelle des soixante-dix ans ou plus (B).

A. Le prisme sanitaire : la suspension de peine pour raison médicale

La SPRM est conçue à l'origine comme une alternative à la grâce médicale accordée par le Président de la République, dont l'accord était exceptionnel¹⁷⁹. Ainsi, elle est créée pour protéger la dignité des personnes atteintes d'une pathologie mettant en jeu leur pronostic vital, autrement dit les mourants en prison, et « les détenus très âgés et dépendants, dont la présence en prison ne se justifie plus en termes de protection de la société »¹⁸⁰. Une des premières applications de l'histoire de la SPRM concerne effectivement une personne détenue âgée, Maurice Papon¹⁸¹. Ce cas donne lieu à quelques développements judiciaires dus aux remous que la sortie de détention causa dans l'opinion¹⁸². Toutefois, les motifs médicaux, le pronostic vital engagé et l'appréciation d'un état de santé incompatible avec la détention, sont difficilement applicables en pratique aux personnes âgées en perte d'autonomie. Concernant l'engagement du pronostic vital, ce motif semble difficilement mobilisable car il est pensé avec le prisme de la pathologie terminale¹⁸³. En 2005, la Cour de cassation impose que ce pronostic soit engagé à « court terme »¹⁸⁴, c'est-à-dire « aux seules personnes mourantes »¹⁸⁵. La perte d'autonomie n'est pas une pathologie, n'est pas fulgurante a priori, et n'amène pas la mort de la personne détenue.

Quant au motif tenant à l'appréciation d'un état de santé incompatible avec la détention, il sert à « permettre à un malade de recevoir des soins plus appropriés au dehors, et de ne pas souffrir exagérément de sa maladie du fait de la détention »¹⁸⁶. L'expertise médicale prévue dans l'instruction de la demande apprécie cette situation et est l'occasion d'observer si tous les moyens ont été mis en œuvre pour aider matériellement la personne en perte d'autonomie. Une

¹⁷⁹ Rapport de l'Assemblée nationale n°2521, fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, par M. Jacques Floch, rapporteur, 28 juin 2000, p. 249

¹⁸⁰ *Ibidem*.

¹⁸¹ Ce haut fonctionnaire français est condamné pour complicité de crimes contre l'humanité et incarcéré au centre pénitentiaire de Fresnes le 22 octobre 1999 puis transféré à la Santé.

¹⁸² La Cour de cassation, dans un arrêt de rejet du 12 février 2003, applique strictement l'article 720-1-1 et ne reconnaît pas de condition à la SPRM concernant l'infraction commise ou l'existence d'un trouble à l'ordre public. Cass. crim., 12 février 2003, n°02-86.531, publié au bulletin.

¹⁸³ Herzog-Evans, Martine. *Droit de l'exécution des peines*, 2016/2017, Dalloz, coll. Dalloz Action, 5e éd, 2016, p. 652.

¹⁸⁴ Cass. crim., 28 septembre 2005, n°05-81.010, publié au bulletin.

¹⁸⁵ Bouvier, Jean-Claude. « Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait », *Délibérée*, vol. 1, no. 1, 2017, pp. 53-58.

¹⁸⁶ Herzog-Evans, Martine. *Op cit.*

première limite porte sur l'appréciation *in concreto* des conditions de détention¹⁸⁷. En effet, le déplacement pour apprécier *in situ* les conditions de détention n'est pas systématique¹⁸⁸, du fait de la rareté des experts et de l'éloignement des établissements pénitentiaires¹⁸⁹. La seconde limite est le cas où la juridiction constate qu'un maintien en détention dans les UHSI, les UHSA ou à l'EPSNF est compatible avec l'état de santé de la personne détenue, et donc n'ordonne pas la mesure. Or la vocation de ces services n'est pas d'assurer une hospitalisation pérenne pour des personnes éligibles à un aménagement de peine¹⁹⁰. Ces situations amènent le groupe de travail Santé Justice¹⁹¹, en 2013, et le CGLPL, en 2018, à constater que « la situation des personnes est regardée essentiellement par le prisme de l'offre de soins existant en prison et non celui de la dignité de la personne »¹⁹².

En résumé, il semble complexe d'obtenir la constatation d'un pronostic vital engagé ou d'un état de santé incompatible avec le maintien en détention pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, l'applicabilité de la SPRM pour cette population est limitée, il en est donc de même pour la libération conditionnelle associée. En outre, ces mesures restent peu mises en œuvre¹⁹³. Il convient ensuite d'étudier la libération conditionnelle sur le critère d'un seuil d'âge, afin d'évaluer si elle est davantage mobilisable pour les personnes en perte d'autonomie.

B. Le prisme de l'âge : la libération conditionnelle des soixante-dix ans ou plus

L'article 47 de la loi pénitentiaire de 2009 ajoute un alinéa 11 à l'article 729 du code de procédure pénale. Celui-ci prévoit une libération conditionnelle simplifiée dans ses conditions d'octroi à partir de l'âge de soixante-dix ans ou plus. En effet, cette mesure n'est pas concernée

¹⁸⁷ Exigée par cass. crim., 7 janvier 2009, n°08-83.364, inédit, et par le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, p. 21.

¹⁸⁸ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

¹⁸⁹ Bouvier, Jean-Claude. *Op cit.*

¹⁹⁰ En effet, les USHI accueillent les personnes détenues pour des hospitalisations programmées de plus de 48 heures. En outre, « la mission de l'EPSNF est de soigner, et non de garder, les personnes détenues pour lesquelles, en raison de leur âge, de leurs déficiences ou de leur dépendance, l'administration pénitentiaire ne dispose pas de solution d'hébergement adaptée. Actuellement, 30 % des patients hospitalisés à l'EPSNF ont plus de 60 ans » Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, *op cit.* p. 274.

¹⁹¹ En 2013, le groupe de travail Santé Justice est mis en place par la garde des sceaux, Christiane Taubira, et la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, afin « de réaliser un bilan de la prise en charge des personnes en fin de vie ou souffrant de pathologies lourdes engageant leur pronostic vital » et d'évaluer les dernières réformes touchant notamment à la SPRM. Rapport du groupe de travail Santé Justice « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale », 20 novembre 2013, p. 2.

¹⁹² Il est intéressant de constater que, malgré les 5 années qui séparent ces constatations, aucune recommandation n'a été suivie d'effet. Rapport du groupe de travail Santé Justice, *op cit.* p. 6 et CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

¹⁹³ 216 mesures de suspension de peine étaient suivies au 1^{er} janvier 2017 par les SPIP selon l'avis du CGLPL du 17 septembre 2018, *op cit.*

par les restrictions tenant aux durées de peines accomplies. Ensuite la condition de réinsertion est considérée comme remplie lorsque la personne âgée détenue « fait l'objet d'une prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire ou s'il justifie d'un hébergement ». Toutefois, au cours de la première lecture de la loi, l'abaissement du seuil de soixante-quinze à soixante-dix ans, est inscrit par le Sénat moyennant une « contrepartie »¹⁹⁴. Sont donc ajoutées deux restrictions « en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou si cette libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public ». A première vue, ces motifs peuvent sembler tous les deux faire référence à la récidive¹⁹⁵ mais ils sont bel et bien indépendants¹⁹⁶. En effet, si la première condition est comparable à celle figurant à l'alinéa 1 de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, relatif à la SPRM ; la seconde condition est justifiée par « l'émoi causé par l'octroi à Maurice Papon d'une suspension de peine pour motif médical alors que la gravité de son état de santé ne paraissait pas évidente »¹⁹⁷. Il s'agit donc là d'un motif destiné au juge dans les circonstances exceptionnelles et qui ne connaît pas de réelle application en principe¹⁹⁸.

Ainsi, s'il est évident que cette mesure aux conditions assouplies a pour objectif de lutter contre le vieillissement de la population carcérale¹⁹⁹ et d'inclure le cas des personnes âgées en perte d'autonomie²⁰⁰, elle reste rigidifiée par la condition d'âge choisi par le législateur. Un effet de seuil peut en résulter²⁰¹. En outre, le fixer à soixante-dix ans a été la source de controverses²⁰². Les professionnels du secteur estiment qu'on observe les effets du vieillissement dès cinquante ans et que la sortie des détenus en devient « pressante »²⁰³. Autrement dit, les effets délétères d'une avancée en âge dépendent de nombreux facteurs individuels et environnementaux²⁰⁴, si

¹⁹⁴ Rapport Sénat, p. 181.

¹⁹⁵ Herzog-Evans, Martine, *Op cit.* p. 696.

¹⁹⁶ Rapport du Sénat n°143, fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi pénitentiaire, par M. Jean-René Lecercq, sénateur, 17 décembre 2018, p. 181.

¹⁹⁷ *Ibidem.*

¹⁹⁸ Herzog-Evans, Martine. *Op cit.*

¹⁹⁹ Rapport du Sénat n°143, *op cit.* p. 180.

²⁰⁰ Martine Herzog-Evans estime que cette libération conditionnelle des personnes âgées « repose sur le constat qu'il est à la fois inhumain et matériellement complexe pour l'institution pénitentiaire de maintenir en détention des personnes âgées ». Herzog-Evans, Martine. *Op cit.*

²⁰¹ Herzog-Evans, Martine. *Op cit.* p. 695.

²⁰² Compte rendu des débats sur l'article 47 lors de la séance publique du 6 mars 2009, accessible ici : <http://www.senat.fr/seances/s200903/s20090306/s20090306006.html#section867>.

²⁰³ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 152.

²⁰⁴ Ennuyer, Bernard. « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, vol. 34/138, no. 3, 2011, pp. 127-142.

bien que l'âge, en lui seul, ne peut sûrement pas correspondre à un niveau de perte d'autonomie d'un individu.

En résumé, si la SPRM et la libération conditionnelle des soixante-dix ans ont pu être conçues pour englober la perte d'autonomie, leurs prismes ne semblent qu'imparfaitement la prendre en compte. Toutefois, étant les seules mobilisables lorsque la personne en perte d'autonomie parvient à remplir les conditions d'octroi liées à la santé ou à l'âge, il convient désormais de mesurer l'effectivité de ces aménagements de peine.

Paragraphe 2 : Les conditions communes aux aménagements de peine en raison de l'état de santé ou de l'âge

L'effectivité de ces aménagements de peine est largement restreinte par les conditions d'octroi de ces aménagements. D'une part, une réserve tendant à la dangerosité supposée du condamné peut entraîner une limite à l'effectivité de l'aménagement de peine pour le cas de la personne âgée (A). D'autre part, il est difficile de satisfaire la condition de réinsertion en pratique, étant donné la complexité d'assurer une place en structure adaptée en aval de la détention (B).

A. Les limites tenant au profil pénal des personnes âgées

Une condition à la SPRM d'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction est inscrite depuis la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales²⁰⁵. A première vue, la dangerosité d'une personne GIR 1 semble réduite. Toutefois, cette condition restreint indirectement l'accès à la SPRM des personnes détenues pour des infractions à caractère sexuel. En effet, l'article 712-21 du code de procédure pénale impose une expertise psychiatrique préalable aux demandes de suspension de peine – dont la SPRM²⁰⁶ – des personnes sous suivi socio-judiciaire, et deux experts sont exigés pour les personnes ayant commis des crimes sur mineur de quinze ans. Or, cela peut concerner des auteurs d'infractions sexuelles, c'est-à-dire souvent des personnes âgées, parfois même en perte d'autonomie²⁰⁷. Cette expertise doit s'ajouter aux autres prévues dans la procédure de l'article 720-1-1, le temps d'instruction en est ainsi rallongé. De plus, l'état de santé et la sénilité peuvent rendre impossible la bonne réalisation de cette expertise²⁰⁸. Par ailleurs, contrairement aux

²⁰⁵ Auparavant, aucune condition de cet ordre n'était applicable, en témoigne l'affaire Papon et l'arrêt cass. crim., 12 février 2003, n°02-86.531, publié au bulletin.

