



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

VIEILLIR DERRIÈRE LES BARREAUX

– Groupe n°8 –

BALOURD Meylanie	CARLETTA Karine	DUPOUY Emeline
BLANC Hervé	COUNY Anne	LE BROUSTER Caroline
BOURBON Anne	DEL CERRO Camille	VIELHOMME Gérald
BURNOUF Clémence	DELORME Lucie	

Animatrice :

Christine BARBIER

S o m m a i r e

Introduction	7
I. Le vieillissement de la population carcérale : une situation préoccupante pour une population minoritaire	11
A. Un état des lieux alarmant de la situation des détenus âgés	11
1) Les déterminants sociaux : un constat d'une population isolée dans le milieu carcéral ..	11
2) L'évaluation de l'état de santé : des grilles de lecture perfectibles	13
B. Les limites de la coopération santé - justice	15
1) Un accès aux prestations hétérogène lié à une coopération inégale sur le territoire et à la complexité des financements	15
2) Les aménagements de peine pour raison médicale : réflexions sur leur effectivité	18
II. Des préconisations en vue d'accompagner le vieillissement des détenus et ex-détenus	22
A. L'aménagement des conditions de détention au titre de la perte d'autonomie.....	22
1) Un aménagement nécessaire des locaux.....	22
2) Le développement d'activités adaptées.....	23
B. Les aides humaines et le déploiement des compétences médico-sociales.....	24
1) Le codétenu : un rôle d'aidant à formaliser	24
2) Le renforcement de l'intervention d'aides à domicile adaptée à la détention	25
3) Favoriser les échanges abordant la thématique du vieillissement au sein de la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU).....	26
C. La création de lieux de vie impliquant les "usagers-détenus"	27
1) La question de quartiers spécifiques au sein des établissements pénitentiaires	27
2) La possibilité d'un accueil résidentiel en EHPAD.....	28
3) L'implication des détenus dans une démarche de "démocratie pénitentiaire"	29
Conclusion	31
Bibliographie	I
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nos remerciements vont tout d'abord au Docteur Christine Barbier, Médecin inspecteur de santé publique à la Direction générale de la santé, pour son accompagnement bienveillant, ses précieux conseils et sa disponibilité.

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de nous recevoir pour leur accueil et leur sympathie.

Enfin, nous remercions Emmanuelle Guevara et Christophe Le Rat pour l'organisation de ce module qui constitue une belle aventure humaine.

Liste des sigles utilisés

ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AICS	Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel
ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CEL	Cahier Electronique de Liaison
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPIP	Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
CPP	Code de Procédure Pénale
CPU	Commission Pluridisciplinaire Unique
EHPAD	Etablissement Hébergement Personnes Agées Dépendantes
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
FIR	Fond d'Intervention Régional
JAP	Juge d'Application des Peines
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIG	Mission d'Intérêt Général
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile
T2A	Tarifcation A l'Activité
TAP	Tribunal d'Application des Peines
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« Un être humain, en détention, demeure titulaire de tous les droits fondamentaux, hormis ceux qu'une décision de justice lui a retirés. Parmi ces droits, il n'en est guère de plus précieux que l'accès aux soins, le respect de la dignité et de l'intimité. »¹

Cette citation de Robert Badinter résume à elle seule l'évolution du statut juridique des détenus : les détenus, seulement privés de liberté, doivent pouvoir vivre dignement : se soigner, se former, se cultiver, retrouver l'estime de soi et finalement vieillir dignement. Ainsi, la loi dispose que "l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits"².

Néanmoins, l'effectivité de ces droits peut être rendue difficile avec le vieillissement des détenus. En effet, l'avancée en âge d'un individu entraîne des problématiques spécifiques durant la dernière étape de la vie. Or, le milieu carcéral semble peu adapté à la prise en charge des personnes âgées, la perte d'autonomie tendant même à être accélérée par l'enfermement³.

Cette question du « bien vieillir » est d'autant plus prégnante que la population carcérale âgée augmente fortement. Au 1er janvier 2014, 67 075 personnes étaient détenues et celles de plus de 60 ans représentaient 3.6 % soit 2 406 personnes⁴. Ce nombre de personnes écrouées de plus de 60 ans est encore relativement faible mais celui-ci a été multiplié par 8 depuis 1980. Cette évolution démographique s'explique non seulement par

¹ Bertrand D. et Niveau G., Médecine, Santé et prison, préface, 2006, Editions Médecin et Hygiène.

² Article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : "l'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue."

³ Une étude menée au centre pénitentiaire de Liancourt en 2008, évaluant l'autonomie des détenus âgés de 50 ans et plus, révèle une perte d'autonomie fonctionnelle chez 37% d'entre eux- Gervais P, Sannier O, Tousignant M, et al. *Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle*. La revue de gériatrie.

⁴ Direction de l'administration pénitentiaire, *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 - 2014*, mai 2014, p.27.

l'allongement de l'espérance de vie de la population mais aussi par le durcissement des politiques pénales. La volonté de prévenir les passages à l'acte, de rendre justice aux victimes, d'affirmer une communication forte vis-à-vis de l'opinion a conduit progressivement à un alourdissement des peines d'emprisonnement et à la création de peines planchers.

