

REF : 2026_RAP_03

Personnes âgées en détention

Visite à l'établissement pénitentiaire de Merksplas du 11 juin 2026

Visite à l'établissement pénitentiaire de Saint-Hubert du 30 juin 2026

Approuvé par le Conseil central le 20.08.2026

TABLE DES MATIÈRES

Résumé exécutif	3
I. Introduction	5
A. Contexte	5
B. Les sections pour personnes âgées visitées par la délégation	6
1. La salle 1 à Merksplas	7
2. Le bloc 8 à Saint-Hubert	8
3. Des réalités divergentes	9
II. Vieillir dans la dignité	10
A. L'infrastructure comme facteur déterminant	10
B. Vieillir dans la dignité, c'est (plus que) recevoir des soins	13
1. Soins	13
2. Plus que des soins	17
C. Pension et réinsertion	20
1. Réinsertion	20
2. Pension	21
D. Autonomie en fin de vie	23
1. Fin de vie	23
2. Soins palliatifs	24
III. Conclusion	26

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le **vieillissement démographique de la société se reflète également dans les prisons**. Le nombre de personnes détenues âgées dans les établissements pénitentiaires belges est passé de 550 personnes de plus de 60 ans en 2019 à 719 en juin 2026. En outre, la population carcérale est marquée par le *“early aging”*, c’est-à-dire un processus de vieillissement précoce résultant à la fois des parcours de vie fragilisés des personnes détenues et des effets de l’incarcération.

L’augmentation exponentielle du nombre de personnes détenues âgées **impose le développement d’une politique intégrée** à destination de ce public. Les personnes âgées détenues présentent des besoins spécifiques qui concernent l’ensemble des domaines de la vie, allant des prises en charge médicales complexes à des aspects plus quotidiens, tels que des repas adaptés. Le contexte carcéral actuel se caractérise toutefois par une forme d’impensé institutionnel (*institutional thoughtlessness*), dans laquelle cette réalité est insuffisamment prise en compte. **Les infrastructures existantes et les régimes de détention, conçus selon une logique sécuritaire, créent souvent pour les personnes détenues âgées des obstacles disproportionnés sans réelle plus-value en matière de sécurité**. Par exemple, les portes sécurisées, souvent lourdes, ainsi que les longues distances à parcourir compliquent les déplacements vers le kinésithérapeute ou la salle de visite, voire les rendent impossibles.

En l’absence d’une politique intégrée, des sections pour personnes détenues âgées ont été mises en place ces dernières années de manière *ad hoc*, notamment la salle 1 de la prison de Merksplas et le bloc 8 de la prison de Saint-Hubert. Ces initiatives locales atteignent toutefois leurs limites. Il est nécessaire d’élaborer une **vision politique structurelle centrée sur la dignité humaine** et qui réponde aux besoins spécifiques de cette population en matière de soins et de sécurité.

Une des priorités consiste à développer des **infrastructures adaptées**. Les dortoirs collectifs, tels que ceux de la salle 1 à Merksplas, sont souvent inadaptés aux personnes détenues âgées du point de vue de la vie privée, de la dignité et de la sécurité. Les cellules individuelles devraient dès lors devenir la norme. Par ailleurs, un **modèle de prise en charge holistique** est nécessaire : il doit reposer sur des équipes multidisciplinaires et du personnel dédié au soutien non médical pour les activités de la vie quotidienne, les interactions sociales ou encore la stimulation physique et cognitive.

Des pistes de solutions existent, par exemple des sections transformées en unités de soins pour personnes détenues âgées, ou des modèles alternatifs tels que des maisons de détention spécifiques ou des maisons de repos fermées. Ces pistes méritent une attention accrue de la part des décideurs publics.

La **réinsertion** des personnes détenues âgées constitue également un enjeu majeur. La combinaison de besoins de soins, de possibilités limitées en matière de logement, d’une faible capacité ou volonté d’accueil du secteur des soins aux personnes âgées, de l’absence de réseau

social et de vulnérabilités financières, rend ces personnes plus à risque de grande précarité après leur libération.

Enfin, la **fin de vie en détention** requiert elle aussi un cadre politique clair. Alors qu'un nombre croissant de personnes âgées vivent leurs derniers moments en prison, cette question doit être prise en compte. **L'autonomie et les souhaits de la personne concernée doivent être au centre** des réflexions. Il est également indispensable de développer un cadre adapté pour les **soins palliatifs**. Les situations impliquant des détenus dépendants, alités ou atteints de démence nous confrontent à la **question de la qualité des soins (palliatifs) qu'une prison peut offrir**. Ces situations posent également la question du **moment où une personne doit cesser d'être vue comme un détenu pour devenir avant tout un patient**.

Une politique pénitentiaire de prise en charge des personnes âgées devra dès lors reposer sur un équilibre entre sécurité, soins, dignité humaine et responsabilité sociétale.

I. INTRODUCTION

A. CONTEXTE

Alors que le **vieillissement démographique**¹ se poursuit, les **prisons** connaissent elles aussi une **augmentation du nombre de personnes détenues âgées**. Cette évolution s'explique, entre autres, par l'allongement des peines de prison — ce qui conduit un nombre croissant de détenus à vieillir en détention² — et par le fait que plus de la moitié des personnes détenues choisissent de purger la totalité de leur peine³. Par ailleurs, de nombreuses personnes sont incarcérées, pour la première fois ou non, à un âge plus avancé⁴.

En janvier 2019, 550 personnes âgées de 60 ans et plus séjournaient dans les prisons belges. Ce nombre est passé à 719 personnes âgées de 60 ans et plus au 1^{er} juin 2026. Cela correspond à une augmentation en pourcentage de près de 31 %.

Il faut aussi prendre en considération l'augmentation significative à venir de ce groupe, étant donné qu'environ 1 324 détenus âgés de plus de 55 ans séjournent actuellement dans les prisons belges. À cela s'ajoutent 2 294 détenus appartenant à la catégorie d'âge des 45 à 54 ans.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION PAR ÂGE DES PERSONNES DÉTENUES ÂGÉES DE + DE 55 ANS DANS LES PRISONS BELGES AU 1^{ER} JUIN 2026 (SOURCE : SPF JUSTICE)

Tranche d'âge	Nombre
55-59 ans	605
60-64 ans	338
65-69 ans	237
70-74 ans	90
75+ ans	54
TOTAL	1 324

Nous nous intéressons délibérément aux catégories d'âge à partir de 55 ans. La littérature montre en effet qu'il est question de « **early aging** » ou d'« **accelerated ageing** » au sein de la population carcérale. Cette notion fait référence à un processus de vieillissement précoce qui résulte de toutes sortes d'événements négatifs fréquemment observés au cours de la vie des détenus, tels que la dépendance à l'alcool, l'abus de drogues, une mauvaise alimentation, des blessures résultant de violences, et bien d'autres encore. Le séjour en détention peut également perpétuer ces facteurs⁵. Des recherches montrent que l'état de santé et la qualité de vie des détenus masculins âgés sont nettement moins bons que ceux de la population générale, ce qui souligne

¹ Statbel. *Perspectives de la population*, 2026. Consultable sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population>

² Humblet, D., & Decorte, T. (2013). *Detentiebeleving door oudere gevangenen in België: een exploratief onderzoek*. Panopticon 34(4).

³ La crise causée par la surpopulation dans les prisons. Auditions. La Chambre, 2024-2025, 15 avril 2025, n° 56-0848/001, p.9.

⁴ *Ibid.* note 2.

⁵ Denktank ouderen in detentie, *Witboek. Naar een holistische aanpak van de vergrijzing in onze gevangenissen*, 2010. Consultable sur: [Witboek Denktank_final\(1\).pdf](#)

leur vulnérabilité⁶. On parle donc plus rapidement d'« une personne âgée » en prison que dans la société libre.

Si, conformément aux prévisions, le nombre de détenus âgés augmente dans les prochaines années, la situation deviendra insoutenable en l'absence de mesures appropriées. Il est nécessaire de mettre en place une **politique intégrée** concernant les personnes âgées en détention. Et certaines questions essentielles ne peuvent plus rester sans réponse : comment voulons-nous, en tant que société, traiter les personnes détenues âgées ? La prison est-elle encore le lieu le plus approprié pour ces personnes ? Et si tel est le cas, sous quelle forme et dans quelles circonstances ?