²⁰⁶ Herzog-Evans, Martine. *Op cit.* p. 660.

²⁰⁷ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 307.

²⁰⁸ Rapport du groupe de travail Santé Justice, op cit. p. 24.

aménagements de peine « classiques »²⁰⁹, dont la libération conditionnelle pour les personnes âgées de 70 ans ou plus, la SPRM et la libération conditionnelle associée ne sont pas conditionnées par la nature de la peine ou sa durée, cela rend notamment possible de la mettre en œuvre pendant la période de sûreté²¹⁰. Pourtant, certains magistrats n'autorisent pas la SPRM par principe pour les personnes détenues en période de sûreté, pourtant souvent âgées²¹¹.

Quant à la libération conditionnelle pour les personnes âgées de 70 ans ou plus, la condition tenant à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction est ajoutée par le Sénat, comme vu précédemment. La chambre haute du parlement fait alors allusion à la part importante de personnes âgées détenues pour des infractions à caractère sexuel²¹². Cette condition ajoute, en effet, la nécessité d'évaluer la dangerosité de la personne détenue avec l'expertise de l'article 712-21 du code de procédure pénale²¹³. Or, cette libération conditionnelle a pour particularité de supprimer le temps d'épreuve pour les personnes âgées de 70 ans ou plus. Pourtant, la logique inscrite dans la loi pénitentiaire est que l'effort de réinsertion, manifesté lors du temps d'épreuve, et condition de l'aménagement de peine, permet de lutter contre la récidive²¹⁴. C'est pourquoi Pierrette Poncela estime que « le texte ajoute bien inutilement une restriction tenant au risque de réitération »²¹⁵. En pratique, cette libération conditionnelle des 70 ans est peu appliquée pour ces raisons, quand elle n'est pas inconnue des professionnels²¹⁶.

Ainsi, pour des raisons tenant au profil pénal des personnes âgées, la condition de dangerosité est souvent interprétée de manière à restreindre l'octroi de l'aménagement de peine.

B. Les limites tenant à une prise en charge en aval

La condition d'insertion ou de réinsertion de la personne détenue peut, pour ces aménagements de peine, se limiter à une simple « prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire » ou justifier « d'un hébergement ». Pour autant, ces conditions

²⁰⁹ La période de sûreté est prévue à l'article 132-23 du code pénal.

²¹⁰ Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, p. 18.

²¹¹ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

²¹² Rapport du Sénat n°143, *op cit.* p. 181.

²¹³ Cela est confirmé par le récent arrêt cass. crim., 14 avril 2021, n°20-81.177, publié au bulletin. En outre cela implique les mêmes limites que pour la SPRM.

²¹⁴ Pottier, Philippe. « Repenser la peine de prison après la loi du 24 novembre 2009 », *Pouvoirs*, vol. 135, no. 4, 2010, pp. 149-158.

²¹⁵ Poncela, Pierrette. « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 1, no. 1, 2010, pp. 190-200.

²¹⁶ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* pp. 69-70.

peuvent être très difficiles à remplir en pratique pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui limite l'effectivité de ces aménagements. Le service intégré d'accueil et d'orientation, en lien avec le SPIP, traite les demandes d'hébergement et de logement adapté des sortants de détention ou faisant l'objet d'un placement à l'extérieur. Déjà à ce stade, le dialogue entre services intégrés d'accueil et d'orientation et SPIP n'est pas toujours fluide²¹⁷. De plus, selon Martine Herzog-Evans, la difficulté à trouver une prise en charge adaptée en aval est un « obstacle courant au prononcé ou à l'exécution, de la suspension médicale de peine »²¹⁸. Pour l'hébergement, selon le groupe de travail Santé Justice, la difficulté peut résulter de « liens familiaux distendus »²¹⁹.

Quant aux structures d'aval, trouver des places pour les personnes détenues est complexe pour plusieurs raisons. En premier lieu, les établissements sont « réticents à accueillir ce public »²²⁰. Il nous semble que cela peut être dû à des réserves quant à la dangerosité des personnes détenues, ce qui nécessite de produire des certificats de la part de l'établissement pénitentiaire²²¹. Ensuite, la diversité des structures médicosociales implique que les besoins médico-sociaux de la personne détenue soient évalués, afin de solliciter le service ou l'établissement adapté²²². Or cette évaluation est difficile comme nous pourrions l'expliquer par la suite. Troisièmement, l'articulation des temporalités judiciaire/médico-sociale est complexe²²³, cela peut notamment poser un problème lorsque le SPIP doit effectuer les démarches pour réserver une place en EHPAD alors que la décision du juge n'a pas été rendue²²⁴. L'hébergement des personnes âgées étant aujourd'hui en flux tendu, le blocage d'une chambre peut représenter un coût d'opportunité pour l'établissement. En outre, les personnes détenues ont souvent des moyens financiers limités et ne peuvent donc être candidats à tous les établissements, ce qui limite le périmètre des recherches.

Ainsi, l'applicabilité et l'effectivité de ces aménagements de peine aux situations des personnes âgées en perte d'autonomie, peuvent aboutir à un maintien en détention malgré des conditions d'incarcération causant une souffrance exacerbée. Or, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a récemment accru la protection de la dignité des personnes

²¹⁷ Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, *op cit.* p. 339.

²¹⁸ Herzog-Evans, Martine. *Op cit.* p. 662.

²¹⁹ Rapport du groupe de travail Santé Justice, *op cit.*, p. 7.

²²⁰ *Ibidem.*

²²¹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 307.

²²² Rapport du groupe de travail Santé Justice, *op cit.* p. 17.

²²³ Laplaud, Ambre. *Op cit.* p. 13.

²²⁴ Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, p. 47.

détenues. Il convient donc d'étudier maintenant dans quelle mesure cette garantie peut tout de même permettre à une personne en perte d'autonomie de sortir de détention de manière anticipée.

Section 2 : L'obligation de protéger la dignité des personnes en perte d'autonomie en détention

Il convient, avant d'entamer la suite du développement, de rappeler les fondements de la protection de la dignité de la personne humaine dans notre droit. La décision du Conseil constitutionnel du 27 juillet 1994, relative à l'examen des lois relatives à la bioéthique, déduit le principe constitutionnel de « sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » du préambule de la Constitution de 1946²²⁵. Le Conseil d'Etat en fait une composante de l'ordre public le 27 octobre 1995, dans son arrêt d'assemblée, Commune de Morsang-sur-Orge²²⁶, et désormais, en tant que principe fondamental, il s'impose à tous²²⁷. Toutefois, pour Pierrette Poncela, « l'introduction du droit au respect de la dignité pour les personnes détenues est principalement due à la jurisprudence évolutive et persévérante de la Cour européenne de Strasbourg »²²⁸. Ainsi, nous allons étudier comment le juge européen des droits fondamentaux a créé une protection de la dignité des détenus face aux traitements inhumains et dégradants, et notamment comment cette garantie peut s'appliquer aux situations de perte d'autonomie (Paragraphe 1). Ensuite, il conviendra d'évoquer la récente innovation du législateur, inspiré par la jurisprudence de la Cour de Strasbourg, permettant de garantir un recours effectif aux personnes détenues dans des conditions portant atteinte à leur dignité (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La protection par la CEDH des personnes en perte d'autonomie face aux conditions indignes de détention

La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales²²⁹ ne contient pas de stipulation spécifique concernant le traitement des détenus. Toutefois, dès 1987, parmi

²²⁵ Décision n°94-343/344 DC, 27 juillet 1994, loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, § 2.

²²⁶ Conseil d'Etat, assemblée, 27 octobre 1995, n°136727, publié au recueil Lebon.

²²⁷ Poncela, Pierrette. « Quelques aspects du respect de la dignité en droit de l'exécution des peines », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 3, no. 3, 2010, pp. 645-656.

²²⁸ *Ibidem*.

²²⁹ Désignée par « la Convention » dans la suite du développement.

les principes fondamentaux des règles pénitentiaires européennes, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe fait figurer que « les buts du traitement des détenus doivent être de préserver leur santé et de sauvegarder leur dignité [...] »²³⁰. Ensuite, une « construction prétorienne [...] remarquable »²³¹ amène à considérer que certains traitements en détention peuvent être considérés comme inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la Convention²³². La CEDH a ainsi étendu les critères de la dignité des conditions de détention, en appréciant notamment : l'état de santé, l'âge et le handicap physique du requérant. Il convient d'évaluer comment ces critères s'appliquent aux cas spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie. D'abord, nous étudierons les critères tenant à l'état de santé, sur lesquels la CEDH a bâti sa jurisprudence originelle (A). Ensuite nous analyserons les décisions qui permettent de distinguer une protection de la personne en perte d'autonomie (B).

A. L'appréciation des traitements inhumains et dégradants en fonction de l'état de santé

L'arrêt fondateur *Kudla c/ Pologne* du 26 octobre 2000 de la CEDH, protège la personne humaine et spécifiquement sa dignité²³³ sur le fondement de l'article 3 de la Convention. La CEDH estime que les Etats parties doivent « s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine »²³⁴, ce qui signifie que « les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »²³⁵. La CEDH caractérise ces mauvais traitements au-delà d'un « minimum de gravité », notamment apprécié en fonction « de l'âge et de l'état de santé »²³⁶ de la personne détenue. Notons que le traitement n'a pas besoin d'avoir pour but de rabaisser ou humilier la victime, même si le juge européen le prend en compte²³⁷. La Cour estime que l'article 3 de la Convention impose aux Etats parties d'assurer « la santé et le bien-être du prisonnier »²³⁸ dans

²³⁰ Recommandation, Comité des ministres du Conseil de l'Europe, *Règles pénitentiaires européennes*, n°R(87)3, 12 février 1987, p. 2.

²³¹ Robert, Anne-Gaëlle. « La mise en cause récurrente de la France par les juridictions françaises et européennes : regard européen », *Actes du colloque de l'ANJAP sur la surpopulation pénale*, 4 avril 2014, p. 1.

²³² L'article 3 de la Convention interdit la torture en ces termes : « Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »

²³³ CEDH, grande chambre, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req n°30210/96, § 94.

²³⁴ *Ibidem*.

²³⁵ *Ibidem*.

²³⁶ Voir notamment : CEDH, grande chambre, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req n°30210/96, § 91 ; pour un arrêt condamnant la France pour violation de l'article 3 : CEDH, première section, 14 novembre 2002, *Moussel c/ France*, req n°67263/01, § 37.

²³⁷ CEDH, deuxième section, 19 avril 2001, *Peers c/ Grève*, req n°28524/95, § 68.

²³⁸ CEDH, grande chambre, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req n°30210/96, § 94.

les exigences pratiques de l'emprisonnement, « notamment par l'administration des soins médicaux requis »²³⁹.

Ainsi, non seulement toute défaillance ou tempérament au principe de la reconnaissance d'un droit à la santé des détenus amène violation de l'article 3 de la Convention²⁴⁰, mais en plus, l'administration des soins est liée au bien-être et participe à des conditions dignes de détention. Pour autant, la santé en détention n'est pas définissable selon les larges critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁴¹. En effet, la CEDH reconnaît un « niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »²⁴². Les premières conséquences en droit français sont l'inscription, deux ans plus tard, de la SPRM dans la loi.

Même s'il ressort de l'arrêt *Rivière c/ France* de 2006 qu'on ne peut pas déduire de l'article 3 « une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé [...] même s'il souffre d'une maladie particulièrement difficile à soigner »²⁴³, il reste l'obligation positive d'assurer des conditions dignes de détention²⁴⁴. Le niveau « minimum de gravité » dépend donc certes de l'état de santé mais aussi de facteurs plus larges, dont certains peuvent intéresser les personnes âgées en perte d'autonomie, puisque liés à l'âge et au handicap physique.