Différentes lois ont amené un allongement des durées de détention, notamment la loi du 17 juin 1998⁵ relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ou encore la loi du 10 août 2007⁶ sur la lutte contre la récidive. Si le législateur a été dans le sens d'un durcissement des sanctions, il a également souhaité améliorer la prise en charge des personnes écrouées. En effet, suite aux scandales sanitaires et au rapport Chodorge⁷ faisant état de la situation alarmante des détenus touchés par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et le Virus de l'Hépatite C (VHC), la loi du 18 janvier 1994⁸ constitue un véritable tournant : elle place la médecine pénitentiaire sous l'égide du Ministère de la Santé.

Cette loi a fixé deux principes fondamentaux, à savoir, l'affiliation obligatoire des détenus au régime général de l'assurance maladie et la mise en place de deux structures rattachées à un centre hospitalier référent. Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) – désormais appelées unités sanitaires⁹ - sont chargées d'organiser les entretiens d'accueil, les soins et la prise en charge sanitaire. Quant aux Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), ils suivent les pathologies psychiatriques. Ces deux structures sont installées dans des locaux dédiés en établissements pénitentiaires. Enfin, des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) pour les soins généraux et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) pour les soins psychiatriques existent au sein des établissements de santé.

⁵ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

⁶ Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

⁷ Rapport Chodorge - Janvier 1993, premier rapport officiel du Haut Conseil de la Santé Publique dressant un constat critique sur l'état de santé des détenus.

⁸ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁹ Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice

Une première circulaire relative aux modalités de cette prise en charge et à destination de l'ensemble des professionnels concourant à celle-ci a alors été publiée en novembre 1994. Ce texte a été actualisé en janvier 2005 et en octobre 2012¹⁰.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus s'est améliorée en instaurant une égalité d'accès aux soins et aux prestations. En pratique, les prises en charge semblent toujours insuffisantes ou inadaptées : c'est la raison pour laquelle de nouvelles lois sont intervenues. La loi Kouchner de 2002¹¹ a modernisé les droits du détenu concernant l'accès à la santé et aux soins palliatifs. Par ailleurs, elle instaure le système de la suspension de peine pour raison médicale.

Aussi, la loi pénitentiaire de 2009¹² a renforcé les dispositifs d'alternative à la prison pour lutter contre la surpopulation carcérale, notamment suite aux pressions du Conseil de l'Europe qui a permis de moderniser les règles pénitentiaires européennes¹³ en janvier 2006. Ainsi, les prisonniers âgés de plus de 70 ans pourront bénéficier en principe d'une libération conditionnelle avant même d'avoir effectué la moitié de leur peine. Les détenus gravement malades pourront, quant à eux, obtenir des suspensions de peine pour raison médicale.

Conformément à ces dispositions législatives, 925 demandes ont été déposées entre 2002 et 2011 et seules 650 ont été accueillies favorablement. De plus, en 2012, 7 980 libérations conditionnelles ont été accordées tous motifs confondus, dont 78 ont bénéficié à des détenus de plus de 70 ans¹⁴. Les aménagements de peine pour raison médicale sont donc accordés de manière plutôt résiduelle.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

¹³ Adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, les règles pénitentiaires européennes visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des Etats membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes.

¹⁴ Rapport public annuel 2014, Cour des Comptes, La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, p. 272.

Ce contexte nous questionne sur l'enfermement d'un détenu âgé en situation de dépendance et sur sa situation inégalitaire en matière de droit à la santé et de droits sociaux. Est-il possible de bien vieillir derrière les barreaux? Comment parvenir à une égalité d'accès aux droits? Comment mieux coordonner l'action des acteurs de l'administration pénitentiaire avec le secteur sanitaire et médico-social? Comment prévenir la perte d'autonomie en milieu carcéral? Enfin, quelles sont les limites du maintien des personnes âgées en milieu carcéral?

La problématique de la prise en charge des détenus âgés peut être étudiée sous différents angles. Le handicap et la psychiatrie en milieu carcéral ne seront pas abordés dans le cadre de ce rapport. En effet, ces deux thématiques ne concernent pas intrinsèquement les personnes âgées ; c'est la raison pour laquelle ne seront traitées que les pathologies spécifiquement liées au vieillissement et la perte d'autonomie.

Le vieillissement de la population carcérale constitue une situation préoccupante, la prise en charge du détenu âgé présente aujourd'hui des limites certaines (I). Des préconisations sont donc nécessaires pour accompagner le vieillissement des détenus (II).

La méthode utilisée repose sur des recherches bibliographiques, des observations de terrain et à travers des entretiens menés auprès de professionnels de santé ou de la justice et de l'administration pénitentiaire. Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire revu par le Docteur Christine Barbier¹⁵. Ce rapport synthétise les propos de professionnels ayant une vision à la fois pratique et concrète du vieillissement en prison.

¹⁵ Cf. Annexe 1 – Guide d'entretien

I. Le vieillissement de la population carcérale : une situation préoccupante pour une population minoritaire

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 en faveur d'une « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », élaboré et piloté par le Ministère de la Santé, a pour but d'améliorer la santé des personnes détenues. Ces besoins de santé sont impactés par l'incarcération : le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un effet conséquent sur la santé.

S'il est possible de constater des situations alarmantes parmi les détenus âgés (A), des réponses limitées sont à souligner avec un manque de partenariat entre l'administration pénitentiaire et le système sanitaire et social (B).

A. Un état des lieux alarmant de la situation des détenus âgés

1) Les déterminants sociaux : un constat d'une population isolée dans le milieu carcéral

La France compte 15 millions de personnes âgées de plus de 60 ans. Elles seront 20 millions en 2030 et 24 millions en 2060¹⁶. La population carcérale n'est pas épargnée par ce vieillissement : les détenus de plus de 60 ans en représentent aujourd'hui environ 4%¹⁷.