Pour ces raisons, le Conseil central de surveillance pénitentiaire (ci-après : **CCSP**) a décidé d'effectuer deux visites de contrôle dans les sections réservées aux personnes âgées des prisons de **Merksplas** et de **Saint-Hubert**. Sur la base de ces visites, le CCSP formule dans le présent rapport plusieurs **recommandations** à l'intention des décideurs politiques en vue de l'élaboration d'une **politique intégrale relative à la détention des personnes âgées**.

Le projet de rapport a été communiqué le 25 août 2026 à la Direction générale des établissements pénitentiaires, à la direction régionale et aux directeurs des établissements pénitentiaires visités afin de recueillir leurs observations sur ce rapport. Le 1er septembre 2026, la Direction générale des établissements pénitentiaires a fait savoir que, compte tenu de la surpopulation permanente, d'une grève annoncée du personnel pénitentiaire et des périodes de congés en cours, il n'était pas possible de formuler une réponse au projet de rapport dans le délai imparti.

Le CCSP comprend ces circonstances, et attache une grande importance à un dialogue ouvert et constructif avec les autorités concernées. Le CCSP reste disposé à discuter d'éventuelles remarques, constatations ou points à prendre en compte. Le CCSP ne considère pas ce rapport comme une fin en soi, mais comme un outil visant à soutenir et à renforcer le dialogue sur les constats et recommandations.

B. LES SECTIONS POUR PERSONNES ÂGÉES VISITÉES PAR LA DÉLÉGATION

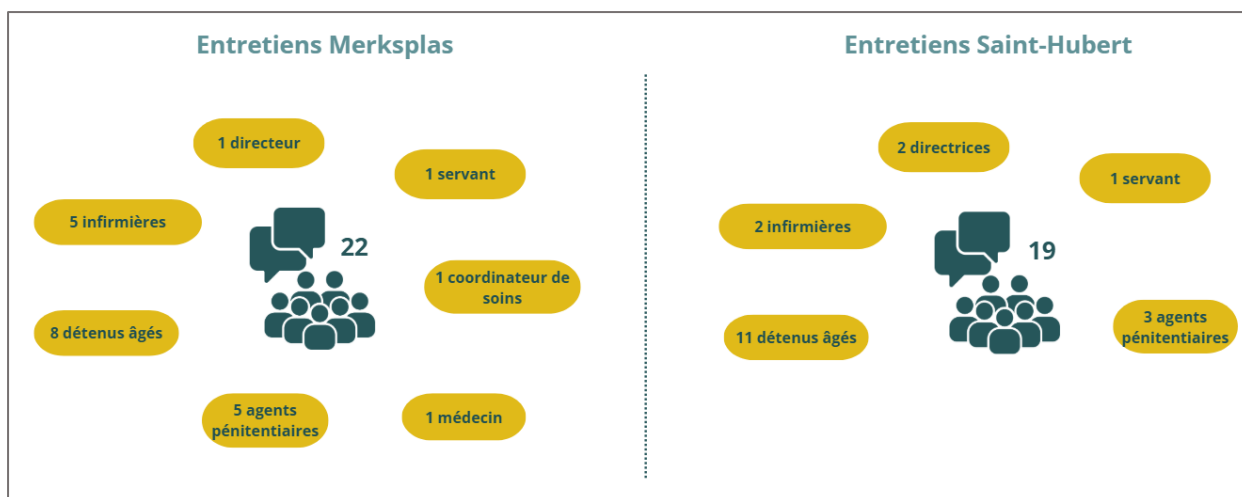
Les prisons belges pratiquent deux formes de détention pour les personnes détenues âgées : **l'intégration** des détenus âgés dans un contexte ou une section de détention ordinaire, ou **la séparation** des détenus âgés dans des sections spécifiques.

Les prisons de Merksplas et de Saint-Hubert disposent toutes deux d'une section séparée pour les personnes âgées. Ces sections séparées sont nées de la nécessité ou de l'improvisation, plutôt que d'une politique globale mûrement réfléchie.

Au cours des visites, les membres de la délégation du CCSP se sont entretenus avec 41 personnes séjournant ou travaillant dans ces sections⁷. La délégation a pu compter sur l'excellente collaboration de tous les membres des directions et du personnel.

⁶ Combalbert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M. Anselme, M. & Geffray, B. "Cognitive impairment, self-perceived health and quality for life of older prisoners", *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2018, (28) 36-49.

⁷ Les entretiens se sont déroulés sur base volontaire. Les personnes n'ont pas été sélectionnées en fonction de leur âge mais uniquement en raison de leur séjour dans la section concernée.

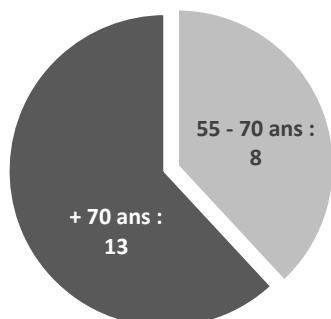


1. La salle 1 à Merksplas

La COVID-19 a constitué le catalyseur de la création de la section pour personnes âgées à **Merksplas**. Face à la nécessité de protéger un groupe particulièrement vulnérable – les personnes détenues âgées – des contaminations, il a été décidé, pendant la pandémie, de les séparer du reste de la population carcérale dans ce que l'on appelle la « salle 1 ». Ce qui semblait initialement être une solution temporaire est devenu une section permanente pour les personnes âgées ayant des besoins médicaux particuliers. La salle 1 se situe au rez-de-chaussée d'un bâtiment qui abrite également d'autres sections et dispose d'une capacité de 22 places, dont 18 dans le dortoir commun et 4 cellules individuelles.



âge des 21 personnes détenues de la salle1 (prison de Merksplas)



Le poste infirmier ainsi que le local destiné à l'ensemble des infirmiers actifs au sein de la prison de **Merksplas** se trouvent également dans ce bâtiment. Les infirmiers peuvent ainsi intervenir rapidement en cas de problèmes médicaux ou de situations d'urgence.

2. Le bloc 8 à Saint-Hubert

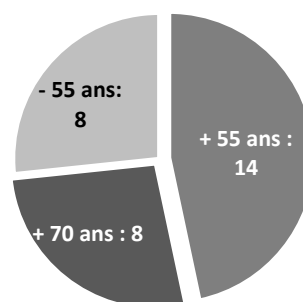


L'établissement pénitentiaire de **Saint-Hubert** se compose de plusieurs pavillons ou « blocs ». Le bloc 8 est destiné à l'accueil des personnes détenues âgées qui sont encore, dans une large mesure, autonomes. En outre, la direction y place parfois aussi des détenus plus jeunes qui ont besoin d'un environnement davantage protégé, par exemple des personnes

présentant une déficience mentale. Le bloc dispose de 2 cellules de quatre personnes, de 2 cellules pour trois personnes et de 16 cellules individuelles. Une ancienne cellule d'isolement a été transformée en une cellule réservée au "servant"⁸.

Le service médical est également installé dans le bloc 8. Bien que ce service soit accessible à l'ensemble des détenus de la prison, sa localisation présente un avantage important pour les détenus du bloc 8 : les personnes à mobilité réduite peuvent accéder plus facilement au service médical et, en cas d'urgence médicale, une intervention plus rapide peut avoir lieu.

âge des 30 personnes détenues du bloc 8 (prison Saint-Hubert)



⁸ Le CCSP recommande de ne plus recourir à l'avenir au terme obsolète et péjoratif de « servant » pour désigner les personnes en charge des tâches domestiques et d'entretien au sein de la prison.

3. Des réalités divergentes

Dans les deux sections pour personnes âgées visitées, nous avons **constaté des réalités très différentes**. Alors qu'aujourd'hui les détenus du bloc 8 de **Saint-Hubert** fonctionnent encore dans une large mesure **de manière autonome**, la situation dans la salle 1 de **Merksplas** est fondamentalement différente. La très grande majorité des détenus qui y séjournent ont **un besoin de soins très important** et doivent être assistés pour les activités quotidiennes, telles que les déplacements entre le dortoir et la salle à manger, les soins personnels, etc.