B. L'appréciation du niveau minimum de gravité par rapport à l'âge et au handicap

L'âge seul ne peut suffire à dépasser le minimum de gravité de l'atteinte à la dignité de la personne détenue exigé par la jurisprudence *Kudla c/ Pologne*. La Cour a jugé irrecevable une telle requête, estimant dans un arrêt *Papon c/ France* du 7 juin 2001²⁴⁵ que « l'âge élevé ne constitue pas en tant que tel un obstacle à la détention ». Alors âgé de plus de 90 ans, Maurice Papon jouit encore d'une bonne santé. Ainsi l'âge ne peut être pris en compte que comme un élément d'un faisceau, conjugué à d'autres critères comme l'état de santé²⁴⁶, donc dans une logique d'appréciation *in concreto*. Par ailleurs aucun Etat européen²⁴⁷ n'admet de libération

²³⁹ *Ibidem*.

²⁴⁰ Cère, Jean Paul. « Le détenu malade : le traitement du droit européen », *Actualité juridique Pénal*, n°7, 2010, pp. 325-329.

²⁴¹ « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » aux termes de l'alinéa 1 du préambule de la constitution de l'OMS adoptée à New York en 1946.

²⁴² CEDH, grande chambre ch. 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req n°30210/96, § 94.

²⁴³ CEDH, deuxième section, 11 juillet 2006, *Rivière c/ France*, req n°33834/03, § 74.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ CEDH, troisième section, 7 juin 2001, *Papon c/ France*, req n°64666/01, p. 9.

²⁴⁶ *Ibidem*.

²⁴⁷ Division des études de législation comparée du service des affaires européennes du Sénat, *La libération des détenus âgés*, Les documents de travail du Sénat, série législation comparée, n° LC 98, 20 novembre 2001, 20 p. | Les dispositions nationales d'Allemagne, d'Angleterre et du Pays de Galles, de Belgique, du Danemark, d'Espagne et d'Italie sont étudiées.

d'une personne détenue pour la seule raison de son âge. D'autre part, face au risque de récidive, le critère d'âge seul ne saurait non plus s'imposer²⁴⁸.

En revanche, le seul grave handicap physique peut suffire à atteindre le minimum de gravité. Ainsi, pour la première fois, l'arrêt *Price c/ Royaume-Uni* estime que « la détention d'une personne gravement handicapée dans des conditions où elle souffre dangereusement du froid, risque d'avoir des lésions cutanées en raison de la dureté ou de l'inaccessibilité de son lit, et ne peut que très difficilement aller aux toilettes ou se laver constitue un traitement dégradant contraire à l'article 3 de la Convention »²⁴⁹. Un arrêt *Vincent c/ France* condamne des traitements inhumains et dégradants constitués par « la détention d'une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut se déplacer et en particulier quitter sa cellule par ses propres moyens »²⁵⁰. La Cour de cassation a tenu compte de cet arrêt *Vincent c/ France*, dans un arrêt du 25 novembre 2009²⁵¹. Enfin, nous n'avons pas eu connaissance d'affaire portée devant la CEDH, où une personne détenue aurait ses fonctions mentales altérées par un vieillissement cérébral normal – comme la maladie d'Alzheimer. Toutefois, la violation de l'article 3 est constatée dans l'arrêt *G. c/ France* lorsque le maintien en détention d'une personne atteinte de troubles psychiatriques entrave « le traitement médical que son état psychiatrique exigeait »²⁵² et inflige « une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »²⁵³.

Ainsi, il nous semble qu'on pourrait en déduire par exemple que la détention d'une personne âgée, d'un degré de dépendance GIR 1²⁵⁴ voire GIR 2 confiné au lit²⁵⁵, est considérée comme dépassant le seuil minimum de gravité et constitue donc une atteinte à la dignité violant l'article 3 de la Convention. Si l'atteinte à la dignité peut être constituée pour les personnes âgées par « une souffrance allant au-delà de celles que comporte inévitablement une peine

²⁴⁸ « [...] *once the applicant's old age had sufficiently reduced the danger he presented* » CEDH, cinquième section, *Meixner c/ Allemagne*, 3 novembre 2009, req n°26958/07, p. 5.

²⁴⁹ CEDH, troisième section, 10 juillet 2001, *Price c/ Royaume-Uni*, req n°33394/96, § 30.

²⁵⁰ CEDH, deuxième section, 24 octobre 2006, *Vincent c/ France*, req n°6253/03, § 103.

²⁵¹ Cass. crim., 25 novembre 2009, n° 09-82.971, publié au bulletin. La chambre criminelle considère que les motifs d'un état ne nécessitant aucun traitement médical et compatible avec une incarcération à l'EPSNF sont contradictoires et ne suffisent pas à démontrer que cette incarcération est compatible avec l'article 3.

²⁵² CEDH, cinquième section, 23 février 2012, *G. c/ France*, req n°27244/09, § 80.

²⁵³ *Ibidem*.

²⁵⁴ GIR 1 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ou personne en fin de vie.

²⁵⁵ GIR 2 confiné : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

d'emprisonnement [...] »²⁵⁶, elle peut aussi être constituée par la souffrance cumulée des contraintes inhérentes à l'incarcération et de la perte d'autonomie.

Toute cette intense jurisprudence de la CEDH a porté ses fruits en droit interne²⁵⁷. Ainsi, la loi pénitentiaire de 2009 dispose dans son article 22 : « L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits ».

Paragraphe 2 : Le respect effectif de la dignité en droit interne, une garantie nouvelle pour les personnes en perte d'autonomie ?

Selon Pierrette Poncela, avec cet article 22 de la loi pénitentiaire, « on ne pouvait mieux dire, tout en ne disant rien, car avec la notion de dignité, et pour se garder de toute emphase, nous sommes dans l'indéfinissable ». Mais il reste que la dignité de la personne détenue est un outil mobilisable pour garantir une meilleure effectivité des droits de la personne détenue en détention, la difficulté étant davantage du domaine de la procédure permettant de le constater.

A. Le constat d'une absence de recours préventif effectif contre les conditions indignes de détention

Pour faire cesser des conditions indignes de détention au sens de l'article 3, la personne détenue doit avoir droit, estime la CEDH, à un recours préventif effectif au sens de l'article 13. L'arrêt fondamental Kudla c/ Pologne le rappelle en ces termes : « les moyens [...] qui auraient pu empêcher la survenance ou la continuation de la violation alléguée ou auraient pu fournir à l'intéressé un redressement approprié pour toute violation s'étant déjà produite »²⁵⁸. Or en droit français, la voie pénale devant le juge judiciaire, considérée par la CEDH comme sujette à des « divergences jurisprudentielles »²⁵⁹, est du reste définitivement fermée en 2009 par un arrêt de la Cour de cassation²⁶⁰.

Quant aux procédures administratives de référés, du fait d'une « jurisprudence restrictive [en la matière] dans le contentieux pénitentiaire »²⁶¹, il faut attendre une ordonnance du Conseil

²⁵⁶ CEDH, première section, 14 novembre 2002, Mouisel c/ France, req n°67263/01, § 48.

²⁵⁷ Poncela, Pierrette. *Op cit.* note 227.

²⁵⁸ CEDH, grande chambre, 26 octobre 2000, Kudla c/ Pologne, req n°30210/96, § 158.

²⁵⁹ CEDH, cinquième section, 25 avril 2013, Canali c/ France, req n°40119/09, § 39.

²⁶⁰ Cass. crim., 20 janvier 2009, n°08-82.807, publié au bulletin.

²⁶¹ Ferran, Nicolas. « La personne détenue encore à la recherche de son juge en France », *Déviance et Société*, vol. 38, no. 4, 2014, pp. 469-489.

d'Etat²⁶² du 22 décembre 2012, concernant le centre pénitentiaire des Baumettes, pour que soit reconnue la possibilité pour une personne détenue de recourir au référé-liberté²⁶³ sur le fondement des articles 2 et 3 de la Convention, la responsabilité de l'administration pénitentiaire étant reconnue sur le fondement de l'article 22 précité de la loi pénitentiaire. Cette évolution est reconnue par la CEDH dans son arrêt *Yengo c/ France*, où elle estime qu'avant cette ordonnance du 22 décembre 2012, aucun recours effectif n'est garanti²⁶⁴ : la demande de mise en liberté devant le juge judiciaire ne présentant pas « les garanties de célérité requises pour être effective »²⁶⁵, le recours pour excès de pouvoir souffrant du même défaut²⁶⁶ et seul étant effectif un recours indemnitaire, insuffisant pour « un redressement direct et approprié »²⁶⁷.

Toutefois, malgré cette évolution, la Cour constate encore en 2020 que l'effectivité d'un recours n'est toujours pas garantie.

B. Les enjeux de l'émergence d'un recours effectif contre les conditions indignes de détention

La Cour de Strasbourg, dans l'arrêt *J.M.B et autres c/ France* du 30 janvier 2020²⁶⁸, estime que « les injonctions prononcées par le juge du référé-liberté, dans la mesure où elles concernent des établissements pénitentiaires surpeuplés, [...] s'avèrent en pratique difficiles à mettre en œuvre »²⁶⁹. La CEDH enjoint donc l'Etat français d'établir un recours préventif effectif contre les conditions indignes de détention²⁷⁰. En conséquence de cette injonction et constatant la carence de la loi, la Cour de cassation dans un arrêt du 8 juillet 2020²⁷¹ crée un recours préventif : le juge apprécie la description précise, crédible et actuelle des conditions de détention du requérant, la charge de la preuve reposant alors sur l'Etat²⁷². Les conséquences d'une constatation d'atteinte au principe de dignité, non remédiée entre-temps, imposent à la

²⁶² Conseil d'Etat, ordonnance de référé, 22 décembre 2012, section française de l'Observatoire international des prisons, n°364584, publié au recueil Lebon.

²⁶³ Article 521-2 du code de justice administrative.

²⁶⁴ CEDH, cinquième section, 21 mai 2015, *Yengo c/ France*, req n°50494/12, § 68.

²⁶⁵ *Ibid.* § 65.

²⁶⁶ *Ibid.* § 50.

²⁶⁷ *Ibidem.*

²⁶⁸ CEDH, cinquième section, 30 janvier 2020, *J.M.B. et c/ France*, req n°9671/15 et 31 autres.

²⁶⁹ CEDH, cinquième section, 30 janvier 2020, *J.M.B. et autres c/ France*, req n°9671/15 et 31 autres, § 220.

²⁷⁰ *Ibid.* § 316.

²⁷¹ Cass. crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.731 et 20-81.739, publié au bulletin.

²⁷² Bonis, Évelyne, et Peltier, Virginie. « Chronique de droit pénal et de procédure pénale (juillet 2020 à décembre 2020) », *Titre VII*, vol. 6, no. 1, 2021, pp. 96-109.

juridiction d'ordonner « la mise en liberté de la personne, en l'astreignant, le cas échéant, à une assignation à résidence avec surveillance électronique ou à un contrôle judiciaire »²⁷³.

Près de deux ans après J.M.B., le législateur consacre l'introduction d'un recours exclusif et autonome par la loi n°2021-1729 du 22 décembre 2021, codifié à l'article 803-8 du CPP. Ce recours relève du juge de l'application des peines pour les personnes condamnées. L'indignité des conditions de détention est appréciée à partir des allégations « circonstanciées, personnelles et actuelles »²⁷⁴. L'application dans le temps est réglée par un arrêt de la Cour de cassation du 20 octobre 2021²⁷⁵, les moyens soulevés avant l'entrée en vigueur de la loi, le 1^{er} octobre 2021, doivent être examinés selon les conditions énoncées par l'arrêt du 8 juillet 2020.