D'après une étude sociologique récente, il y a trois types de profils de personnes détenues âgées¹⁸ : les "reclus" qui sont les personnes emprisonnées depuis plusieurs années, les "habitués" qui sont les délinquants multirécidivistes ayant un important décalage d'âge physiologique et d'âge chronologique, enfin les "nouveaux entrants" qui sont le plus souvent les délinquants sexuels¹⁹ peu habitués au milieu carcéral.

¹⁶ Indicateurs démographiques INSEE, Population par âge

¹⁷ Rapport public annuel 2014, Cour des Comptes, La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables

¹⁸ Rapport Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes "Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les plus de 60 ans"

¹⁹ Qualifiés d' "auteurs d'infraction à caractère sexuel", AICS, dans le milieu judiciaire et pénitentiaire. Les détenus désignent les AICS comme étant des "pointeurs".

La population carcérale âgée est majoritairement constituée d'hommes ayant vécu en couple. Ils sont issus de milieu modeste ou de milieu assez aisé, mais pas nécessairement de milieu précaire en comparaison avec les autres détenus. Généralement, ils bénéficient de ressources suffisantes et ont déjà travaillé, hormis les reclus qui sont incarcérés depuis de nombreuses années. Le contact avec la famille est souvent maintenu, mais plus la peine est longue et plus les contacts avec l'extérieur se font rares. Le plus souvent, les derniers liens sont avec le/la conjoint(e).

L'environnement pénitentiaire constitue en lui-même un facteur de perte d'autonomie. Les cellules des maisons d'arrêt sont saturées, celles des centres de détention peuvent se révéler inadaptées, les réalités vécues par les détenus pouvant en outre grandement varier en fonction du lieu d'incarcération. A titre d'exemple, si le centre de détention de Toulouse comporte 620 places de détenus, seules 569 sont occupées à ce jour, à l'inverse, le centre pénitentiaire de Ducros, en Martinique, se place parmi les plus saturés de France avec près de 950 détenus pour 569 places opérationnelles²⁰.

Une cellule de centre de détention comprend un lit, une douche et parfois une cuisine dans un espace réduit. Il faut par ailleurs prendre en compte la vétusté de la plupart des installations. Le manque d'hygiène, la mobilité réduite et l'enfermement influent sur le bien-être moral, les capacités motrices et cognitives. La surpopulation carcérale conduit à une promiscuité difficile à surmonter au quotidien et constitue un facteur de perte de repères vis à vis du milieu libre. La difficulté d'accès à la douche, de s'habiller et la pudeur face à un corps qui change conduit à un risque de perte de gestes du quotidien accompagné d'un laisser-aller concernant l'hygiène et l'estime de soi. Peu d'activités sont adaptées aux détenus âgés (promenade, formation professionnelle, travail), ce qui conduit à une altération de l'activité intellectuelle et de la mémoire.

La prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale est perfectible dans le milieu carcéral. Les personnes détenues âgées souffrent peu, voire d'aucune addiction telle que la consommation de tabac, d'alcool ou de produits illicites avant d'entrer en prison. Cela s'explique par un meilleur accès à la prévention aux soins dans leur milieu d'origine. Le plus souvent, les vaccins pour ce type de population sont à jour à l'entrée en prison. Ces

²⁰ Données communiquées par l'observatoire international des prisons.

détenus sont le plus souvent atteints de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies broncho-pulmonaires...). Cependant, des symptômes peuvent être aggravés en prison en raison de la difficulté de consulter un médecin spécialiste. Les pertes cognitives affectent d'avantage les détenus âgés par rapport au reste de la population carcérale du fait de l'enfermement, du manque de lien social et du sentiment de fragilité lié à la perte d'autonomie dans un univers difficile.

Ce vieillissement de la population carcérale génère de nouveaux besoins de prise en charge dans le domaine des pathologies chroniques et peut-être associé à l'apparition de déficiences et maladies dégénératives impliquant une perte d'autonomie fonctionnelle.

2) L'évaluation de l'état de santé : des grilles de lecture perfectibles

Le Code de Procédure Pénale (CPP) prévoit un examen systématique le jour de l'arrivée en détention pour les arrivants de milieu libre ou les détenus transférés. Réglementairement, une visite médicale de sortie est également proposée à chaque détenu condamné dans le mois précédent la sortie présumée. Cet examen médical met en exergue la spécificité de la population détenue âgée. La prise en charge d'une population détenue âgée demande effectivement une adaptation des dispositions sanitaires. Il s'agit de mettre en place une prise en charge et un suivi médical des pathologies chroniques évolutives, bien souvent non dépistées avant l'incarcération et qui sont responsables de déficits physiologiques.

La perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée selon des critères précis, à l'aide d'une grille "Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource" (AGGIR) permettant de répartir les degrés de dépendance en groupes dits iso-ressource (GIR)²¹, ils vont de 1 à 6, du plus dépendant au plus autonome. Un recensement des détenus

²¹ Ce questionnaire comprend 17 variables : 10 dites « discriminantes » et 7 dites « illustratives ». Du degré de dépendance (donc du GIR), dépendra par exemple le montant de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) à laquelle peut prétendre la personne âgée de plus de 60 ans, détenue ou en milieu libre. L'échelle va du GIR 1 pour une personne très dépendante, au GIR 6 pour une personne autonome dans les actes essentiels de la vie courante. L'article L.232-1 CASF rappelle les situations auxquelles les six groupes de la grille Aggir correspondent.

dépendants pour les actes de la vie quotidienne sur l'ensemble des établissements pénitentiaires a eu lieu le 1er février 2001²². A cette date, il a été relevé que la région pénitentiaire la plus touchée par cette problématique était Paris, et la moins touchée Dijon. Au regard de la grille d'évaluation de la dépendance AGGIR, aucun GIR 1 n'était relevé. Les difficultés essentielles avaient trait à la toilette, à l'habillage, aux transferts et aux déplacements. Il est possible de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de la grille AGGIR au regard des critères de mobilité qu'elle suppose non transposable en détention comme répondre au téléphone et préparer son repas. Cela ne permet pas d'avoir une vision fine de l'état de dépendance du détenu âgé. C'est la raison pour laquelle le centre pénitentiaire de Melun a rédigé sa propre grille d'évaluation. En ce sens, d'autres outils existent et peuvent être utilisés librement par les établissements.²³

Le guide méthodologique de 2012 relatif aux modalités de prise en charge des personnes sous main de justice émet des recommandations dans le cadre de la mise en place d'une politique de prévention, telles :

- l'évaluation de l'autonomie : en se rapprochant des conseils départementaux ou des Maisons Départementales des Personnes Handicapées²⁴ (MDPH),
- des actions d'éducation pour la santé, notamment en matière de qualité de l'alimentation et de lutte contre certaines addictions,
- la mise à jour des vaccinations selon l'âge et les risques particuliers, notamment la vaccination contre la grippe et les pneumocoques, vecteurs d'aggravation de maladies chroniques,
- des actions sur l'environnement relatives à l'adaptation des conditions de détention, notamment pour les personnes à mobilité réduite.

²² Laurence Laplace, "Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral sur le territoire français", Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Rennes 1, juin 2001, 79 p.

²³ Cf. Annexe 5 - Outils d'évaluation de l'autonomie.

²⁴ Ou maison départementale de l'autonomie selon les départements.

B. Les limites de la coopération santé - justice

1) Un accès aux prestations hétérogène lié à une coopération inégale sur le territoire et à la complexité des financements

Les personnes détenues sont affiliées au régime général de la Sécurité sociale dès le premier jour de leur incarcération. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) compétente est celle du ressort de l'établissement pénitentiaire, ce qui s'assimile à la notion de résidence. La personne détenue bénéficie uniquement des prestations en nature du régime d'assurance maladie, c'est-à-dire le remboursement des consultations et des soins programmés comme non-programmés en unités hospitalières spécifiques. Elle reste affiliée au régime général jusqu'à un an après sa libération, il lui revient par la suite de s'affilier au régime de son choix.

Ce dispositif peut sembler utopique pour des personnes se trouvant souvent en rupture à leur sortie et cela nécessite un accompagnement social accru pour favoriser le bénéfice de la continuité des droits. En effet, les caisses sont peu informées de la nouvelle adresse du détenu, or la caisse d'affiliation est celle du lieu de résidence.

L'administration pénitentiaire prend en charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier. Les conditions de remboursement du ticket modérateur varient d'une caisse à l'autre, ainsi certains détenus sont tenus à une avance de frais lors de consultations en soins de ville tandis que d'autres bénéficient d'une exonération d'avance de frais. Il faut clarifier le régime des détenus en aménagement de peine dans le paiement ou non du ticket modérateur afin de favoriser une égalité des soins proche du milieu libre.

L'établissement pénitentiaire peut prendre en charge le dépassement d'honoraires pour les lunettes, les prothèses auditives. L'accès à une complémentaire de santé peut être demandé par la personne détenue mais 67%²⁵ n'en bénéficient pas. Les services pénitentiaires instruisent les dossiers qui sont transmis à la CPAM. L'ouverture des droits est souvent tardive et donc peu efficace notamment pour les ayant-droits.

²⁵ Rapport public annuel 2014, Cour des Comptes, La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables

Concernant les aides sociales, les personnes détenues âgées peuvent solliciter des prestations comme l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)²⁶ auprès des Conseils départementaux. La demande de prestation est effectuée par le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) en lien avec l'équipe soignante. Une convention peut éventuellement être signée entre le Conseil départemental et l'établissement pénitentiaire pour définir les modalités d'intervention des services d'aide à domicile pour les personnes détenues. Elle est versée directement à l'organisme prestataire des mesures d'accompagnement.

L'une des principales difficultés réside dans la définition du domicile de secours du détenu. En effet, c'est à partir de la définition de ce domicile de secours qu'est déterminé le Conseil départemental compétent pour le versement des prestations. Or, il peut parfois s'avérer difficile de déterminer le domicile de secours qui suppose une résidence d'au moins 3 mois dans le département. Certains conseils départementaux souhaiteraient transmettre cette compétence à l'administration pénitentiaire.

Il est possible de s'interroger sur la nécessité d'actions de communication sur cette thématique auprès des Conseils départementaux. En effet, libre administration des collectivités territoriales oblige, aucune obligation de prise en charge ne peut leur être opposée par le Ministère. Et si l'action des Conseils départementaux en direction des détenus âgés se perçoit dans le quotidien des relations entre travailleurs sociaux (assistants sociaux de secteur et SPIP), il paraît difficile à ces collectivités locales d'afficher un effort engagé sur cette population. Les élus locaux prioriseront-ils des actions spécifiques à l'attention de ces populations minoritaires délicates à accompagner, sans une impulsion du ministère de la Justice ou du ministère de la Santé?