À cet égard, la salle 1 de **Merksplas** préfigure peut-être de la situation à laquelle le bloc 8 de **Saint-Hubert** sera confronté dans quelques années si une politique intégrée pour les personnes détenues âgées et nécessitant des soins fait défaut.

“

Cela a été illustré par le récit d'un détenu de 72 ans du bloc 8. La personne concernée séjourne au bloc 8 depuis déjà plusieurs années, période au cours de laquelle son état de santé s'est progressivement détérioré. Ce monsieur a fortement maigri – selon ses dires, jusqu'à 20 kilogrammes – et sa mobilité ainsi que sa capacité à parler se sont considérablement détériorées. Bien qu'il bénéficie d'un traitement médicamenteux, il a besoin du soutien quotidien de ses codétenus et de ses compagnons de cellule. Il passe la majeure partie de ses journées à dormir ; il ne quitte sa cellule que pour recevoir ses médicaments.

”

Cette situation illustre les besoins croissants en matière de soins au sein de la population carcérale et interroge la capacité des établissements pénitentiaires à prendre en charge des besoins médicaux de longue durée et plus complexes.

Plus généralement, les profils des personnes détenues de la salle 1 illustrent les défis auxquels le système pénitentiaire sera confronté au cours des prochaines années, à mesure que le groupe de plus de 2 000 détenus juste en dessous de 55 ans vieillira et que leurs besoins en matière de soins augmenteront.

II. VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ

Vieillir dans la dignité comprend différentes dimensions, notamment une infrastructure et des soins adaptés, ainsi que le maintien de l'autonomie et de la participation. La détention a un impact considérable sur chacun de ces aspects.

A. L'INFRASTRUCTURE COMME FACTEUR DÉTERMINANT

La délégation déplore que **l'infrastructure de la salle 1 à Merksplas hypothèque la possibilité de vieillir dans la dignité et de recevoir des soins adéquats**. Contrairement aux détenus du bloc 8 à **Saint-Hubert**, la majorité des détenus de la salle 1 à **Merksplas** séjournent dans **un dortoir commun**. L'infrastructure de ce dortoir est insuffisamment adaptée aux besoins des détenus âgés. Ainsi, les soins prodigués aux détenus qui ne sont plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes – tels que la toilette, le changement de vêtements et d'autres tâches quotidiennes – ont lieu en présence de codétenus. Les lits ne sont pas séparés les uns des autres par des rideaux. Bien que les infirmiers déploient des efforts afin de préserver autant que possible l'intimité des détenus, par exemple en laissant temporairement les lits environnants inoccupés pendant les soins, ils ne peuvent remédier aux limitations structurelles de l'infrastructure. En outre, l'espace limité entre les lits entrave la prestation de soins adéquats. Selon les infirmiers, cet agencement rend l'utilisation de certains dispositifs d'aide, tels que les lève-personnes, difficile, voire impossible. Le médecin de la prison a également souligné que l'infrastructure limite les soins médicaux. Ainsi, la pose d'une sonde urinaire chez les détenus alités n'est pas indiquée, étant donné que la salle 1, bien que très hygiénique, ne constitue pas un environnement stérile. L'infrastructure actuelle a pour conséquence que les personnes détenues âgées ne peuvent pas toujours recevoir les soins correspondant à leurs besoins et crée des conditions qui sont difficilement compatibles avec une vieillesse vécue dans la dignité⁹.

L'infrastructure de la salle 1 soulève également des questions concernant **la sécurité et l'adéquation** des conditions de séjour¹⁰. Ainsi, les personnes souffrant de troubles cognitifs, tels que la démence, peuvent adopter des comportements découlant de leur état pathologique et, de ce fait, mettre en danger leur propre sécurité ou celle de leurs codétenus. La direction et le personnel médical s'efforcent d'attribuer les quelques cellules individuelles aux personnes présentant de telles vulnérabilités, mais, dans la pratique, cela ne s'avère pas toujours possible en raison du nombre insuffisant de cellules. De plus, les dossiers médicaux étant parfois incomplets, il n'est pas toujours possible d'évaluer adéquatement les risques en matière de soins et de sécurité liés aux nouveaux détenus. La délégation estime dès lors que l'infrastructure actuelle n'est pas suffisamment adaptée aux profils de soins et de sécurité des détenus âgés de la salle 1. La rénovation prévue du dortoir en une section composée de cellules individuelles constitue une urgence pour garantir durablement un fonctionnement sûr, digne et axé sur les soins.

⁹ Voy. CPT, 11^e Rapport général, [CPT/Inf\(2001\) 16](#), § 29 : « (...) il n'y a pas grand-chose à dire en faveur – et il y a beaucoup de choses à dire en défaveur – d'un système qui fait vivre et dormir ensemble dans le même dortoir des dizaines et des dizaines de détenus. De grands dortoirs impliquent inévitablement un manque d'intimité dans la vie quotidienne des détenus. En outre, le risque d'intimidation et de violence est élevé. » et CPT, Espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires : normes du CPT, [CPT/Inf\(2015\) 44](#), § 7. « En conséquence, le CPT préconise depuis longtemps de renoncer aux grands dortoirs pour passer à des unités de vie plus petites ».

¹⁰ *Ibid.* note 9.

Par ailleurs, une grande partie des détenus de la salle 1 souffrent de **problèmes de mobilité** et se déplacent à l'aide d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant mis à disposition par l'établissement. Une des personnes détenues avait perdu toute mobilité en raison d'une paralysie et passait toutes ses journées au lit. La mobilité déjà limitée des personnes est encore davantage restreinte par l'infrastructure de la prison. La section ne dispose pas d'ascenseur. De ce fait, plusieurs personnes détenues de la salle 1 ne peuvent pas utiliser certaines installations de la prison, telles que le cabinet du kinésithérapeute, qui se trouve à un étage supérieur. La bibliothèque ne leur est pas non plus accessible.



Celle-ci se trouve en effet à l'autre extrémité de l'établissement, à une distance considérable de la salle 1 (quelques centaines de mètres), avec plusieurs escaliers sur le trajet. Même les détenus qui peuvent encore se déplacer sans aide ne sont pas toujours en mesure de parcourir cette distance de manière autonome. La bibliothèque se rend dès lors une fois par mois dans la salle 1. Les installations sanitaires ne sont pas non plus adaptées aux besoins de ce public : tant à **Merksplas** qu'à **Saint-Hubert**, les douches comportent un bord élevé et présentent un risque de chute pour les personnes à mobilité réduite.



De manière générale, le bâtiment du bloc 8 à **Saint-Hubert** est mieux adapté aux besoins des détenus âgés : une grande partie des détenus séjourne dans une cellule individuelle, et certains séjournent dans une cellule pour trois ou quatre personnes. Le bâtiment se trouve au rez-de-chaussée, ne comporte pas d'escaliers et dispose d'une rampe d'accès. Néanmoins, plusieurs détenus ont souligné le mauvais état des chemins entre les blocs, ce qui rend les déplacements en fauteuil roulant vers les services administratifs difficiles. Et, à l'exception de la porte d'accès adaptée, les autres portes seraient trop étroites pour les utilisateurs de fauteuils roulants.



En outre, il apparaît que non seulement l'infrastructure, mais également le **manque d'accompagnement** constitue un obstacle important à la mobilité des détenus âgés. En raison des effectifs limités, les capacités sont insuffisantes pour accompagner les détenus à mobilité réduite vers les activités, les promenades ou d'autres installations au sein de l'établissement.

“

Le récit d'un détenu de la salle 1, âgé de près de 90 ans, est à cet égard révélateur. Lorsqu'il a eu besoin de nouveaux vêtements, même une visite à la petite boutique sociale « *De Kapstok* » de la prison s'est avérée loin d'être évidente. Comme il n'était plus en mesure de se déplacer seul et que personne n'était disponible pour l'accompagner, il a dû attendre plus d'un mois avant de pouvoir obtenir de nouveaux vêtements.