Finalement, il nous semble que les enjeux pris en compte par la création législative de ce recours témoignent, plus fondamentalement, de l'urgence de proposer des conditions de détention repensées pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Chapitre 2 : La possibilité d'une articulation renouvelée entre droit pénitentiaire et médico-social

L'objectif pour prendre en compte la perte d'autonomie des personnes détenues, figurant dans la stratégie santé des PPSMJ, prévoit de considérer l'ensemble du processus de prise en charge, « du repérage [...] jusqu'aux mesures d'aménagement ou de suspension de peine et plus globalement la préparation de la sortie »²⁷⁶. En parallèle de l'équivalence de traitement fondée sur le droit à la protection de la santé, il nous semble d'abord pertinent de tendre vers une équivalence d'accompagnement médico-social (Section 1). Pour obtenir une amélioration durable du respect des normes, il faudra ensuite mettre en débat des solutions innovantes pour la prévention et pour le retour à l'autonomie (Section 2).

²⁷³ Cass. crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.731 et 20-81.739, publié au bulletin.

²⁷⁴ Article 803-8 alinéa 2 CPP.

²⁷⁵ Cass. crim., 20 octobre 2021, 21-84.498, publié au bulletin

²⁷⁶ Stratégie santé des PPSMJ (2017-2022), ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, avril 2017, p. 20.

Section 1 : Les fondements d'une équivalence de l'accompagnement médico-social avec le milieu libre

L'équivalence de l'accompagnement serait fondée, pour les personnes en perte d'autonomie de moins de soixante-cinq ans, sur les principes d'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire²⁷⁷ et de droit à la compensation des conséquences du handicap²⁷⁸ ; pour les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, elle serait fondée sur le droit à bénéficier d'une aide à domicile²⁷⁹ et du droit à des aides adaptées à ses besoins et ses ressources, dans le respect de son projet de vie²⁸⁰. L'effectivité de ces droits serait permise par une utilisation renouvelée des moyens juridiques à disposition, que ce soient les outils d'évaluation de la perte d'autonomie en détention (Paragraphe 1) ou le conventionnement au niveau local entre les acteurs pénitentiaires, sociaux et médico-sociaux (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'amélioration du repérage de la perte d'autonomie en détention

Dans le contexte de vieillissement de la population carcérale, la mesure de la perte d'autonomie en détention est indispensable. Pour cela un outil adapté est nécessaire (A), et son usage doit être rendu plus systématique (B).

A. La nécessité d'un outil adapté pour évaluer la perte d'autonomie en détention

En détention, comme à l'extérieur, le repérage de la perte d'autonomie est effectué par les équipes du département et selon un outil déjà cité, la grille AGGIR, comme autonomie gérontologie groupe iso-ressources. Or, dans un rapport de 2021, la commission des affaires sociales du Sénat critique sa base scientifique et l'inégalité générée entre les patients par son utilisation²⁸¹. Les raisons ont été identifiées de longue date²⁸² et se résument notamment à la difficulté de cette échelle de dépendance à apprécier l'environnement de la personne et à

²⁷⁷ « L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions », selon les dispositions de l'article L. 114-1, alinéa 2, du CASF.

²⁷⁸ « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie », selon les dispositions de l'article L. 114-1-1, alinéa 1, du CASF.

²⁷⁹ « Toute personne âgée de soixante-cinq ans, privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement [...] », selon les dispositions de l'article L. 113-1, alinéa 1, du CASF.

²⁸⁰ « [...] la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie », selon les dispositions de l'article L. 113-1-1 du CASF.

²⁸¹ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p. 73.

²⁸² *Ibid.* p. 72.

prendre en compte les démences²⁸³. Or, ces deux points sont fondamentaux pour apprécier la perte d'autonomie en détention avec justesse.

D'une part, la prise en compte de l'environnement carcéral nous semble particulièrement importante. En effet, la personne y est isolée et privée d'autonomie par les contraintes d'un règlement intérieur strict. Elle dispose, par ailleurs, d'aides matérielles et humaines limitées. D'autre part, la démence, dont la maladie d'Alzheimer, sont la « principale cause de dépendance lourde »²⁸⁴ dans la population âgée. Or, les facteurs potentiellement modifiables, c'est-à-dire non génétiques, pour réduire la fréquence de démence sont notamment « le niveau d'éducation, la prise en charge des facteurs de risque vasculaire et l'amélioration globale des conditions de vie »²⁸⁵. On se représente facilement le risque accru pour une personne détenue.

Ainsi, le rapport du Sénat²⁸⁶ propose une unification de la grille AGGIR avec d'autres outils d'évaluation mis à la disposition des départements. Quoiqu'il en soit, un outil de repérage renouvelé permettrait de perfectionner l'évaluation de la perte d'autonomie en détention.

B. Le perfectionnement du repérage de la perte d'autonomie en détention

Ce repérage perfectionné peut passer par l'utilisation de nouveaux outils adaptés. S'inspirer de l'alternative québécoise du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), nous semble particulièrement pertinent, d'autant plus qu'elle a déjà été expérimentée avec succès dans un centre pénitentiaire français²⁸⁷. En effet, si la formation à l'utilisation de cet outil s'avère nécessaire, son usage est simple, et nécessite une quinzaine de minutes par évaluation²⁸⁸. L'équipe de l'USMP peut organiser, à partir de ces données, le suivi de la personne âgée. Par ailleurs, un perfectionnement du repérage de la perte d'autonomie implique aussi d'augmenter la fréquence des diagnostics, ce qui concerne un plus grand nombre d'acteurs.

Sans aller vers l'organisation d'une consultation systématique, cela peut se mettre en place selon des temps de prévention à des âges clefs, recommandés par le Haut Conseil de la santé

²⁸³ Rapport d'information du Sénat n°447, fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, par M. Alain Vasselle, sénateur, 8 juillet 2008, p. 91.

²⁸⁴ *Ibidem*.

²⁸⁵ Rapport du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, décembre 2017, p. 18.

²⁸⁶ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit*. p. 75.

²⁸⁷ Gervais Paul, Sannier Olivier, Tousignant Michel, Manaouil Cécile, Hébert Réjean. « Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le SMAF », *La Revue de Gériatrie*, tome 35, n°9, novembre 2010, pp. 660-669.

²⁸⁸ *Ibid*. p. 667.

publique²⁸⁹, en fonction des indicateurs recherchés : autour de quarante-cinq ans, les risques cardiovasculaires ; autour de soixante ans, les activités stimulantes ainsi que le lien social et la nutrition ; enfin à soixante-quinze ans, une insistance sur l'activité physique²⁹⁰. Dans le cadre pénitentiaire, il peut être pertinent de mobiliser les USMP et de faire participer au diagnostic les personnes qui fréquentent au quotidien la personne âgée, c'est-à-dire ses codétenus, les surveillants et les auxiliaires de vie. Ce repérage impliquerait le SPIP, puisqu'il peut en découler l'ouverture de droits sociaux, voire l'anticipation d'un aménagement de peine.

A plus long terme, une meilleure évaluation de la perte d'autonomie en détention serait de nature à guider une réforme législative d'ampleur. A court terme, elle permet de garantir un meilleur accès aux droits sociaux, et donc un accompagnement plus effectif de la perte d'autonomie.

Paragraphe 2 : Les bénéfices d'une systématisation du conventionnement entre le secteur médico-social et les établissements pénitentiaires

La systématisation des conventionnements avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour permettre un accès effectif aux droits sociaux (A). En outre, à l'instar du protocole prévu par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009 pour définir le cadre de l'intervention des professionnels de santé dans les établissements pénitentiaires, le conventionnement peut guider l'intervention des professionnels du secteur médico-social (B).

A. L'intérêt du conventionnement pour faciliter l'accès aux droits sociaux

Le Guide des droits sociaux accessibles aux PPSMJ de la direction de l'administration pénitentiaire indique aux SPIP et aux agences régionales de santé l'intérêt de la formalisation d'un partenariat, avec les services sociaux et médico-sociaux locaux, « pour cadrer les objectifs et les indicateurs de suivi »²⁹¹. A cette fin, un modèle de protocole relatif à l'accès aux dispositifs de compensation du handicap et de la perte d'autonomie des PPSMJ a été diffusé par une note d'information du 2 juillet 2020 des ministères de la justice et chargé de la santé²⁹². Ce modèle prévoit ainsi de lier le Conseil départemental, la maison départementale des

²⁸⁹ Rapport du Haut Conseil de la santé publique, *op cit.* p. 74.

²⁹⁰ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.*

²⁹¹ Guide des droits sociaux accessibles aux PPSMJ, Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice, 2018, p. 33.

²⁹² Note d'information n°/DGCS/SD3/ DGOS/DAP/2019/145 du 2 juillet 2020 relative à la diffusion d'un modèle de protocole relatif à l'accès aux dispositifs de compensation du handicap et de la perte d'autonomie des personnes placées sous-main de justice, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 10 p.

personnes handicapées, l'établissement pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le centre hospitalier et les services sociaux et médico-sociaux, en fonction du contexte local.

Si la signature d'un protocole entraîne parfois des lourdeurs administratives du fait de la multiplicité des acteurs²⁹³, le conventionnement a pour objectif d'assurer une meilleure compréhension du fonctionnement et des besoins de chaque acteur²⁹⁴. Il permet notamment de définir l'articulation des rôles de chaque acteur autour de l'accès aux prestations, comme l'APA et la PCH. De surcroît, cela peut accroître l'information des bénéficiaires sur leurs droits. L'enjeu est donc de faciliter la phase d'instruction des demandes auprès du département et induire une meilleure effectivité des droits sociaux.

Il nous semble que rien que pour cette raison, le conventionnement gagne à être systématisé. Le second enjeu est d'organiser la mise en place des aides humaines et techniques pour accompagner la perte d'autonomie.

B. Les enjeux du conventionnement pour la qualité de l'accompagnement en détention

La signature d'un protocole entre acteurs pénitentiaires, médico-sociaux et hospitaliers peut permettre d'encadrer les interventions des professionnels en détention²⁹⁵. Il nous semble que l'enjeu principal est d'assurer la complémentarité et la continuité des accompagnements, en garantissant des interventions régulières et coordonnées. Ainsi, le conventionnement avec les SAAD, est l'occasion de garantir la sécurité des auxiliaires de vie et de prévoir les conditions pratiques de leur venue dans l'établissement²⁹⁶. En outre, la signature du centre hospitalier de référence peut notamment engager des interventions plus régulières de professionnels paramédicaux, comme des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des orthoptistes, ou des ergothérapeutes²⁹⁷. Leurs prescriptions sont essentielles pour les personnes en perte d'autonomie, notamment pour l'amélioration des conditions matérielles de détention.

Par ailleurs, la recherche d'une structure d'aval pour les personnes âgées en perte d'autonomie est le principal obstacle à l'effectivité des aménagements de peine permettant l'interruption de détention en raison de l'état de santé ou de l'âge. Or, d'après le Guide méthodologique de la

²⁹³ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 244.

²⁹⁴ Note d'information n°/DGCS/SD3/ DGOS/DAP/2019/145 du 2 juillet 2020, *op cit.* p. 2.