En outre, un référent au sein de chaque Agence Régionale de Santé (ARS) est chargé de décliner les programmes de santé sur le territoire visant les personnes détenues et les adaptant en fonction des besoins identifiés. Il coordonne les acteurs et la mise en place d'un réseau plutôt que la mise en œuvre d'un projet formalisé. Les relations entre le référent ARS et la direction inter-régionale des services pénitentiaires sont rares, hormis des

²⁶ L'APA s'adresse à toute personne de 60 ans et plus résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences liées à sa perte d'autonomie.

commissions qui se réunissent de manière irrégulière. Malgré tout, et à titre d'exemple, l'ARS Pays de Loire a lancé un groupe de travail sur la situation des détenus âgés.

Les financements « santé » demeurent hétérogènes sur le territoire en fonction de la volonté des ARS et des modes de rémunérations des activités intervenant auprès des détenus. En regard de nos échanges avec des représentants ARS, il a été constaté une disparité dans les modes de financement des unités sanitaires. Le système historique prévoit des Missions d'Intérêt Général (MIG) sous forme d'enveloppe limitative distribuée sans lien avec le niveau d'activité. Un nouveau levier de financement exploité depuis 2012 consiste à agir par le biais du Fond d'Intervention Régional (FIR). Par ailleurs, le système de financement par la Tarification A l'Activité (T2A) tend à devenir la règle et la MIG ne prendra en compte que les surcoûts non couverts. L'un des enjeux est également la rémunération des professionnels de santé intervenant auprès des personnes détenues. Par exemple, le Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile (SSIAD) est rémunéré sous forme de dotation globale; inversement, les professionnels libéraux sont rémunérés à l'acte. Les modalités d'accès aux détenus par le médecin, ou la durée d'un transfert constituent des freins dans la performance médicale recherchée.

L'assurance maladie rembourse les frais aux établissements et professionnels de santé lorsqu'un détenu est pris en charge. Cependant, l'Etat intervient également. Les établissements pénitentiaires versent une cotisation (80M€ en 2012²⁷) à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) pour couvrir les dépenses prises en charge par l'assurance maladie et remboursent également le ticket modérateur (28M€ en 2012²⁸) car la personne détenue est dispensée d'avance de frais. La part du budget connaît une diminution constante de la prise en charge financière par l'Etat, malgré un pic en 2013 (environ 17% à 25%).

La Cour des comptes s'interroge sur la possibilité d'inclure les personnes détenues dans le régime de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la CMU-C, ce qui simplifierait les circuits financiers. Ainsi, la CPAM rembourserait directement l'établissement de santé et la caisse nationale s'assurerait du remboursement par les

²⁷ Rapport public annuel 2014, Cour des Comptes, La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables

²⁸ Ibid.

établissements pénitentiaires. Or, une des limites de cette proposition est que le droit à la CMU suppose une condition de ressources. Les revenus de l'année N-1 sont pris en compte, ce qui constitue un décalage avec l'absence de revenu en détention. Par ailleurs, les familles doivent fournir des justificatifs mais, le plus souvent, il y a des oublis ou des incompréhensions dans les conditions d'ouverture des droits. Si cette solution est intéressante en théorie, elle se heurte à la précarité réelle de la situation du détenu.

2) Les aménagements de peine pour raison médicale : réflexions sur leur effectivité

En raison de l'état de santé d'une personne en détention, des aménagements de peine existent, lui permettant de sortir de prison afin de bénéficier de soins appropriés, ou le cas échéant de finir sa vie en liberté. Les personnes détenues peuvent ainsi bénéficier d'une semi-liberté, d'un placement extérieur, d'un placement sous surveillance électronique, d'une libération conditionnelle ou encore d'une suspension de peine pour raison médicale. Les personnes âgées en perte d'autonomie sont concernées par ces mesures. Les dernières évolutions législatives témoignent d'une volonté de multiplier les bénéficiaires d'aménagements qui peuvent apparaître comme étant une réponse à la problématique du vieillissement de la population carcérale²⁹. Cependant diverses difficultés subsistent et conduisent à une application trop restrictive de ces dispositifs.

La suspension de peine pour raison médicale a été instituée par la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner. Au vu de l'article 720-1-1 du CPP, cette mesure permet la sortie anticipée des personnes condamnées lorsque ces dernières sont atteintes d'une "pathologie engageant leur pronostic vital" ou lorsqu'elles présentent "un état de santé durablement incompatible avec leur maintien en détention". L'octroi de la suspension a pour conséquence la mise en liberté du condamné pour une durée indéterminée même si la personne reste soumise à des obligations judiciaires dont la violation peut être un motif de réincarcération. Le retour en détention pourra également être prononcé si une expertise médicale constate l'amélioration de l'état de santé de la personne et sa compatibilité avec la détention.

²⁹ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Une des conditions d'octroi de cette mesure est que la personne requérant cet aménagement doit avoir un projet en terme d'hébergement. Le Juge d'Application des Peines (JAP) et le Tribunal d'Application des Peines (TAP) sont compétents pour rendre une telle décision en fonction de la situation du condamné.