”

Cet exemple montre qu'un environnement carcéral classique, conçu dans une optique de sécurité, crée des obstacles physiques disproportionnés pour les personnes détenues âgées sans que cela n'ajoute de plus-value en matière de sécurité.

Pour ce groupe, les déplacements nécessitent en effet davantage de temps et d'accompagnement, de sorte que l'accessibilité des services de base n'est, dans la pratique, pas suffisamment garantie. De telles situations font que les personnes âgées vivent leur détention comme plus pénible et sont confrontées à ce que la littérature désigne comme *“the added pains of imprisonment”*¹¹.

Recommandations au ministre de la Justice, en collaboration avec la Régie des Bâtiments :

Veiller à ce que l'infrastructure des sections destinées aux personnes détenues âgées soit adaptée à leurs besoins spécifiques, en particulier en matière de mobilité et d'accessibilité, ainsi que de respect de la vie privée.

Renoncer à l'utilisation de dortoirs communs qui sont inadaptés pour répondre aux besoins et à la dignité des détenus âgés. Ceux-ci sont également inadaptés du point de vue de la sécurité. Ils doivent laisser place à des cellules individuelles séparées.

¹¹ Humblet, D., *The Older Prisoner*. Palgrave Studies in Prison and Penology, Palgrave MacMillan, 2021.
DOI : 10.1007/978-3-030-60120-1.

B. VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ, C'EST (PLUS QUE) RECEVOIR DES SOINS

1. Soins

La loi de principes¹² prévoit que les soins de santé en prison visent à promouvoir, conserver ou restaurer pour les détenus un état de bien être à la fois physique, psychique et social (art. 87 de la loi de principes). En outre, la loi garantit le principe d'équivalence, qui implique que les détenus ont droit à des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre (art. 88 de la loi de principes).

Services médicaux et permanence

Au cours de nos visites, nous avons constaté que le niveau de soins dans la salle 1 et le bloc 8 diffère considérablement, mais que dans les deux établissements les **cadres de personnel** sont **insuffisants pour répondre aux besoins spécifiques de ce public**.

Les soins de santé à **Merksplas** sont, de manière générale, plus étendus qu'à **Saint-Hubert**. Les besoins médicaux et la lourdeur des soins des détenus séjournant dans la salle 1 sont aussi considérablement plus importants que ceux des détenus séjournant dans le bloc 8. Selon le médecin attaché à la salle 1, ces détenus sont généralement confrontés à des problèmes de santé plus graves et plus complexes que le résident moyen d'une maison de repos et de soins.

Dans la **salle 1 à Merksplas**, les soins infirmiers ont lieu quotidiennement entre 7h et 10h30. Pendant le service du matin, trois infirmiers sont présents pour l'ensemble de l'établissement, et deux l'après-midi. Un infirmier est toujours spécifiquement affecté à la salle 1 et y effectue régulièrement des rondes de surveillance. Comme le poste infirmier se trouve dans le même bâtiment, il est possible d'intervenir rapidement en cas d'urgence médicale. Lors des soins infirmiers du matin, les infirmiers notent quels détenus âgés doivent être vus par le médecin. Le médecin attaché à la salle 1 est présent cinq jours par semaine et voit, après la tournée de soins, les détenus l'ayant demandé. Bien qu'il y ait une présence infirmière permanente à **Merksplas**, les effectifs de nuit restent insuffisants : un seul infirmier est présent pour l'ensemble de l'établissement, où séjournent environ 420 personnes détenues, parmi lesquelles des personnes âgées et / ou internées.

De manière générale, le cadre infirmier semble dès lors insuffisamment adapté à l'ampleur et aux besoins spécifiques des personnes séjournant dans la salle 1. Ce constat est d'autant plus préoccupant que, par le passé, la salle 1 pouvait compter sur deux infirmiers supplémentaires et que le cadre infirmier prévu de 11 ETP n'est actuellement pas entièrement pourvu : seuls 9,75 ETP sont effectivement en service pour l'ensemble de l'établissement. Afin de pallier les pénuries de personnel et de fournir des soins supplémentaires, l'établissement fait de manière limitée appel à des infirmiers indépendants.

¹² Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, MB 1er février 2005, ci-après « loi de principes ».

Présence médicale

Merksplas



9,75 ETP infirmiers.ères
pour tout l'établissement (420 détenus)
Médecin 5 jours / semaine pour la zaal 1



24h/24
7j/7



1 membre du personnel soignant
pour 420 détenus

Saint-Hubert



3 ETP infirmières
pour tout l'établissement (220 détenus)
Médecins 3 demi-journées / semaine



Lun. > ve. 7h30 - 15h30
Sa. > Dim. 8h-12h



pas de garde de nuit

À **Saint-Hubert**, le cadre infirmier pour l'ensemble de l'établissement, y compris le bloc 8, ne compte que 3 ETP. Celui-ci est également considéré comme insuffisant. En semaine, deux infirmières sont généralement présentes pour l'ensemble de l'établissement, de 7h30 à 15h30. Le week-end, la présence infirmière est limitée à la distribution des médicaments, de 8h à 12h. En principe, les détenus viennent chercher leurs médicaments au poste infirmier, qui se trouve dans le bloc 8. Il ressort des entretiens qu'auparavant, un système de travail par roulement des équipes était appliqué, permettant, dans le meilleur des cas, d'assurer une permanence médicale jusqu'à 21 heures. La délégation n'a pas pu déterminer les raisons de ce changement. Il est toutefois établi que l'organisation actuelle limite la disponibilité des soins infirmiers et la continuité des soins tout au long de la journée.

Contrairement à **Merksplas**, les infirmières de **Saint-Hubert** n'effectuent pas de rondes systématiques dans le bloc 8. Les détenus doivent eux-mêmes introduire un billet de rapport afin d'obtenir un rendez-vous avec l'infirmière ou le médecin. Les demandes de consultation auprès du médecin de la prison ne font pas l'objet d'un tri préalable par les infirmières : chaque demande donne lieu à un rendez-vous. Les deux médecins de la prison sont présents au total trois demi-journées par semaine pour l'ensemble de l'établissement. Au regard des besoins des personnes détenues au bloc 8 et d'une population carcérale totale d'environ 220 détenus, cette présence est insuffisante.

En dehors de la présence des médecins ou des infirmières, les urgences médicales sont prises en charge par le biais d'une concertation téléphonique avec le médecin de garde ou par l'intermédiaire du centre d'urgence 112. La délégation a appris que le service local de garde des médecins généralistes ne se rend plus à la prison pour les interventions urgentes.

L'absence de permanence médicale fait peser une responsabilité considérable sur les agents pénitentiaires. Dans certaines situations, ils doivent eux-mêmes évaluer la gravité du problème médical et la nécessité d'une intervention, alors qu'ils ne sont pas formés (médicalement) pour cela. À cela s'ajoutent des téléphones fixes hors d'usage à l'infirmerie et au bureau des agents, ce qui peut entraîner un retard de prise en charge en cas d'urgence. Cette situation est encore compliquée par le fait que les boutons d'appel d'urgence dans les cellules ont été désactivés en raison d'une utilisation excessive ou abusive. Bien que la plupart des détenus indiquent se sentir généralement en sécurité dans le bloc 8, ces problèmes techniques et les effectifs limités du personnel médical suscitent un sentiment d'insécurité sur le plan médical, tant chez les détenus que chez le personnel.

De manière plus positive, soulignons que les détenus peuvent consulter, sur rendez-vous, un kinésithérapeute, qui est fréquemment présent au service médical et peut dès lors généralement commencer rapidement un traitement.

L'absence de permanence médicale fait que le bloc 8 ne peut pas accueillir des personnes ayant des besoins médicaux lourds ou complexes. C'est pourquoi la direction et le service médical tentent de formuler des contre-indications lors des transfèrements proposés lorsque les besoins médicaux ne peuvent pas être assurés au bloc 8. Par conséquent les personnes âgées du bloc 8 de **Saint-Hubert** sont, de manière générale, encore bien plus autonomes que les personnes de la salle 1 de **Merksplas**. La pratique montre toutefois que de tels transfèrements ne peuvent pas toujours être évités. Par le passé, des personnes qui devaient se rendre plusieurs fois par semaine à l'hôpital pour des traitements de dialyse ont dû être accueillies, avec beaucoup de difficultés pratiques. Cela pose la question des possibilités d'accueil au bloc 8 de détenus fort dépendants, tels que les personnes atteintes de démence sévère, présentant de lourdes limitations physiques ou ayant besoin de soins quotidiens intensifs.