²⁹⁵ *Ibidem.*

²⁹⁶ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.*

²⁹⁷ L'ergothérapie joue un rôle méconnu dans l'accompagnement de la perte d'autonomie, si bien qu'il est proposé de donner aux ergothérapeutes la possibilité de prescrire des aides techniques, Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p. 78.

prise en charge sanitaire des PPSMJ, cette recherche nécessite « une coordination avec plusieurs acteurs et implique l'acculturation de services, ayant besoin les uns des autres, afin de développer leurs connaissances réciproques et suppose de faire vivre un partenariat local riche permettant de répondre à de multiples situations »²⁹⁸. Il nous apparaît alors essentiel d'ajouter cette contrainte dans le conventionnement, en y mêlant les établissements d'hébergement médico-social, ce que le modèle de protocole ne prévoit pas. Toutefois, l'effectivité du conventionnement reste dépendante de l'investissement des signataires et surtout des contraintes locales, comme la surcharge des services sociaux et médico-sociaux et leur volonté d'accueillir des personnes anciennement détenues. A titre d'exemple, l'accueil innovant de détenus âgés dépendants, développé à l'EHPAD les Chemins de Cuisel à Cuiseaux, nous paraît édifiant concernant les possibilités réelles de ce conventionnement avec le secteur public.

En résumé, un objectif d'équivalence de l'accompagnement avec le milieu libre peut permettre, à la fois, de renforcer l'effectivité du cadre juridique existant, et d'assurer une meilleure connaissance des spécificités de la perte d'autonomie en détention. Toutefois, comme l'indique le CGLPL dans son avis de 2018 sur la perte d'autonomie en détention, « c'est toute l'organisation de la vie en détention qui se révèle souvent inadaptée aux besoins des personnes »²⁹⁹. Il apparaît nécessaire d'adapter le régime d'exécution de peine en lui-même, afin de prendre en considération la personne détenue en perte d'autonomie dans sa globalité et non par le seul prisme de son accompagnement et de son soin.

Section 2 : L'opportunité d'un régime de détention adapté pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Il nous apparaît que la personne âgée en perte d'autonomie est considérée en détention alternativement comme une personne en situation de handicap, essentiellement physique, ayant besoin d'un accompagnement au quotidien, ou comme une personne ayant des besoins de santé particuliers, mais plus rarement comme une personne âgée vieillissante. Il convient ainsi, de prendre en compte les besoins de la personne âgée (Paragraphe 1), puis d'étudier les contours d'une peine de détention pensée pour la réinsertion des personnes âgées en perte d'autonomie (Paragraphe 2).

²⁹⁸ Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 366.

²⁹⁹ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

Paragraphe 1 : Les enjeux d'une prise en compte des besoins de la personne âgée en détention

Prendre en compte les besoins variés de la personne âgée, au-delà de ceux pris en compte pour accompagner la perte d'autonomie, signifie, d'une part, mettre en place une politique de prévention de la perte d'autonomie en détention (A), et, d'autre part, l'impossibilité du régime de détention pour les personnes âgées à un stade de perte d'autonomie avancé (B).

A. La prévention de la perte d'autonomie en détention

Selon un rapport du Sénat de 2021, les outils dont l'impact est reconnu pour prévenir la perte d'autonomie sont des programmes d'exercices physiques variés (dont des interventions de réduction de la sédentarité), des interventions psychocorporelles (comme des exercices de méditation), des interventions intergénérationnelles, et les visites à domicile³⁰⁰. Dès lors il convient d'adapter les activités proposées en détention, selon l'esprit des règles pénitentiaires européennes³⁰¹. Pour Caroline Touraut³⁰², les activités sont avant tout adaptées aux besoins des jeunes, les intérêts des personnes âgées sont moins fréquemment pris en compte. En outre, les détenus âgés s'isolent parfois par crainte de venir aux activités car les personnes détenues plus jeunes y sont plus nombreuses³⁰³. Par ailleurs, les personnes âgées bénéficieraient largement d'une préservation des liens familiaux, ce qui ajoute une dimension à cette problématique déjà identifiée pour la plupart des personnes détenues³⁰⁴. Cela implique de prévoir pour chaque établissement, une politique adaptée à la personne âgée.

L'axe 2 de la stratégie santé des PPSMJ (2017-2022) prévoit dans son deuxième point³⁰⁵ de « créer des environnement favorables » afin de « développer la prévention de la perte d'autonomie, en s'appuyant sur les orientations du Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015³⁰⁶, par exemple en améliorant l'accès des personnes détenues souffrant de maladies chroniques à des activités physiques adaptées ». En outre, selon

³⁰⁰ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p. 34.

³⁰¹ La règle 27.5 impose notamment aux autorités pénitentiaires de « prendre des dispositions spéciales pour organiser, pour les détenus qui en auraient besoin, des activités particulières ».

³⁰² Touraut, Caroline. *Op cit.* note 88, p. 324.

³⁰³ *Ibidem.*

³⁰⁴ Bechlivanou Moreau, Georgia. « Rendre plus effectif le droit au maintien des liens familiaux », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 1, no. 1, 2013, pp. 137-147.

³⁰⁵ Stratégie santé des PPSMJ (2017-2022), ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, avril 2017, p. 13.

³⁰⁶ Les orientations du plan national action et prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015 sont fondées notamment sur les niveaux de prévention distingués par l'OMS : la prévention primaire cherche à améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie, la secondaire vise à prévenir les pertes d'autonomie évitables, enfin la tertiaire a pour objectif d'éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

le rapport du Sénat, le principal objectif d'une politique de prévention de la perte d'autonomie est « de permettre au plus grand nombre de vieillir le mieux possible dans son environnement et selon ses souhaits »³⁰⁷. En détention, si la prise en compte des besoins de la personne âgée ne peut assurer un choix de mode et de cadre de vie, elle doit assurément permettre un « bon vieillissement » par une anticipation proactive, une prévention, face à la perte d'autonomie.

Par ailleurs, pour Philippe Pottier³⁰⁸, « le développement de nouveaux modes de vie en détention nécessite une différenciation des régimes de détention », pour éviter de faire cohabiter et de confiner ensemble les personnes qui ne nécessitent pas les mêmes contraintes sécuritaires. Ainsi, à un stade avancé de perte d'autonomie, la prévention doit céder le pas à un accompagnement plus quotidien et soulève donc la question d'inclure les personnes âgées dans le même régime que les autres personnes détenues.

B. Les limites d'un régime de détention spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Les personnes âgées à un stade avancé de perte d'autonomie physique ou cognitive, impliquent un régime différencié pour ne pas rendre leur souffrance excessive. Le CGLPL, dans son avis de 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, estime que, dans ce type d'établissement, « l'objectif poursuivi est d'adapter la prise en charge dans tous ses aspects, dans des conditions qui dépassent la mission de l'administration pénitentiaire »³⁰⁹. L'expérience de l'unité de soutien et d'autonomie du centre de détention de Bédénac, évoqué en introduction de notre mémoire, illustre bien les difficultés de l'administration pénitentiaire à prendre en charge ces détenus dans la dignité, avec les moyens humains et matériels suffisants. Autrement dit, un établissement pénitentiaire ne saurait être un EHPAD, de la même manière qu'il ne saurait être un lieu de soins.

En outre, lorsque les besoins des détenus sont trop spécifiques, se crée le risque de développer des structures en nombre limité et disséminées sur le territoire national³¹⁰. Cela menace encore plus les liens familiaux, déjà éprouvés par la longueur des peines des personnes âgées, et

³⁰⁷ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p. 20.

³⁰⁸ Pottier, Philippe. *Op cit.*

³⁰⁹ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

³¹⁰ Comme c'est le cas du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne) pour les personnes condamnées présentant des troubles du comportement et ne relevant ni d'un SMPR, ni d'une UHSA, ni d'une hospitalisation sans consentement.

renforce l'isolement de la personne³¹¹. C'est alors que la possibilité de sortie anticipée prend tout son sens. La SPRM et la libération conditionnelle liée à l'âge ne recouvrent pas entièrement la perte d'autonomie et il nous semble qu'une intervention du législateur pour spécifier la possibilité d'une sortie anticipée de ce public serait bienvenue. Les critères pourraient être un niveau de perte d'autonomie fondé sur une échelle adéquate. Toutefois, ces aménagements de peine actuels, cités précédemment, sont conditionnés à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction et à une réinsertion. Cela impose au juge de faire la balance entre, « d'une part, libertés individuelles et, d'autre part, sécurité et efficacité de la réinsertion »³¹². L'évaluation de la dangerosité pourrait davantage dépendre du degré de perte d'autonomie. Quant à la réinsertion, elle serait toujours assouplie à une simple obtention d'une place en structure d'aval.

En conséquence, la personne maintenue dans des conditions où sa perte d'autonomie est incompatible avec la détention, doit pouvoir bénéficier plus facilement d'un accueil en structure d'aval. Sans projet de sortie adapté, la peine ne revêt plus qu'un sens punitif. Ainsi, les enjeux de la prise en compte des besoins spécifiques de la personne détenue amènent à s'interroger sur le sens même de l'exécution d'une peine de détention pour une personne dont la perte d'autonomie a atteint un stade avancé.

Paragraphe 2 : Les pistes d'une réinsertion pensée pour la personne âgée en perte d'autonomie

L'article 707 du code de procédure pénale dispose, aux termes de son alinéa 2, que le régime d'exécution des peines privatives de liberté « vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions ». Il s'agit là d'une formulation du sens de la peine de détention, celle-ci doit permettre le retour dans la société. Il convient, d'une part, d'étudier la pertinence de la définition de la réinsertion pour les personnes âgées en perte d'autonomie (A). D'autre part, il convient de penser à des modes de sortie permettant la prise en charge continue de la personne entre la détention et la sortie (B).

³¹¹ CGLPL, avis du 17 septembre 2018, *op cit.*

³¹² Herzog-Evans, Martine. *Op cit.* p. 660.

A. L'adaptation des exigences de la réinsertion à la personne âgée en perte d'autonomie

La logique de réinsertion sociale, qui conditionne la plupart des aménagements permettant une sortie anticipée de détention n'a pas une conception adaptée aux personnes âgées, et à plus forte raison, aux personnes en perte d'autonomie. Pour Philippe Pottier, depuis la loi pénitentiaire de 2009, la peine de détention est définie en deux temps : celui de l'incarcération, destiné à prévenir la récidive, et celui du retour encadré dans la société³¹³. Cette structure du temps permet d'envisager la réinsertion de la personne dans un « sens socio-économique »³¹⁴, c'est-à-dire un logement et un travail. A titre d'exemple, l'alinéa 4 de l'article 721 du CPP prévoit l'octroi d'une réduction de peine à condition « d'efforts sérieux de réinsertion », fondés notamment sur le « suivi d'une formation scolaire, universitaire ou professionnelle, [...] l'exercice d'une activité de travail, [...] la participation à des activités culturelles, [...] la participation à des activités sportives encadrées ». Cette réinsertion nous semble être peu pertinente pour les personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, comme le dit Ambre Laplaud³¹⁵, cette réinsertion sociale nous semble conditionner la vieillesse à être « active et prosociale ».

Or, nous avons vu précédemment, les personnes âgées n'ont que peu d'accès aux activités et peinent à s'investir à ce titre dans leur détention. En outre, pour celles qui n'auraient pas atteint l'âge de la retraite, le travail en détention est peu adapté aux personnes en perte d'autonomie. Des efforts peuvent être faits de ces côtés, comme l'adaptation des activités aux besoins de ce public et l'accès au travail adapté. Sur ce point, il nous semble intéressant de mentionner l'initiative des ministères de la justice et du travail de collaborer avec des entreprises adaptées « pour mettre en œuvre l'article 77 de la loi n°2018-771 et rendre possible l'implantation d'entreprises adaptées au sein des établissements pénitentiaires »³¹⁶. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, l'enjeu est davantage d'obtenir une solution d'hébergement adapté à leur situation, assimilable à un projet de sortie, et d'éviter les « sorties sèches »³¹⁷. Or, sans

³¹³ Pottier, Philippe. *Op cit.*

³¹⁴ *Ibidem.*

³¹⁵ Laplaud, Ambre. *Op cit.* p. 13.