La suspension de peine pour raison médicale reste trop rarement appliquée. Ce constat est partagé par différents acteurs et rapports³⁰. En effet, l'application de ce dispositif demeure faible malgré un contexte de vieillissement de la population carcérale et donc un besoin grandissant pour ces personnes âgées. Un médecin responsable de pôle au sein de l'hôpital carcéral de Fresnes va dans ce sens. Aussi, l'établissement prend en charge de nombreux détenus de plus de 60 ans, 70 ans voire 80 ans sur de longues périodes ce qui a pour conséquence d'emboliser le système. La mise en place d'une suspension de peine pour raison médicale se confronte dans la pratique à divers obstacles pointés par les professionnels rencontrés dans le cadre de cette recherche.

La première des difficultés relève du dispositif lui-même. Le champ d'application ne permet pas de prévoir un tel aménagement pour les personnes en détention provisoire. Ainsi une personne âgée détenue pendant l'instruction ne peut être concernée par une telle mesure³¹. De plus, la lourdeur des procédures prévues par la loi du 4 mars 2002 est également soulignée. Enfin, le dispositif manque de repères sur les critères d'octroi et ainsi l'acceptation des demandes varie d'un juge à un autre, d'un tribunal à un autre.

Cependant, les JAP estiment que la loi Kouchner - qui n'oblige désormais qu'à un seul certificat médical et non plus 2 comme auparavant - a facilité les démarches et les sollicitations des détenus. Un certificat médical précisant qu'une personne âgée détenue a un état de santé manifestement incompatible avec la détention du fait d'une pathologie engageant le pronostic vital entraîne des questionnements en audience du TAP ou de cabinet.

³⁰ Rapport d'information sur l'application de la loi pénitentiaire présenté par M. Lercef et Mme Borvo Cohen Seat, le 4 juillet 2012. Rapport sur les moyens de la lutte contre la surpopulation carcérale présenté par M. Raimbourg et M. Huygues en janvier 2013.

³¹ Article 720-1-1 du code de procédure pénale.

Le JAP du Tribunal de Grande Instance de Toulouse précise également que si la plupart des détenus ne souhaite pas mourir en prison, certains refusent des suspensions de peine ou des libérations conditionnelles afin de ne plus avoir de comptes à rendre à la justice après leur sortie de prison, préférant passer des mois, voire des années de plus en prison dans l'attente de la fin effective de leurs peines.

Dans la pratique, est constaté un manque de connaissance et de formation autour de ce dispositif de la part de l'ensemble des professionnels.

En aval, les structures d'hébergement susceptibles d'accueillir des personnes bénéficiant d'aménagement de peine sont diverses. Parmi celles-ci on trouve les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les petites unités de vie, les appartements de coordination thérapeutique, les maisons d'accueil spécialisées ou encore les foyers d'accueil médicalisés. Cependant est constaté un réel manque de places dans ces dernières conduisant au maintien des personnes en détention. A l'hôpital carcéral de Fresnes un médecin témoigne ; bien que le JAP envisage une suspension de peine pour un détenu, faute de place dans un établissement adapté susceptible d'accueillir la personne, la décision est reportée et la personne maintenue au sein de l'hôpital pénitentiaire. A cette problématique centrale d'autres difficultés se greffent : le manque voire l'absence de moyens financiers de la personne souhaitant bénéficier de la suspension de peine, l'absence de soutien familial, la réticence des structures à accueillir des personnes ayant commis des crimes graves.

Concernant la libération conditionnelle pour raison médicale, la situation semble similaire et reste dans la pratique confrontée aux mêmes difficultés. Cette mesure³² correspond à la mise en liberté d'une personne condamnée avant la date d'expiration normale de sa peine d'emprisonnement ou de réclusion, sous conditions de respect, pendant un délai d'épreuve, d'un certain nombre d'obligations. Au terme de ce délai et en l'absence d'incident, la personne condamnée est considérée comme ayant exécuté l'intégralité de sa peine. L'évolution du dispositif législatif témoigne d'une volonté de développer cette mesure pour les personnes âgées. Ainsi depuis la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, pour les personnes de plus de 70 ans les conditions d'octroi de la mesure se sont assouplies.

³² Article 729 du code de procédure pénale.

Classiquement une personne condamnée ne peut prétendre à une telle mesure que si elle a exécuté au moins la moitié de sa peine en détention ou sous écrou. Ce délai est porté aux 2/3 de la peine pour les personnes ayant été condamnées en état de récidive légale. Depuis cette loi, ce délai n'est plus exigé pour les personnes condamnées ayant plus de 70 ans. Ainsi quel que soit la durée d'incarcération effectuée, ces personnes peuvent désormais se voir accorder une libération conditionnelle dès lors que leur insertion est assurée et qu'il n'existe pas de "risque grave de renouvellement de l'infraction" ou de "risque de trouble grave à l'ordre public".

Selon les statistiques du bureau des études et de la prospective, 177 personnes âgées de 70 ans et plus ont bénéficié d'une telle mesure de libération conditionnelle au 1^e juillet 2012. Elles représentent ainsi 1 % des personnes détenues ayant bénéficié d'une mesure de libération conditionnelle en 2012. Les professionnels regrettent le manque d'ambition dans l'application de ce dispositif³³.

Il existe beaucoup d'initiatives à l'échelon local mais pas d'harmonisation sur le territoire français. Il semble que la définition d'objectifs stratégiques partagés par différents acteurs institutionnels et politiques soit parmi un des premiers écueils de la prise en considération des enjeux liés au vieillissement derrière les barreaux.