En outre, la délégation a appris que les extractions vers des établissements de soins externes ou spécialisés, tels que les hôpitaux, sont souvent empêchées, tant à **Merksplas** qu'à **Saint-Hubert**, ce qui compromet la continuité des soins. Les consultations ou traitements médicaux doivent alors être reportés. Dans certains cas, les rendez-vous ne sont planifiés qu'après la libération, afin que la personne puisse ensuite se présenter de sa propre initiative auprès de l'établissement de soins. De telles contraintes organisationnelles peuvent compromettre l'accès en temps utile aux soins spécialisés et sont particulièrement problématiques pour les détenus âgés ayant des besoins médicaux complexes.

Nécessité d'une prise en charge holistique

Enfin, les soins médicaux devraient être complétés par d'autres formes de soins (préventifs), reposant sur une **approche holistique** des soins aux personnes âgées en détention. À cet égard, **l'absence d'un statut officiel de section médicale** est problématique. De ce fait, les sections pour personnes âgées ne disposent pas d'équipes de soins pluridisciplinaire¹³, comprenant notamment un kinésithérapeute, un psychiatre ou un accompagnateur d'activités attitré. Il faudrait pour cela faire appel à la médecine gériatrique qui veille non seulement au traitement des affections médicales mais aussi au maintien et au rétablissement de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes détenues âgées. Pourtant, le besoin est manifestement présent. À **Merksplas**, les détenus à mobilité réduite ne parviennent parfois pas à se rendre chez le kinésithérapeute de la prison parce que le cabinet se trouve à un étage, ce qui les prive en pratique de kinésithérapie. À **Saint-Hubert**, tant les détenus que le personnel indiquent qu'il existe un besoin important de soutien psychologique. Les personnes faisant l'objet d'une obligation judiciaire de suivre une thérapie ne peuvent souvent commencer leur traitement qu'à partir du moment où elles bénéficient de permissions de sortie, ce qui retarde leur réinsertion.

¹³ Comme le prévoit la circulaire ministérielle n° 1800 du 7 juin 2007 relative aux équipes soignantes des sections psychiatriques dans les prisons, les sections ou dans les établissements de défense sociale : objectifs, composition, fonctionnement.

Recommandations au ministre de la Justice et à la DG EPI :

Reconnaître les sections pour personnes âgées comme des sections médicales à part entière, dotées d'une équipe de soins multidisciplinaire.

Prévoir également, à cet effet, un renforcement des normes d'effectifs dans ces sections, afin qu'un personnel de surveillance suffisamment nombreux et qualifié soit présent.

Le soutien aux soins assuré par le "servant"

Actuellement, une partie des besoins médicaux et de soutien dans les deux sections pour personnes âgées est, dans une large mesure, prise en charge grâce à l'intervention d'un *servant*.

Le *servant* de la **salle 1 à Merksplas** joue un rôle crucial : il aide ses codétenus à se déplacer, les assiste dans les soins lorsque cela est nécessaire et assure l'entretien du dortoir et de la salle à manger. Il estimait lui-même travailler environ 12 heures par jour dans la section. Il reçoit pour cela une indemnité de 270 à 290 euros par mois (environ 10 euros par jour).

Dans le **bloc 8 de Saint-Hubert**, il existe un arrangement informel dans le cadre duquel un *servant*, qui séjourne seul dans une grande cellule mitoyenne de l'infirmerie, surveille les codétenus après des interventions médicales ou des situations de crise (p. ex. risque de suicide). Il dispose d'un brevet de secourisme, mais a lui-même indiqué avoir besoin d'un recyclage.

L'engagement de ces deux personnes est remarquable. Le travail du *servant* de la salle 1 à **Merksplas** est indispensable au fonctionnement quotidien de la section, et le *servant* de **Saint-Hubert** assume une grande responsabilité pour compenser en partie le manque de permanence médicale. Il est toutefois **problématique que le fonctionnement d'une section au sein d'une prison dépende à ce point d'un travailleur qui n'est pas structurellement intégré à l'établissement**. De plus, **aucune** forme de **formation** n'est prévue pour ces *servants*, alors que la nature de leur travail correspond à celle d'un aide-soignant dans la société libre. La contribution des *servants* mérite davantage de **valorisation**, par exemple au moyen d'un certificat attestant des compétences acquises et renforçant ainsi leurs chances sur le marché du travail après leur détention.

Recommandation à la DG EPI :

Reconnaître et valoriser les tâches de soins du *servant* au moyen d'une rémunération adéquate et de la possibilité d'obtenir un certificat officiel d'aide-soignant (un métier en pénurie), en concertation avec les services publics de l'emploi. Cela renforce les chances de réinsertion après la détention.

2. Plus que des soins

Vieillir dans la dignité ne se limite pas aux soins médicaux ou infirmiers. **Une occupation quotidienne porteuse de sens, les contacts sociaux, l'exercice physique, les activités, l'accès à l'air libre, etc. constituent également des conditions essentielles à une vie de qualité et au maintien des capacités individuelles, y compris en détention.**

“

À la question de savoir comment les détenus passent leurs journées, la réponse a été à plusieurs reprises : « attendre ». Cette déclaration résume de manière frappante à quel point le quotidien semble vide pour beaucoup d'entre eux.

”

Dans la **salle 1 à Merksplas**, la plupart des personnes détenues bénéficient d'un **régime ouvert**. Elles peuvent se déplacer librement pendant la journée entre le dortoir et l'espace de vie commun, où des jeux de société sont disponibles et où elles peuvent regarder la télévision ensemble. Une promenade est prévue quotidiennement à 14h30, bien que celle-ci soit peu fréquentée en dehors des mois d'été. Toutes les deux à quatre semaines, un bénévole organise des **activités** comparables à des activités de loisirs dans une maison de repos et de soins. La direction tente également d'ouvrir les activités des autres sections aux personnes âgées de la salle 1 et de les rendre attrayantes pour celles-ci, mais ces dernières restent réticentes à y participer. La direction souhaite dès lors mettre en place une offre d'activités spécifique pour la salle 1, visant à préserver les capacités individuelles et la qualité de vie des détenus âgés (cf. p. 15 concernant le statut de section médicale). Environ un tiers des détenus âgés reçoit encore régulièrement des visites. Une bonne pratique consiste à permettre, sur prescription du médecin de la prison, que les visites aient lieu dans la salle 1, par exemple lorsque des problèmes de mobilité rendent difficile le déplacement vers la salle des visites. **En dehors de ces moments, la vie dans la salle 1 se caractérise surtout par la lenteur, l'attente et l'isolement social.**

Toutes les personnes de la salle 1 ne bénéficient pas de ce régime ouvert. Pour environ quatre détenus âgés, c'est un **régime fermé** qui est d'application : ils restent dans leur cellule pendant la journée, car leur état de santé, par exemple la démence, nécessite une surveillance supplémentaire. Cette pratique est décrite par le directeur comme une **mesure thérapeutique** prise sur décision du médecin de la prison. Bien que de telles décisions puissent être souhaitables ou nécessaires d'un point de vue thérapeutique, elles impliquent une restriction des droits des patients-détenus¹⁴. La loi de principes n'offre aucun cadre légal pour ces décisions thérapeutiques, les garanties juridiques qui y sont associées faisant défaut. De fait, la réalité complexe et l'hétérogénéité des personnes détenues de la salle 1 **peuvent difficilement correspondre au cadre légal actuel.**

Dans le **bloc 8 à Saint-Hubert**, un **régime ouvert** est également d'application, permettant aux détenus de se déplacer librement entre 7h et 20h entre la partie cellulaire et l'espace commun, où des jeux de société sont disponibles et où il est possible de jouer au baby-foot. Ils peuvent en outre utiliser librement l'espace extérieur situé entre les différents blocs entre 8h15 et 11h45 et entre

¹⁴ Voy. CCSP et Unia, *La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse ! Rapport de synthèse*, 2025, disponible sur <https://ccsp.belgium.be/wp-content/uploads/2025/06/Livret-La-maladie-mentale-derriere-les-barreaux-CCSP-Unia.pdf>

14h30 et 17h, par exemple pour se promener. Toutefois, en raison de la stigmatisation liée au fait que le bloc 8 héberge principalement des personnes incarcérées pour faits de mœurs, la plupart des personnes restent à l'intérieur ou se promènent en groupe dans les environs immédiats du bloc 8, par crainte d'être victimes de brimades ou de violences de la part de détenus d'autres blocs.