³¹⁶ Les décrets mettant en place cette initiative sont le décret n° 2021-359 du 31 mars 2021, relatif au travail adapté en milieu pénitentiaire, et le décret n° 2021-362 du 31 mars 2021, relatif au travail adapté dans les établissements pénitentiaires. Cette initiative est détaillée dans l'article publié le 20 mai 2021 sur le site du ministère du travail et consulté le 30 mai 2022 via ce lien :

<https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/entreprises-adaptees-en-etablissement-penitentiaire-une-phase-pilote-dans-dix>.

³¹⁷ Celles-ci restent majoritaires pour la plupart des personnes détenues, à plus forte raison si les aménagements de peine n'est effectif, comme le note le rapport de la Mission d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire, IGAS-IGSJ-IGF, juillet 2016, p. 55.

aménagements répétés et progressifs, il est difficile d'établir un lien avec les organismes sociaux³¹⁸, d'autant plus lorsque ceux-ci considèrent les personnes détenues comme un enjeu « marginal et problématique »³¹⁹.

Ainsi, l'impossibilité d'être « réinséré » selon son projet de sortie, en obtenant notamment une prise en charge adéquate en aval, crée un risque de sortie sèche, redoutable pour la continuité de l'accompagnement, et un risque de maintien en détention dans des conditions indignes. Cela implique une approche innovante, dans l'interstice entre détention et sortie.

B. La possibilité de structures innovantes pour assurer une continuité de la prise en charge

Nous citerons ici un projet de structure intermédiaire, recommandé il y a quelques années par la commission des finances du Sénat³²⁰, et qui mérite, à nos yeux, d'être réinvesti. Il s'agit de la transformation en « pré-EHPAD »³²¹ du Centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes³²². En effet, si le principe même de la rétention de sûreté soulève des questions³²³, c'est la vacuité de ce centre³²⁴ qui a amené la commission d'enquête du Sénat à recommander une réutilisation des locaux à des fins de préparation à la sortie des personnes détenues en perte d'autonomie. Ceux-ci sont composés de petits appartements neufs et aménagés dans l'enceinte du centre pénitentiaire de Fresnes³²⁵. L'intérêt est aussi financier puisque l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie dans cette structure serait quatre fois moins élevé qu'à l'EPSNF³²⁶. Le docteur Anne Dulioust suggère ainsi d'utiliser cet espace pour « une structure intermédiaire permettant d'attendre l'obtention d'une place adaptée au projet de vie de la personne » dans une structure adaptée³²⁷.

Les avantages pour les personnes détenues seraient « une resocialisation (portes ouvertes), une stimulation des fonctions cognitives et des capacités résiduelles des personnes hébergées »³²⁸. En effet, il nous semble que ces locaux conviennent pour se préparer à réapprendre les gestes

³¹⁸ Pottier, Philippe. *Op cit.*

³¹⁹ Rapport de la Mission d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire, IGAS-IGSJ-IGF, juillet 2016, pp. 72-79.

³²⁰ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 52.

³²¹ Le terme est employé dans le rapport fait au nom de la commission des finances du Sénat, *ibidem*.

³²² Installé au dernier étage de l'EPSNF, il est prévu aux articles R. 451-17 à R.541-18 du code pénitentiaire.

³²³ Wyvekens, Anne. « La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur) », *Déviance et Société*, vol. 34, no. 4, 2010, pp. 503-525.

³²⁴ Le CGLPL constate, en 2015, que le centre n'a accueilli que cinq retenus en sept années d'existence. Cf. CGLPL avis du 5 octobre 2015 relatif à la rétention de sûreté, JORF du 5 novembre 2015, texte 59.

³²⁵ Rapport d'information du Sénat n°682, *op cit.* p. 72.

³²⁶ Dulioust, Anne. *Médecin en Prison*, First Gründ, Paris, 2014, p. 175.

³²⁷ *Ibid*, pp. 174-175.

³²⁸ *Ibidem*.

du quotidien dans le milieu libre, qu'ils soient élémentaires comme se préparer un repas ou qu'ils soient plus complexes comme . En outre, la proximité avec l'EPSNF ajoute la possibilité d'une présence médicale fréquente. L'emplacement semble enfin approprié, puisque l'établissement de santé national remplit à la fois des missions d'établissement pénitentiaire tout en étant un hôpital complet, ainsi qu'un lieu où échouent naturellement les personnes âgées en perte d'autonomie, dans l'attente d'un aménagement de peine. Si cette solution ne convenait pas à toutes les situations, notamment celle des personnes détenues en Outre-mer, cela permettrait certainement de libérer quelques lits de l'hôpital, tout en servant une meilleure réinsertion des personnes âgées en perte d'autonomie.

CONCLUSION

Cette réflexion nous conduit à constater la difficulté du droit à appréhender la perte d'autonomie des personnes âgées en détention. En effet, le droit tente de garantir à toutes les personnes détenues un accompagnement de leur perte d'autonomie, mais adopte des prismes pour saisir cette notion qui traduisent une définition incomplète de celle-ci.

Tout d'abord, les personnes détenues en perte d'autonomie ont droit à une aide adaptée à leurs besoins. Ainsi, l'aménagement des espaces carcéraux est en cours, mais avec un certain retard par rapport aux standards du monde libre. En outre, l'aide technique et humaine en détention est difficile à mettre en œuvre du fait des contraintes sécuritaires et des moyens financiers de l'administration pénitentiaire. Ainsi, les personnes détenues en perte d'autonomie n'ont une équivalence de traitement garantie que sur le terrain de la protection de leur santé.

Pour autant, cette équivalence atteint ses limites. L'offre de soins est adaptée aux contraintes du milieu carcéral, ce qui crée un décalage de principe entre ce qui peut être attendu en détention et hors les murs. En outre, nous avons vu que les facteurs qui contraignent le pilotage de l'offre de soins sont aussi conséquents en détention. Enfin, la prévention et la promotion de la santé restent limités indiscutablement par l'incarcération, qui est un facteur de risque pour la santé en elle-même.

Ainsi, l'accompagnement de la perte d'autonomie est indubitablement entravé par les contraintes de la détention. A ce stade, la possibilité de sortir de détention en raison de la perte d'autonomie doit être envisagée afin de faire valoir le droit à un accompagnement adapté à l'extérieur. Celle-ci est appréhendée selon des angles spécifiques, l'état de santé et l'âge, qui peinent à englober la perte d'autonomie. En outre, nous avons pu constater que les caractéristiques pénales des personnes âgées, souvent incarcérées pour de longues peines et pour des infractions particulières, limitent l'accès aux aménagements de peine. Nous en avons conclu l'ineffectivité des possibilités de sortir de manière anticipée de prison pour ce public et donc la conséquence pour les personnes en perte d'autonomie d'être parfois détenues dans des conditions causant davantage de souffrances que celles inhérentes à l'incarcération.

Lorsqu'en détention, la perte d'autonomie se conjugue à un état de santé dégradé ou constitue un lourd handicap, la personne peut être maintenue dans des conditions relevant de traitements inhumains et dégradants. La jurisprudence de la CEDH a constaté des atteintes à la dignité de la personne dans des situations où la personne ne pouvait pas quitter sa cellule par ses propres

moyens. Le droit français s'est adapté récemment à ces exigences en instaurant un recours préventif innovant contre les conditions indignes de détention. Il reste donc à découvrir dans quelle mesure les standards européens se diffuseront dans la pratique des décisions de justice.

Constatant l'insuffisance de l'accompagnement en détention et les difficultés pour en sortir, il s'est imposé la nécessité de repenser les principes de l'accompagnement en détention. Il nous a semblé que le principe d'équivalence de traitement sanitaire pouvait inspirer des exigences similaires pour l'aide médico-sociale. En prenant ce point de vue plus large, une refonte de cet accompagnement peut être envisagée, d'abord en perfectionnant le repérage des situations de perte d'autonomie et ensuite en systématisant la coopération entre les multiples acteurs, au minimum au niveau départemental.

Enfin, en prenant de la hauteur et la mesure du vieillissement de la population, il est apparu qu'une réelle prise en compte des besoins de la personne âgée devait être assurée en prison, tout en gardant à l'esprit l'hétérogénéité de ce « groupe »³²⁹. D'une part, cela implique d'assurer la prévention de la perte d'autonomie en repensant les conditions de détention. D'autre part, le sens de la peine d'une personne dont l'état est incompatible avec la détention soulève la question de sa réinsertion.

Plus généralement, il semble que la difficulté majeure consiste dans l'articulation entre les contraintes de la détention et l'application des normes contemporaines. Les exigences du monde libre se heurtent à l'enceinte de la prison : entre le droit à la prévention de la perte d'autonomie et les effets délétères de l'incarcération, entre la reconnaissance des besoins de chaque personne âgée et l'exécution des peines, entre le respect de la dignité et la surpopulation des établissements pénitentiaires.

Ainsi, la considération par le droit de la perte d'autonomie en détention nous ramène à des enjeux plus fondamentaux liés à l'incarcération. Tout d'abord, ce sujet met en évidence l'impossibilité d'individualiser parfaitement la peine de prison face à la diversité des profils qui la compose. Ensuite, l'équilibre reste instable entre libertés individuelles et sécurité. A ce titre, il est important aussi de considérer la personne prévenue, notre angle d'étude l'ayant occultée, et enfin l'intérêt de la peine de prison dans les cas où elle ne relève que du symbole et ne sert qu'à punir le condamné et venger les victimes. Les enjeux sont accrus dans le cadre du vieillissement de la population dans son ensemble et du durcissement des politiques répressives. En outre, le contexte de surpopulation carcérale alourdit tout le fonctionnement du service

³²⁹ Touraut, Caroline, et Désesquelles, Aline. *Op cit.* p. 23.

public pénitentiaire, depuis la contrainte budgétaire jusqu'aux prises en charge quotidiennes – mais peut-on même parler de contexte, dès lors qu'il s'agit presque d'une constante ?

En détention, les difficultés des personnes âgées en perte d'autonomie font écho à celles rencontrées par cette population hors les murs. Le fonctionnement de la prison, étant par certains aspects celui d'une petite société, il révèle des dynamiques qui agitent l'ensemble du corps social. L'isolement des personnes en perte d'autonomie est ainsi particulièrement exacerbé et, en conséquence, leur invisibilité. Cette considération nous ramène aux recommandations du rapport Laroque de 1962, l'adaptation de notre société aux personnes en perte d'autonomie, et plus largement aux exclus, doit être un objectif des politiques publiques.

Cette réflexion nous enjoint enfin de revoir la représentation de la perte d'autonomie. Si l'approche juridique impose de structurer des réalités qui échappent à la catégorisation, la définition actuelle est restrictive et dessine difficilement les contours d'une notion dont le traçage reste un défi³³⁰. La perte d'autonomie est une notion bien plus vaste que la seule difficulté à accomplir les actes essentiels de la vie et ses déterminants sociaux sont multiples. Quant à la vieillesse, elle n'est pas une donnée mais une construction sociale³³¹. Les études actuelles incitent ainsi à étudier l'accompagnement des aînés avec un nouvel angle d'approche, celui de la fragilité. Cette notion a l'avantage de pouvoir être utilisée comme un « marqueur de risque d'événements péjoratifs [...] mais aussi un état potentiellement réversible »³³². Dès lors, elle apparaît plus adaptée pour développer la prévention de la perte d'autonomie qui s'impose aujourd'hui. En effet, citant le rapport fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, il convient « d'agir sur les effets du vieillissement, lequel commence dès la naissance, alors en toute rigueur de termes la politique relative à la perte l'autonomie n'a ni commencement, ni fin, ou plutôt, elle est bornée par la vie elle-même »³³³.

³³⁰ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p.17.

³³¹ Bourdieu, Pierre. *Questions de Sociologie*, Les éditions de Minuit, Lonrai, 2002, p. 144.

³³² Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 350.

³³³ Rapport d'information du Sénat n°453, *op cit.* p. 19.