Sur le plan international, on constate qu'une minorité de pays a opté pour l'adaptation des conditions de détention aux conséquences tant physiques que psychiques du vieillissement. A titre d'exemple, en Espagne et Italie, la libération conditionnelle des détenus de plus de 70 ans et l'assignation à domicile pour les plus de 60 ans constituent une solution pour désengorger les prisons et répondre à des intérêts éthiques.

³³ Rapport sur les aménagements et suspension de peine pour raison médicale, groupe de travail santé justice 20 /11/2013.

II. Des préconisations en vue d'accompagner le vieillissement des détenus et ex-détenus

La finalité des préconisations a pour but, d'une part, d'objectiver les problématiques de vieillissement et, d'autre part, de sensibiliser aux enjeux éthiques (respect, dignité humaine). Les propositions d'actions devraient permettre de limiter la dégradation de l'état de santé, de prévenir et mieux prendre en charge la dépendance des détenus âgés.

L'aménagement des conditions de détention demeure une première priorité pour adapter la prise en charge avec la perte d'autonomie (A). En outre, une prise en charge sanitaire et sociale devrait être accentuée au sein de l'établissement (B), de même qu'un rapprochement avec le régime de droit commun (C).

A. L'aménagement des conditions de détention au titre de la perte d'autonomie

1) Un aménagement nécessaire des locaux

Les nouveaux établissements pénitentiaires intègrent désormais l'implantation de cellules de détention adaptées à l'accueil de personnes handicapées à hauteur d'au moins une cellule par établissement et selon la norme d'une cellule aménagée par tranche de 150 places de détention. L'implantation de cellules adaptées est également intégrée dans les programmes de réhabilitation lourde. Pour les autres établissements, les directions régionales sont invitées à définir un plan pluriannuel d'équipement visant à les doter d'un nombre suffisant de cellules aménagées.

Au cours des visites (Poissy, Melun, Fresnes), il a été constaté l'absence de cellules aménagées au sein des centres de détention, celui de Toulouse ayant de son côté bénéficié de quelques cellules aménagées de concert avec la MDPH de la Haute-Garonne, de façon "résiduelle". Les prisons issues du plan 13000 de modernisation des centres de détention bénéficient de quartiers aménagés pour les détenus dépendants. Pour la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), il est préférable de transférer les détenus âgés plutôt que de créer des cellules adaptées.

Le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement³⁴ pose la question de la qualité de l'hébergement accueillant des personnes âgées. Cette question est complexe à appréhender en milieu carcéral, notamment lorsque la personne détenue a besoin d'un équipement médicalisé. Aussi, le principe de l'encellulement individuel posé par l'article 716 du CPP pour les mises en examen et par l'article 719 pour les condamnés est difficilement respecté en raison de la surpopulation carcérale. Le CPP prévoit toutefois une mesure dérogatoire au cas où « la distribution des lieux le permet, et sauf contre-indication médicale ».

2) Le développement d'activités adaptées

En raison des spécificités de cette population incarcérée, des activités ciblées dans le domaine à la fois sportif et culturel devraient être proposées. En effet, les détenus âgés ont une grande appétence pour les activités culturelles, mais ce sont aussi ceux qui peuvent le moins aisément se déplacer.

Peu d'activités adaptées ont été constatées dans le cadre des visites d'établissement en raison notamment de la difficulté à mobiliser les surveillants pénitentiaires. Par exemple, un médecin chef de pôle souhaite mettre en place une activité de jeux mais dans la pratique, par manque de temps et de moyen, cela ne s'est pas concrétisé. Cependant, l'étude de la littérature a permis de recenser différentes initiatives. Ainsi, au centre de détention de Joux-le-Ville³⁵, une expérience pilotée par des psychologues et des infirmiers a mis en place des activités pour stimuler les capacités cognitives des détenus âgés : ateliers revue de presse, activités de définitions de mots, lectures d'histoires en groupe. Aussi, au centre de détention de Mauzac³⁶ sont proposés des ateliers d'écriture, de la musicologie, de la sophrologie.

³⁴ Ce projet de loi est l'objet de travail en commission parlementaire à la date de rédaction du présent rapport (mai 2015).

³⁵ Mémoire de recherche et d'application professionnelle "La dépendance des personnes détenues", Julie OLLIVEAU, élève directeur des services pénitentiaires 42e promotion, 2014

³⁶ Ibid.

En ce qui concerne les activités sportives, elles sont souvent réduites pour les détenus âgés. Alors, pour agir préventivement sur le vieillissement, il pourrait être proposé un temps de promenade réduit mais avec une fréquence augmentée et la présence de bancs. A Mauzac³⁷, il a même été mis en place une activité de gymnastique douce et les six détenus volontaires ont tous déclaré ressentir un mieux être physique général et de meilleures facilités d'équilibre après plusieurs semaines d'exercices. Par ailleurs, la DAP a signé une convention en septembre 2014 avec les associations sportives afin d'apporter une activité sur mesure aux détenus. Aujourd'hui, uniquement 20% des établissements organisent des séances de gymnastique douce et des programmes d'équilibre cognitif.

Pour autant, force est de constater que ces détenus ne représentent qu'un petit nombre au sein de cette population spécifique, aux alentours des 4%. De plus, ce nombre fluctue rapidement et il est dès lors difficile de mettre en place des activités pérennes et coûteuses³⁸.