Une bonne pratique à **Saint-Hubert** est la disponibilité d'un **travail adapté**, tel qu'un emploi à temps partiel ou un ensemble de tâches adaptées. Ainsi, environ un tiers des détenus du bloc 8 sont employés comme auxiliaires, à la buanderie ou au vestiaire. Malgré cela, même ces formes d'emploi adaptées sont trop exigeantes pour certains détenus. Une offre d'emplois sédentaires ou de travail à la pièce en cellule, par exemple de petits travaux d'emballage, fait défaut.

L'**offre d'activités** est également plus étendue à **Saint-Hubert**. Les détenus du bloc 8 peuvent participer à diverses activités organisées au sein de l'établissement, telles que le yoga (adapté, sur chaise), des jeux de société encadrés par la Croix-Rouge, la pêche avec des détenus d'autres blocs, des promenades en forêt (adaptées) accompagnées par le moniteur sportif, la « *marche en pleine conscience* » accompagnée par le *service d'aide de détenus* (SAD), ainsi que des activités culturelles telles que le cinéma, la littérature, la musique ou le théâtre. Quelques détenus du bloc 8 font en outre partie de l'équipe de rédaction du journal de l'établissement pénitentiaire (« *HUBERT Mag* »). L'offre d'activités est équilibrée, combinant des activités spécifiques pour les personnes âgées et des activités plus générales visant à l'inclusion de ce groupe, **mais** reste plutôt **sporadique**. Un régime de détention adapté, avec une offre quotidienne d'activités porteuses de sens et stimulantes, adaptées au groupe, fait défaut. Il ressort cependant des entretiens que **la plupart des détenus du bloc 8 ne participent pas spontanément aux activités** et, tout comme à **Merksplas**, passent la majeure partie de la journée en cellule ou au lit.

Ce constat montre qu'une offre d'activités ne suffit pas à elle seule à prévenir le déclin social et cognitif de ce groupe. **En plus du personnel soignant, il est nécessaire d'engager des collaborateurs chargés de l'accompagnement et du soutien quotidiens des personnes âgées vulnérables, en dehors des soins** : des personnes qui les encouragent à rester actives, favorisent les contacts sociaux et détectent à temps les signes de déclin cognitif, tels qu'une désorientation croissante chez les personnes atteintes de démence (débutante). La reconnaissance de la section comme section médicale pourrait répondre à ce besoin, puisque ce type d'accompagnement et de soutien fait partie des tâches habituelles d'une équipe de soins.

Actuellement un tel soutien n'est pas totalement absent, mais repose dans une large mesure sur l'engagement et l'implication de certains membres du personnel. L'infirmier qui discute avec un détenu entre deux toilettes, un agent qui participe à une partie de dames, etc. Ce soutien n'est pas suffisamment ancré de manière structurelle. En outre, le cadre du personnel disponible est également trop limité pour assurer cet accompagnement quotidien.

C'est pourquoi les propositions des directions de **Merksplas** et de **Saint-Hubert** concernant un établissement de détention spécifique pour personnes âgées ou celle d'une maison de repos et de soins fermée méritent réflexion. Un tel environnement offre davantage de possibilités d'adapter la détention aux besoins spécifiques, qui vont au-delà des besoins médicaux. La proposition de la direction de **Merksplas** d'aménager une section dans laquelle séjourneraient à la fois des détenus âgés nécessitant davantage de soins et des détenus âgés plus autonomes mérite également une attention particulière. Une telle mixité peut avoir un effet de renforcement mutuel. Les personnes plus autonomes peuvent apporter un soutien à leurs codétenus ayant des besoins plus importants, ce qui peut contribuer à leur sentiment d'utilité et de responsabilité. Dans

le même temps, la présence de codétenus plus actifs peut favoriser l'interaction sociale et la stimulation cognitive des personnes âgées ayant des besoins médicaux plus importants.

Recommandation au ministre de la Justice :

Prévoir du personnel spécialisé chargé du soutien et de l'accompagnement des détenus âgés en dehors des soins.

Recommandations à la DG EPI et aux directions locales :

Prévoir un régime de détention adapté, avec une offre d'activités différenciée. Dans la mesure du possible, permettre la participation inclusive aux activités et, si besoin, prévoir des activités spécifiques. Cette offre doit contribuer au maintien de la qualité de vie, à une occupation quotidienne porteuse de sens et à la stimulation des capacités physiques et cognitives ainsi qu'à la participation sociale.

Enfin, prévoir une offre de travail adaptée aux détenus âgés, avec des formes de travail adaptées à leurs possibilités et limitations, telles qu'un emploi à temps partiel ou un travail physiquement moins exigeant.

C. PENSION ET RÉINSERTION

1. Réinsertion

La réinsertion des personnes détenues âgées s'avère souvent difficile. Leur âge, leur état de santé et leur tissu social limité compliquent la préparation à un retour dans la société. Selon la Cour européenne des droits de l'homme¹⁵ une préparation efficace à la réinsertion est une condition essentielle d'une peine privative de liberté exécutée dans le respect de la dignité humaine.

Tout d'abord, des difficultés se posent pour trouver un **lieu de vie ou d'hébergement approprié**. Les détenus âgés peuvent moins souvent compter sur un réseau social ou ne peuvent pas se tourner vers des membres de leur famille pour un hébergement (temporaire). Lors de leur libération, les détenus âgés ont souvent besoin d'un soutien supplémentaire ou de soins spécialisés, alors que leur accès aux maisons de repos et de soins ou à d'autres structures de soins est, dans la pratique, souvent limité. Récemment, un détenu de **Saint-Hubert** a pu être orienté vers une maison de repos et de soins, mais cela reste plutôt l'exception que la règle. Plusieurs interlocuteurs soulignent une disposition limitée des structures de soins ou de repos à accueillir des (ex-)détenus.

En outre, la **préparation à une libération conditionnelle ne débute généralement que lorsque la date d'admissibilité se profile**. Ce problème ne se limite pas à ce groupe, mais constitue un problème général connu qui découle du sous-effectif structurel des services psychosociaux. Toutefois, pour ce groupe, les conséquences sont d'autant plus importantes ; cette période est souvent trop courte pour trouver un lieu de vie ou d'hébergement approprié et peut amener les détenus âgés à choisir de purger leur peine jusqu'à son terme.

“

La délégation a été informée de l'histoire d'un (ex-)détenu âgé, qui, quelques jours après sa libération, a été retrouvé par un garde forestier dans une zone naturelle à proximité de la prison. Faute de lieu de vie ou d'hébergement, l'homme y avait construit un abri. Bien que le garde forestier ait pris contact avec la prison à ce sujet, l'établissement ne pouvait plus intervenir, étant donné que l'homme avait atteint la fin de sa peine.

”

Dans un autre cas, après de longues recherches, un lieu de vie adapté a été trouvé. Toutefois, il s'est avéré que la localisation du lieu de vie était incompatible avec les conditions imposées à la personne dans le cadre de sa libération. Bien qu'aucune nouvelle infraction n'ait été commise, la libération conditionnelle a rapidement été révoquée et la personne est retournée en détention. Cela souligne la tension qui peut apparaître entre, d'une part, l'offre limitée de structures de soins et de logement adaptés et, d'autre part, les conditions imposées dans le cadre d'une libération.

¹⁵ Voy. à ce sujet : CEDH, 9 mai 2023, n° 37928/20, *aff. Horion c. Belgique* (GC) et 26 avril 2016, n° 10511/10, *aff. Murray c. Pays-Bas*, §102.