Normes juridiques

Codes

Code de l'action sociale et des familles

Code pénal

Code pénitentiaire

Code de procédure pénale

Code de la santé publique

Textes législatifs principaux

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n°15 du 19 janvier 1994, p. 960.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF n°54 du 5 mars 2002, p. 4118.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, texte 1.

Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales, JORF n°289 du 13 décembre 2005, texte 1.

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009, pénitentiaire, JORF n°273 du 25 novembre 2009, texte 1.

Loi n°2014-896 du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n°189 du 17 août 2014, texte 1.

Loi n°2021-1729 du 22 décembre 2021, pour la confiance dans l'institution judiciaire, JORF n°298 du 23 décembre 2021, texte 2.

Jurisprudences principales

Cass. crim., 12 février 2003, n°02-86.531, publié au bulletin.

Cass. crim., 28 septembre 2005, n°05-81.010, publié au bulletin.

Cass. crim., 20 janvier 2009, n°08-82.807, publié au bulletin.

Cass. crim., 25 novembre 2009, n° 09-82.971, publié au bulletin.

Cass. crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.731 et 20-81.739, publié au bulletin.

Cass. crim., 20 octobre 2021, 21-84.498, publié au bulletin.

Conseil d'Etat, ordonnance de référé, 22 décembre 2012, section française de l'Observatoire international des prisons, n°364584, publié au recueil Lebon.

CEDH, grande chambre, 26 octobre 2000, Kudla c/ Pologne, req n°30210/96.

CEDH, troisième section, 7 juin 2001, Papon c/ France, req n°64666/01.

CEDH, troisième section, 10 juillet 2001, Price c/ Royaume-Uni, req n°33394/96.

CEDH, première section, 14 novembre 2002, Mouisel c/ France, req n°67263/01.

CEDH, deuxième section, 11 juillet 2006, Rivière c/ France, req n°33834/03.

CEDH, deuxième section, 24 octobre 2006, Vincent c/ France, req n°6253/03.

CEDH, cinquième section, 23 février 2012, G. c/ France, req n°27244/09.

CEDH, cinquième section, 21 mai 2015, Yengo c/ France, req n°50494/12.

CEDH, cinquième section, 30 janvier 2020, J.M.B. et autres c/ France, req n°9671/15 et 31 autres.

Bibliographie

1. Ouvrages

- BECCARIA, Cesare. *Des Délits et des peines*, 1764, Flammarion, Paris, 1991, 187 p.
- BOURDIEU, Pierre. *Questions de Sociologie*, Les éditions de Minuit, Lonrai, 2002, 280 p.
- CORNU, Gérard. *Vocabulaire Juridique*, PUF, Paris, 2014, 1099 p.
- DUJARDIN, Valériane. *Les Relations, hôpital, police, justice*, Les études hospitalières, coll. Tout savoir, 2013, 296 p.
- DULIOUST, Anne. *Médecin en Prison*, First Gründ, Paris, 2014, 302 p.
- FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir*, Gallimard, Lonrai, 1975, 362 p.
- GOFFMANN, Erving. *Asiles*, Les éditions de Minuit, Lonrai, 1968, 449 p.
- GZIL, Fabrice. *La Maladie d'Alzheimer*. Problèmes philosophiques, PUF, Paris, 2009, p.
- HERZOG-EVANS, Martine. *Droit de l'exécution des peines*, 2016/2017, Dalloz, coll. Dalloz Action, 5e éd, 2016, 1572 p.
- INSEE. *France, Portrait social*, Insee références, éd. 2021, 25 novembre 2021,
- TOURAUT, Caroline. *Vieillir en prison. Punition et compassion*, Champs social éditions, coll. « Questions de société », Paris, 2019, 256 p.
- TOURAUT, Caroline, et DESESQUELLES, Aline. *La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, Rapport final, GIP-Mission de recherche Droit et Justice et Institut national d'Etudes Démographiques, mai 2015, 400 p.

2. Thèse

- BONNE-HARBIL, Aurélie. *Droit et santé en détention*, LEH édition, Thèses, vol. 26, 2018, 536 p.

3. Articles

- ARGOUD, Dominique. « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public ». *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149, n° 1, 2016, pp. 25-40. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/g1.149.0025>.
- BECHLIVANOU MOREAU, Georgia. « Rendre plus effectif le droit au maintien des liens familiaux ». *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 1, n° 1, 2013, pp. 137-147. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rsc.1301.0137>.
- BONIS, Évelyne, et PELTIER, Virginie. « Chronique de droit pénal et de procédure pénale (juillet 2020 à décembre 2020) », *Titre VII*, vol. 6, no. 1, 2021, pp. 96-109. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/tvii.005.0112>.
- BOUQUET, Brigitte. « Droit et place des personnes en perte d'autonomie, éthique de l'intervention », *Vie sociale*, vol. 6, no. 2, 2014, pp. 121-127. BOUVIER, Jean-Claude. « Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait ». *Délibérée*, vol. 1, n° 1, 2017, pp. 53-58. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/vsoc.142.0119>.
- CÈRE, Jean Paul. « Le détenu malade : le traitement du droit européen », *Actualité juridique Pénal*, n°7, 2010, pp. 325-329.
- DAVID, Michel. « La suspension de peine pour raison médicale ». *L'information psychiatrique*, vol. 90, n° 1, 2014, pp. 8-10. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/inpsy.9001.0008>.
- DE BEAUREPAIRE, Christiane. « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison ». *Revue du MAUSS*, vol. 40, n° 2, 2012, pp. 125-146. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rdm.040.0125>.
- DÉCHAMP-LE ROUX, Catherine. « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? » *Gérontologie et société*, vol. 35 / HS 1, n° 5, 2012, pp. 81-91. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/g1.hs01.0081>.
- DE GUBERNATIS, Jean-Baptiste, et al. « La réforme pénale en questions ». *Les Cahiers Portalis*, vol. 1, n° 1, 2014, pp. 81-88. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/capo.001.0081>.
- DELBOS, Vincent. « Efficace la prison ? » *Revue Projet*, vol. 365, n° 4, 2018, pp. 26-33. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/pro.365.0026>.

- DEVILLE, Norbert, et OUMEDDOUR, Saïd. « Prévenir la perte d'autonomie pour les personnes vulnérables : l'instauration d'un rendez-vous prévention jeune retraité », *Regards*, vol. 57, no. 1, 2020, pp. 95-103. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/regar.057.0095>.
- ENNUYER, Bernard. « 1962-2007 : regards sur les politiques du “maintien à domicile”. Et sur la notion de “libre choix” de son mode de vie ». *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123, n° 4, 2007, pp. 153-167. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/g.s.123.0153>.
- . « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus ». *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138, n° 3, 2011, pp. 127-142. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/g.s.138.0127>.
- . « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe*, vol. -6, no. 5, 2013, pp. 139-157. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>.
- FERRAN, Nicolas. « La personne détenue encore à la recherche de son juge en France ». *Déviance et Société*, vol. 38, n° 4, 2014, pp. 469-489. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/ds.384.0469>.
- FRINAULT, Thomas. « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap ». *Politix*, vol. 72, n° 4, 2005, pp. 11-31. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/pox.072.0011>.
- GERVAIS Paul, SANNIER Olivier, TOUSIGNANT Michel, MANAOUIL Cécile, HÉBERT Réjean. « Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le SMAF », *La Revue de Gériatrie*, tome 35, n°9, novembre 2010, pp. 660-669.
- GILLOT-ASSAYAG, Laure. « La santé en prison : les vulnérabilités des prisonniers à la lumière du droit ». *Revue française d'éthique appliquée*, vol. 12, n° 1, 2022, pp. 155-70. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rfeap.012.0155>.
- GRAND, Alain. « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France ». *Vie sociale*, vol. 15, n° 3, 2016, pp. 13-25. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0013>.
- GUICHARDON, Magali. « Quand l'entrée en ehpad est un choix ». *Gérontologie et société*, vol. 28 / 112, n° 1, 2005, pp. 157-162. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/g.s.112.0157>.

- HAFIZ, Chems-eddine, « Suspension de Peine Pour Raison Médicale : La France Condamnée Par La CEDH Pour l'insuffisance Des Mesures d'adaptation », *Droit Déontologie et soin*, vol. 15, issue 2, juin 2015, pp. 141-160. *Elsevier Enhanced Reader*, <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2015.04.018>.
- HELFTER, Caroline. ... « ... en contrepoint - Pathologies du vieillissement ». *Informations sociales*, vol. 138, n° 2, 2007, pp. 117-118. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/inso.138.0117>.
- KANOUI-MEBAZAA, Valérie, et VALANTIN, Marc-Antoine. « La santé en prison ». *Les Tribunes de la santé*, vol. 17, n° 4, 2007, pp. 97-103. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/seve.017.0097>.
- LAPLAUD, Ambre. « 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... ? » *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, n° 10, octobre 2021, 20 p. *doi.org (crossref)*, <https://doi.org/10.25965/trahs.3705>.
- MARCHAND, Marie. « Regards sur la vieillesse ». *Le Journal des psychologues*, vol. 256, n° 3, 2008, pp. 22-26. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0022>.
- MICHEL, Hervé. « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive ». *Retraite et société*, vol. 62, n° 1, 2012, pp. 174-181. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rs.062.0174>.
- PONCELA, Pierrette. « Quelques aspects du respect de la dignité en droit de l'exécution des peines », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 3, no. 3, 2010, pp. 645-656. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rsc.1003.0645>.
- . « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ». *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 1, n° 1, 2010, pp. 190-200. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rsc.1001.0190>.
- PONSEILLE, Anne. « La peine et le temps », *Archives de politique criminelle*, vol. 29, no. 1, 2007, pp. 69-93. *Cairn info*, <https://doi.org/10.3917/apc.029.0069>.
- . « Prise en considération de l'état de santé de la personne suspectée ou condamnée par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales ». *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 4, n° 4, 2014, pp. 729-744. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rsc.1404.0729>.

- POTTIER, Philippe. « Repenser la peine de prison après la loi du 24 novembre 2009 ». *Pouvoirs*, vol. 135, n° 4, 2010, pp. 149-158, *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/pouv.135.0149>.
- RENAUT, Sylvie. « Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir ». *Gérontologie et société*, vol. 27 / 109, n° 2, 2004, pp. 83-107. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/gs.109.0083>.
- RIDEL, Laurent, et TOURAUT, Caroline. « Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, Direction de l'administration pénitentiaire, n°41, septembre 2016, 8 p.
- ROBERT, Anne-Gaëlle. « La mise en cause récurrente de la France par les juridictions françaises et européennes : regard européen », *Actes du colloque de l'ANJAP sur la surpopulation pénale*, 4 avril 2014, 13 p.
- SENN, Eric. « Les ambiguïtés de l'individualisation des peines », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 4, no. 4, 2010, pp. 47-60. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/cdlj.1004.0047>.
- SIMON, Anne. « Les incohérences de la mise en liberté médicale ou la confirmation des incertitudes quant à la nature de la détention provisoire ». *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 2, n° 2, 2016, pp. 219-236. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/rsc.1602.0219>.
- TOURAUT, Caroline. « Corps vieillissants en prison : expérience des personnes détenues « âgées » », *Gérontologie et société*, vol. 37/148, no. 1, 2015, pp. 111-122. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/gs1.148.0111>.
- . « Les professionnels face aux personnes détenues âgées ». *Les Cahiers de la Justice*, vol. 2, n° 2, 2016, pp. 319-331. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/cdlj.1602.0319>.
- . « Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences ». *ethnographiques.org*, n° 35, décembre 2017, 37 p. *Ethnographiques.org*, <https://www.ethnographiques.org/2017/Touraut>.
- WYVEKENS, Anne. « La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur) ». *Déviance et Société*, vol. 34, n° 4, 2010, pp. 503-525. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/ds.344.0503>.
- ZIELINSKI, Agata. « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités ». *Gérontologie et société*, vol. 32 / 131, n° 4, 2009, pp. 11-24. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/gs.131.0011>.