Par exemple, comment est-il possible d'éviter tout contact avec certaines personnes, telles que des mineurs, lorsqu'une admission dans une maison de repos et de soins est requise ?

Il est **nécessaire de prévoir un accompagnement plus soutenu des détenus âgés et une collaboration entre le système pénitentiaire et les acteurs des soins aux personnes âgées dans la société libre**, afin de mieux préparer leur réinsertion. Un tel accompagnement permettra aussi aux personnes qui, à la fin de leur peine, ne peuvent pas compter sur un logement, un réseau social ou des moyens financiers suffisants, d'être accueillies dans des structures adaptées. La délégation estime qu'à cet égard, une **approche dedans-dehors (outreach)** pourrait constituer une plus-value, par analogie avec le fonctionnement des équipes mobiles "trajets de soins internés" (TSI)¹⁶. Ces équipes mobiles peuvent compléter le travail du SPS et faire le lien entre la détention et la société libre. Elles pourraient par exemple participer aux entretiens d'admission avec les maisons de repos et de soins, afin de contribuer à faciliter l'accueil.

Recommandation aux ministres compétents aux niveaux fédéral et fédérés :

Mener une concertation interministérielle en vue d'élaborer une politique d'accueil des personnes détenues âgées et dépendantes après leur libération.

Recommandation au ministre de la Justice et au ministre de la Santé publique :

Prévoir, sur le modèle des équipes mobiles d'internement, la création d'équipes de soins « dedans-dehors » afin de faciliter la recherche de lieux d'accueil appropriés et d'assurer un pont entre la situation avant et après la libération.

2. Pension

La **suspension de la pension pendant la détention** constitue un obstacle supplémentaire à une vieillesse digne et à une réinsertion réussie.

“

Nous avons entendu l'histoire d'un homme âgé qui devait prochainement être libéré. Sa libération était prévue au début du mois, alors que le premier versement de sa pension ne devait intervenir qu'à la fin de ce mois. Il ne voyait pas comment il pourrait financièrement franchir cette période intermédiaire.

”

Un autre témoignage met en lumière le paradoxe du régime actuel. Après un an de détention, la pension est suspendue, alors que les personnes détenues âgées ne sont souvent plus en mesure d'effectuer un travail pénitentiaire en raison de leur état de santé. Ils se retrouvent ainsi sans aucune source de revenus. Et pour ceux qui sont tenus, en vertu d'une décision judiciaire, d'indemniser des parties civiles, il leur devient pratiquement impossible de satisfaire à cette

¹⁶ Ibid note 14, pp. 47-48.

obligation si bien qu'ils se retrouvent avec des dettes (supplémentaires). Une personne interrogée a décrit cette situation de manière éloquente comme une « double peine ».

Cette situation interroge la logique du régime actuel. Une pension n'est en effet pas une allocation, mais un droit qui découle de prestations de travail antérieurement fournies. En ce sens, elle diffère fondamentalement du revenu d'intégration.

Recommandation aux ministres compétents au niveau fédéral :

Réexaminer la suspension automatique des pensions pendant la détention. Le régime actuel semble reposer sur une assimilation erronée à d'autres prestations sociales et complique la réinsertion d'un groupe déjà particulièrement vulnérable.

D. AUTONOMIE EN FIN DE VIE

1. Fin de vie

Le nombre de personnes âgées qui passent la fin de leur vie en détention augmente. « **Mourir en détention devient dès lors une nouvelle question prioritaire** », comme l'a formulé le directeur de Merksplas.

Le point de vue du SPF Justice est que personne ne peut décéder en prison. Lorsqu'un détenu souhaite consciemment planifier sa fin de vie, par exemple au moyen de l'**euthanasie**, celle-ci est dès lors réalisée **en dehors de la prison**, par le biais d'une libération provisoire pour raisons médicales. Ce principe se heurte toutefois aux souhaits de certains détenus âgés. Certains indiquent explicitement vouloir passer leur fin de vie en prison et également y mourir. Il s'agit souvent de personnes dont le réseau social a en grande partie disparu et pour lesquelles le personnel pénitentiaire et le service médical constituent la principale source de soins, de soutien et de présence humaine. La prison est pour elles le seul environnement de vie qu'elles aient connu au cours des dernières années. Pourtant, la position actuelle les contraint à mourir en dehors de la prison, souvent seuls dans l'anonymat.

“

Ainsi s'est également déroulée récemment l'euthanasie d'un détenu de la salle 1. Bien qu'il ait exprimé le souhait de vivre sa fin de vie au sein de la prison, il a été transféré peu avant la mise en place de l'euthanasie vers un établissement de soins externe. Ce n'est qu'après l'insistance répétée du directeur et du médecin de la prison de Merksplas que ce dernier a obtenu l'autorisation d'être présent lors du décès de son patient.

”

Parallèlement, il existe un autre groupe de détenus âgés qui **ne planifient pas consciemment leur fin de vie**, mais qui, en raison de leur état de santé ou de leur âge avancé, risquent de décéder naturellement en détention. Certains d'entre eux indiquent expressément ne pas souhaiter passer leur fin de vie en prison. Pour les condamnés qui se trouvent dans la phase terminale d'une maladie ou dont l'état de santé est incompatible avec la détention, la possibilité d'une libération provisoire pour raisons médicales existe en principe. La pratique montre toutefois que cette modalité d'exécution de la peine n'est accordée qu'exceptionnellement, car il est souvent difficile, dans la pratique, de satisfaire aux conditions relatives au logement et aux autres modalités (voir ci-dessus, p. 20, Réinsertion).

Il en résulte une **situation paradoxale**. D'une part, certains détenus souhaitent pouvoir choisir de passer leur fin de vie en prison, mais n'en ont pas la possibilité. D'autre part, certains détenus souhaitent précisément vivre leur dernière phase de vie en dehors de la prison, mais la libération provisoire pour raisons médicales reste, dans la pratique, souvent hors de portée. **Dans les deux cas, les possibilités pour les détenus âgés de décider eux-mêmes de la manière dont ils souhaitent vivre leur fin de vie sont limitées. Cela restreint leur autonomie et leur dignité,**

deux droits fondamentaux protégés par la loi relative aux droits du patient¹⁷. Ce manque de choix est difficilement compatible avec le principe de l'équivalence des soins de santé¹⁸.

Recommandation à la DG EPI :

Élaborer une politique relative à la fin de vie en détention, tenant compte de l'autonomie du patient-détenu et du droit de décider lui-même de la manière dont il souhaite mener sa fin de vie. À cet égard, la position actuelle selon laquelle personne ne peut décéder en prison doit être réexaminée.

2. Soins palliatifs

La Belgique ne dispose pas d'un cadre politique structurel organisant les **soins palliatifs** en détention. Les détenus en phase terminale dépendent dès lors dans une large mesure de solutions *ad hoc*, telles que la présence fortuite d'un infirmier ayant suivi une formation en soins palliatifs – comme c'est le cas à **Merksplas** pour un des infirmiers –, ou de la libération provisoire pour raisons médicales. Comme indiqué ci-dessus, cette modalité d'exécution de la peine n'est toutefois accordée qu'exceptionnellement dans la pratique, de sorte que les détenus ayant besoin de soins palliatifs sont souvent contraints de passer leur fin de vie en prison.

Pourtant, le principe d'équivalence (art. 88 de la loi de principes) implique également des soins palliatifs équivalents¹⁹. Ces soins sont définis dans la loi relative aux soins palliatifs. Cette loi définit les soins palliatifs comme des soins globaux multidisciplinaires sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et spirituel, et souligne que ces soins ne sont pas uniquement destinés au patient lui-même, mais également à ses proches²⁰.

Tant sur le plan des droits humains que des soins de santé, il est nécessaire d'élaborer un cadre politique national garantissant l'accès des détenus à des soins palliatifs de qualité. Un tel cadre doit, d'une part, prévoir **une expertise spécialisée et des collaborations multidisciplinaires au sein de la prison** et, d'autre part, créer de réelles possibilités de **placement externe** lorsque les besoins médicaux excèdent les possibilités de la prison.

À cet égard, la reconnaissance de la **section comme section médicale** (voir *supra*, p. 15) pourrait constituer une première étape importante. Une telle qualification va en effet de pair avec la mise en place d'une équipe multidisciplinaire qui, compte tenu des caractéristiques spécifiques de ce groupe, peut inclure une expertise en matière de soins palliatifs.

¹⁷ Garantis par l'art. 5 de la loi relative aux droits des patients du 22 août 2002, *MB* 26 septembre 2002 : « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. » Par «soins de santé», la loi entend : "services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie" (art. 2, 2°).

¹⁸ *Ibid* note 12, art. 88 de la loi de principes.

¹⁹ De Boe, L. "Kwetsbaarheid en palliatieve zorg in detentie", *Panopticon*, iss. 3, 2026, (1) 1.

²⁰ Art. 2 de la loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, en vue d'élargir la définition des soins palliatifs, *MB* 31 janvier 2017.

En ce qui concerne les possibilités de placement externe, le modèle néerlandais mérite attention. Aux Pays-Bas, il existe des possibilités de transférer des détenus ayant des besoins médicaux complexes vers des **structures externes spécialisées**, telles que le Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ), ou vers un hôpital externe²¹.

Pour certains détenus, arrive en effet un moment où leur **dépendance en matière de soins devient telle que la prison ne constitue plus un environnement approprié**. Cela vaut, par exemple, pour les personnes alitées, qui ne peuvent plus se déplacer de manière autonome ou qui souffrent de démence avancée – les trois situations se présentant parmi les détenus de la salle 1 à **Merksplas**. Ces situations posent également la question du **moment où une personne doit cesser d'être vue comme un détenu pour devenir avant tout un patient ayant besoin de soins adaptés et continus**. Cette question touche non seulement aux droits et à la dignité de la personne concernée elle-même, mais également à ceux de ses proches. Le réseau est en effet lui aussi négativement affecté par la détention²². Rendre visite à un parent dans une prison diffère, par exemple, fondamentalement d'une visite dans une maison de repos et de soins ou dans une autre structure de soins. Le contexte de détention peut rendre les adieux plus difficiles, ce qui peut entraver tant la préparation au décès que le processus de deuil ultérieur.

Le développement d'un cadre politique solide, fondé sur les principes susmentionnés, est dès lors essentiel pour garantir que les détenus en fin de vie aient accès à des soins palliatifs dignes, humains et de haute qualité, conformément au principe d'équivalence et aux normes internationales en matière de détention et de soins de santé.

Recommandation au ministre de la Justice et au ministre de la Santé publique :

Élaborer un cadre politique clair pour les situations dans lesquelles l'exécution de la peine n'est plus compatible avec les besoins médicaux et sociaux des personnes détenues âgées ou gravement malades.

Recommandation aux ministres compétents aux niveaux fédéral et fédérés :

Prévoir des structures de soins alternatives appropriées, accessibles aux personnes détenues âgées lorsque la prison ne constitue plus un cadre de soins adapté.

²¹ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Palliatieve zorg in justitiële inrichtingen*, 2002. Consultable sur : [Rapport](#)

²² De Boe, L., "Kwetsbaarheid en palliatieve zorg in detentie", *Panopticon*, iss. 3, 2026, (1) p. 8.

III. CONCLUSION

Une politique intégrée concernant les personnes âgées en détention est indispensable pour faire face à l'augmentation de la population âgée dans les prisons belges et aux besoins spécifiques qui en découlent. Vieillir a un impact sur tous les domaines de la vie, allant des soins médicaux complexes à des aspects plus quotidiens, tels que des repas adaptés.

“

La délégation a entendu un témoignage marquant. Ce témoin a indiqué que des plats fortement épicés sont régulièrement servis, alors que la plupart de ses codétenus souffrent de problèmes digestifs. Selon lui, l'alimentation n'est pas adaptée à leurs besoins médicaux. Lui-même est diabétique, mais il reçoit le même menu que les autres, avec seulement un yaourt et une pomme supplémentaires. Mais en raison du mauvais état de sa dentition, il n'est plus en mesure de manger cette pomme.

”

Le contexte actuel de détention n'est pas suffisamment adapté à la réalité du vieillissement en prison. Cela témoigne d'une forme d'impensé institutionnel (*institutional thoughtlessness*) : l'environnement carcéral classique, conçu selon une logique de sécurité, crée plus souvent pour les détenus âgés des obstacles disproportionnés (non intentionnels), sans réelle plus-value sur le plan de la sécurité.

En raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées en détention, les « solutions parking », comme le déplore la direction de **Saint-Hubert**, sont dépassées. Les recommandations formulées ci-dessus peuvent constituer un point de départ pour l'élaboration d'une politique adéquate.

En premier lieu, une **infrastructure adaptée** est nécessaire, qui tienne compte tant des besoins en **matière de soins que des besoins de sécurité** des personnes détenues âgées. Les dortoirs communs ne sont pas adaptés à ce groupe du point de vue de la dignité, de la vie privée et de la sécurité. Les cellules individuelles devraient dès lors devenir la norme.

En outre, **l'offre de soins** doit partir d'une approche **holistique**, fondée sur une **équipe de soins multidisciplinaire**. Celle-ci doit être complétée par du **personnel compétent pour l'accompagnement et le soutien quotidiens des détenus âgés en dehors des soins**. Il s'agit notamment de les encourager à rester actifs, de favoriser les contacts sociaux et de détecter à temps les signes de déclin cognitif, tels qu'une désorientation croissante chez les personnes atteintes de démence (débutante). La reconnaissance des sections pour personnes âgées en sections médicales, ainsi que des modèles alternatifs tels que des établissements dédiés pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins fermée, méritent également une attention politique plus approfondie.

La **réinsertion** des personnes détenues âgées constitue également un défi et un point d'attention importants. En raison de la combinaison des besoins en matière de soins, des possibilités limitées en matière de logement, de la faible disposition à accueillir des détenus au sein du secteur des soins aux personnes âgées, de l'absence de réseau social et des vulnérabilités financières, les détenus âgés courent le risque de rencontrer des difficultés après leur libération ou de s'éloigner

des dispositifs d'accompagnement. Une **préparation en temps utile de la libération** s'impose, ainsi qu'une **collaboration structurelle entre la Justice et le secteur des soins aux personnes âgées dans la société libre**.

En outre, la **fin de la vie** mérite une attention particulière. Le nombre de personnes âgées qui passent leur fin de vie en détention augmente. **Mourir en détention devient ainsi une nouvelle question prioritaire**. Un cadre politique doit reposer sur l'**autonomie du patient-détenu**. Le point de vue selon lequel personne ne peut décéder en prison mérite un débat, en particulier lorsqu'un patient-détenu exprime explicitement le souhait de vivre sa fin de vie en prison. Dans le même temps, un cadre structurel pour les **soins palliatifs** est nécessaire pour garantir **une expertise spécialisée et une multidisciplinarité**. Ce cadre doit également prévoir un **placement externe** lorsque les besoins médicaux excèdent les possibilités de la prison.²³

La délégation a rencontré des personnes âgées alitées en raison d'une paralysie, des personnes présentant de graves limitations de mobilité et des personnes souffrant de formes sévères de démence, pour lesquelles la perception du temps, du lieu et de leur propre situation était fortement altérée. Ces situations posent la question de la compatibilité (du sens) de la peine avec le respect de la dignité humaine des personnes concernées. La question n'est pas seulement de savoir **quels soins une prison peut offrir, mais à quel moment une personne doit cesser d'être considérée comme un détenu pour devenir avant tout un patient**, ayant droit à des soins adaptés et dignes en dehors des murs de la prison. Et à partir de quel moment peut-on continuer à justifier le maintien en détention d'un patient dont l'état de santé ne représente plus un danger pour la société ?

²³ Comme le rappellent Fr. Tulkens et J. Portier : « La dignité humaine impose aux autorités d'examiner concrètement l'adéquation entre la détention et les conditions dans lesquelles le traitement [médical] est administré et d'envisager si un motif humanitaire pourrait justifier qu'il soit mis fin à l'emprisonnement. » *La dignité, principe matriciel dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, in Revue trimestrielle des droits de l'Homme 2026/3 n° 147, pp. 635 à 653.