4. Rapports et avis

CGLPL, avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF du 16 juillet 2015, texte 148.

CGLPL, avis du 5 octobre 2015 relatif à la rétention de sûreté, JORF du 5 novembre 2015, texte 59.

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, JORF du 22 novembre 2018, texte 107.

CGLPL, réponse du Ministère de la justice à l'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, 29 novembre 2018, 4 p.

CGLPL, avis du 14 octobre 2019, relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF du 22 novembre 2019, texte 136.

CGLPL, recommandations en urgence du 16 avril 2021 relatives au centre de détention de Bédénac (Charente-Maritime), JORF du 18 mai 2021, texte 47.

Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, du Ministère de la santé et des solidarités, 24 p.

CNCDH, avis du 24 mars 2022 sur l'effectivité des droits fondamentaux en prison, A-2022-5, 44 p.

Communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat, « La prévention et la prise en charge du VIH », juin 2019, 140 p.

Haut Comité consultatif de la population et de la famille. *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, La Documentation Française, Paris, 1962, 438 p.

Rapport de l'Assemblée nationale n°2521, fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, par M. Jacques Floch, rapporteur, 28 juin 2000, 328 p.

Rapport de l'Assemblée nationale n°4906, fait au nom de la commission d'enquête visant à identifier les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française, par Mme Caroline Abadie, rapporteure, 12 janvier 2022, 417 p.

Rapport de la Mission d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire, IGAS-IGSJ-IGF, juillet 2016, 167 p.

Rapport du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, décembre 2017, 124 p.

Recommandation, Comité des ministres du Conseil de l'Europe, Règles pénitentiaires européennes, n°R(87)3, 12 février 1987, 13 p.

Rapport public annuel de la Cour des comptes 2014, "la santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables", février 2014, pp. 251-290.

Rapport du Sénat n°143, fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi pénitentiaire, par M. Jean-René Lecerf, sénateur, 17 décembre 2018, 439 p.

Rapport d'enquête du Sénat n°449, de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, Tome 1, fait par MM. Jean-Jacques Huest et Guy-Pierre Cabanel, sénateurs, 28 juin 2000, 223 p.

Rapport d'information du Sénat n°447, fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, par M. Alain Vasselle, sénateur, 8 juillet 2008, 255 p.

Rapport d'information du Sénat n°682, fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des détenus, par M. Antoine Lefèvre, sénateur, 26 juillet 2017, 76 p.

Rapport d'information du Sénat n°453, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie, par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, sénateurs, 17 mars 2021, 147 p.

Rapport du groupe de travail Santé Justice "Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale", 20 novembre 2013, 28 p.

Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 4 au 18 décembre 2019, CPT/Inf (2021) 14, 24 juin 2021, 96 p.

5. Divers

Division des études de législation comparée du service des affaires européennes du Sénat, « La libération des détenus âgés », *Les documents de travail du Sénat*, série législation comparée, n° LC 98, 20 novembre 2001, 20 p.

Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des PPSMJ, Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, 470 p.

Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 151 p.

Guide des droits sociaux accessibles aux PPSMJ, Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la justice, 2018, 88 p.

Note d'information n°/DGCS/SD3/ DGOS/DAP/2019/145 du 2 juillet 2020 relative à la diffusion d'un modèle de protocole relatif à l'accès aux dispositifs de compensation du handicap et de la perte d'autonomie des personnes placées sous-main de justice, Ministère des solidarités et de la santé, 10 p.

Stratégie santé des PPSMJ (2017-2022), Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, avril 2017, 29 p.

Table des matières

Sommaire	5
Liste des abréviations.....	6
INTRODUCTION.....	7
Partie 1 : L’insuffisance du cadre juridique de l’accompagnement de la perte d’autonomie des personnes âgées en détention.....	17
Chapitre 1 : Les limites à la garantie d’une aide appropriée à la personne en perte d’autonomie dans le contexte de la détention	17
Section 1 : Les contraintes pénitentiaires opposées à l’intervention d’un aidant en détention.....	17
Paragraphe 1 : Les difficultés de l’accès aux droits sociaux en détention	18
A. L’enjeu de l’accès droits sociaux pour être accompagné d’un aidant	18
B. Les contraintes procédurales à l’octroi des droits sociaux	19
Paragraphe 2 : Les enjeux de l’intervention des professionnels aidants en détention	19
A. Les limites à l’intervention des professionnels du secteur social et médico-social en détention.....	20
B. Les contraintes éthiques de l’accompagnement par un codétenu.....	21
Section 2 : L’insuffisance de l’adaptation des conditions de détention à la perte d’autonomie.....	22
Paragraphe 1 : L’accessibilité relative des établissements pénitentiaires aux personnes à mobilité réduite	22
A. L’exigence d’accessibilité des établissements publics applicable aux lieux de détention.....	22
B. L’accessibilité relative des établissements pénitentiaires	23
Paragraphe 2 : L’aménagement variable des conditions de détention pour les personnes âgées en perte d’autonomie	24
A. L’inégal accès aux cellules pour personnes à mobilité réduite	24
B. L’insuffisant accès à des conditions matérielles adaptées.....	25
Chapitre 2 : L’effectivité relative d’une prise en charge sanitaire de la perte d’autonomie en détention ..	26
Section 1 : La garantie de l’accès aux soins malgré les contraintes pénitentiaires	27
Paragraphe 1 : L’équivalence de traitement des patients détenus avec le milieu libre.....	27
A. Les fondements du droit à la protection de la santé des personnes détenues	27
B. L’équivalence des droits des patients en détention	28
Paragraphe 2 : L’adaptation de l’organisation des soins au contexte carcéral	29
A. Les trois niveaux de l’organisation des soins	30
B. Les aménagements de peine juridictionnels pour raison médicale.....	31
Section 2 : Les limites de la prise en charge sanitaire de la perte d’autonomie en détention	32
Paragraphe 1 : Les difficultés du pilotage de l’offre de soins en détention.....	32
A. L’évaluation insuffisante des besoins sanitaires de la population carcérale	32
B. La rareté des professionnels de santé.....	33
Paragraphe 2 : L’impact de l’offre de soins pénitentiaire sur la prise en charge sanitaire de la perte d’autonomie	34
A. Les conditions de prise en charge des patients en perte d’autonomie	35
B. La pénibilité des extractions médicales dues à la pénurie de spécialistes	36

Partie 2 : L'opportunité d'une autre réponse pénitentiaire et médico-sociale à la perte d'autonomie en détention..... 37

Chapitre 1 : La nécessité de repenser le cadre procédural pour garantir le respect de la dignité de la personne en perte d'autonomie..... 37

Section 1 : L'ineffectivité des aménagements de peine permettant la sortie anticipée de détention pour les personnes âgées en perte d'autonomie 38

Paragraphe 1 : L'applicabilité limitée des aménagements permettant la sortie anticipée de détention en raison de l'état de santé ou de l'âge..... 38

- A. Le prisme sanitaire : la suspension de peine pour raison médicale..... 39
- B. Le prisme de l'âge : la libération conditionnelle des soixante-dix ans ou plus 40

Paragraphe 2 : Les conditions communes aux aménagements de peine en raison de l'état de santé ou de l'âge..... 42

- A. Les limites tenant au profil pénal des personnes âgées..... 42
- B. Les limites tenant à une prise en charge en aval 43

Section 2 : L'obligation de protéger la dignité des personnes en perte d'autonomie en détention..... 45

Paragraphe 1 : La protection par la CEDH des personnes en perte d'autonomie face aux conditions indignes de détention..... 45

- A. L'appréciation des traitements inhumains et dégradants en fonction de l'état de santé 46
- B. L'appréciation du niveau minimum de gravité par rapport à l'âge et au handicap..... 47

Paragraphe 2 : Le respect effectif de la dignité en droit interne, une garantie nouvelle pour les personnes en perte d'autonomie ? 49

- A. Le constat d'une absence de recours préventif effectif contre les conditions indignes de détention..... 49
- B. Les enjeux de l'émergence d'un recours effectif contre les conditions indignes de détention 50

Chapitre 2 : La possibilité d'une articulation renouvelée entre droit pénitentiaire et médico-social..... 51

Section 1 : Les fondements d'une équivalence de l'accompagnement médico-social avec le milieu libre 52

Paragraphe 1 : L'amélioration du repérage de la perte d'autonomie en détention 52

- A. La nécessité d'un outil adapté pour évaluer la perte d'autonomie en détention..... 52
- B. Le perfectionnement du repérage de la perte d'autonomie en détention 53

Paragraphe 2 : Les bénéfices d'une systématisation du conventionnement entre le secteur médico-social et les établissements pénitentiaires 54

- A. L'intérêt du conventionnement pour faciliter l'accès aux droits sociaux..... 54
- B. Les enjeux du conventionnement pour la qualité de l'accompagnement en détention 55

Section 2 : L'opportunité d'un régime de détention adapté pour les personnes âgées en perte d'autonomie..... 56

Paragraphe 1 : Les enjeux d'une prise en compte des besoins des la personne âgée en détention 57

- A. La prévention de la perte d'autonomie en détention..... 57
- B. Les limites d'un régime de détention spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie 58

Paragraphe 2 : Les pistes d'une réinsertion pensée pour la personne âgée en perte d'autonomie 59

- A. L'adaptation des exigences de la réinsertion à la personne âgée en perte d'autonomie 60
- B. La possibilité de structures innovantes pour assurer une continuité de la prise en charge 61

CONCLUSION..... 63

Normes juridiques..... 66

Bibliographie 68

Table des matières..... 76

Titre : Droit et perte d'autonomie de la personne âgée en détention.

Résumé : La personne âgée en perte d'autonomie, qu'elle soit condamnée détenue ou non, bénéficie de droits comparables pour son accompagnement dans les actes essentiels de la vie. En outre, la prise en charge sanitaire des patients détenus doit observer un principe d'équivalence de traitement par rapport à l'ensemble de la population. Toutefois, ces droits sont rendus ineffectifs en pratique pour des raisons tenant aux contraintes particulières de l'incarcération, aux interventions en milieu pénitentiaire et à l'applicabilité relative de procédures dépendantes de l'état de santé ou de l'âge de la personne. Dans certaines situations, les conditions de détention des personnes âgées en perte d'autonomie peuvent même constituer des atteintes à la dignité de la personne humaine. Dès lors, si des évolutions pour permettre une meilleure prise en compte de ces personnes en détention sont en cours, elles devraient s'insérer dans une approche plus fondamentale tendant à définir une détention adaptée à la perte d'autonomie et à la fragilité des personnes âgées.

Mots-clefs : perte d'autonomie ; personnes âgées ; détention ; prison ; dépendance ; soins ; équivalence de traitement ; vieillesse ; accompagnement médico-social.

Title: Rights and loss of autonomy of the elderly person in detention.

Abstract: The elderly person with a loss of autonomy, whether he or she is a convicted prisoner, benefits from comparable rights for his or her support in the essential acts of life. In addition, the health care of detained patients must observe a principle of equivalence of treatment in relation to the general population. However, these rights are made ineffective in practice for reasons relating to the constraints of incarceration, interventions in the prison environment and the relative applicability of procedures depending on the state of health or age of the person. In some situations, the conditions of detention of elderly persons with a loss of autonomy may even constitute an affront to human dignity. Therefore, if developments to allow for better consideration of these people in detention are underway, they should be part of a more fundamental approach aimed at defining a detention adapted to the loss of autonomy and frailty of the elderly.

Keywords: loss of autonomy; elderly people; detention; prison; dependence; care; equivalence of treatment; old age; medico-social support