B. Les aides humaines et le déploiement des compétences médico-sociales

1) Le codétenu : un rôle d'aidant à formaliser

Les codétenus peuvent jouer un rôle parfois assez proche de l'aidant familial pour assurer une assistance au détenu en situation de perte d'autonomie. Le quotidien carcéral peut donner de nombreuses occasions d'assistance à la vie courante : lors de la toilette, du lever, du coucher, de la prise des repas. Il peut aussi s'agir d'une "surveillance bienveillante" notamment la nuit³⁹.

Souvent spontanée, cette aide reste très liée au dévouement librement consenti par le codétenu. Or, le rôle des codétenus dans l'assistance à la prise en charge de la perte d'autonomie ne fait l'objet d'aucune reconnaissance institutionnelle officielle. Cette assistance peut être évoquée en Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) en vue d'un

³⁷ Ibid.

³⁸ Entretien directeur adjoint de l'EPSNF

³⁹ Cette surveillance bienveillante prévient les tentatives de suicide.

aménagement de peine⁴⁰ mais les gratifications judiciaires sont toutes soumises à une décision du JAP. Pourtant, prendre soin d'autrui semble être un premier pas vers la réinsertion sociale : une reconnaissance plus concrète et connue des détenus mériterait d'être expérimentée.

Concernant l'acquisition de compétences spécifiques, une démarche de formation pourrait être proposée pour les codétenus volontaires et ayant fait preuve d'une première implication personnelle de l'ordre de quelques mois. Les compétences à développer se rapprocheraient de celles d'auxiliaire de vie sociale⁴¹. Cela nécessite toutefois une implication forte de l'administration pénitentiaire : élaborer des conventions avec des organismes de formation, faciliter l'intervention des professionnels et surtout faire reconnaître l'adaptation et l'acquisition des pratiques d'accompagnement et d'aide. Cependant, les professionnels de santé des établissements pénitentiaires n'y sont pas tous favorables.

Cette assistance présente des avantages mais aussi de nombreux inconvénients. Les risques de menace et de racket peuvent être présents dans l'action de l'aidant qui peut chercher à abuser de sa position face à la personne vulnérable. Inversement, le détenu dépendant peut chercher à exercer une emprise « malsaine » sur son aidant, notamment pour les personnes incarcérées pour des infractions sexuelles. L'aide informelle du codétenu trouve ses limites dans les actes effectués. En effet, la plupart des aides informelles ne comprennent que le ménagement de la cellule. Dès lors, il ne s'agit pas d'accompagner le détenu âgé. Il convient alors de privilégier l'aide par des professionnels.

2) Le renforcement de l'intervention d'aides à domicile adaptée à la détention

En termes de prise en charge et d'accès aux soins, les personnes détenues dépendantes ont droit, au même titre qu'à l'extérieur, aux dispositifs prévus par la loi du 20

⁴⁰ Un comportement adapté en milieu carcéral est pris en considération pour l'obtention de réduction de peine supplémentaire.

⁴¹ Cf. Annexe 4 – Référentiel de compétences - Auxiliaire vie sociale

juillet 2001 sur la perte d'autonomie des personnes âgées⁴². Pour illustration, à la maison centrale de Poissy, deux aides- soignantes interviennent à temps plein auprès des personnes détenues dépendantes pour des soins réalisés en cellule.

Néanmoins, cette intervention de spécialistes, si elle est appréciable au regard de la qualité des soins dispensés, soulève un certain nombre de difficultés. La principale tient à l'absence de formation spécifique des professionnels à l'exercice de leur activité en détention, méconnaissance qui peut s'avérer fort délicate face à de personnes incarcérées pour des affaires de mœurs. L'intervention de personnel masculin reste préférable, de même qu'une rotation tous les deux jours pour éviter le contact avec le même détenu. Aussi, l'aspect financier est également un argument contre la généralisation des services à domicile au sein de ces structures. Diverses conventions avec des SSIAD et des établissements ont pu présenter un certain succès⁴³. Mais dans la majorité des cas, les modalités financières rendaient leurs mises en place difficiles et peu rentables.

Cependant, les avantages découlant du recours à ces professionnels du soin sont sans nul doute supérieurs aux inconvénients qu'ils peuvent générer. Ces quelques difficultés montrent l'opportunité d'encadrer l'intervention d'association d'aide à domicile en prison, notamment par le biais de conventions entre les différents partenaires.

3) Favoriser les échanges abordant la thématique du vieillissement au sein de la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU)

La CPU est une instance pénitentiaire de coordination interne des différents professionnels qui interviennent au cours du parcours pénitentiaire. Sa consultation est obligatoire "pour l'examen des parcours d'exécution de peine des personnes condamnées

⁴² Loi n°2001-627 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

⁴³ Le SSIAD APAMAD a organisé des visites à la prison de Mulhouse (S. GROELLY responsable du SSIAD et Mme WINCKLER, directrice de la prison).

Le SSIAD d'APAMAD détient en effet une autorisation d'activité de trois places en maison d'arrêt pour une aide aux actes essentiels (toilette, lever, coucher...) des détenus en perte d'autonomie. Deux aides-soignantes volontaires pour intervenir en milieu carcéral, sont habilitées pour réaliser ces interventions.

(article D. 89 du CPP)" ⁴⁴. La CPU est compétente s'agissant de la prévention du suicide et de l'évaluation de la vulnérabilité⁴⁵ des personnes incarcérées. En pratique, la place et le rôle de la CPU est très dépendante du projet de management porté par le chef d'établissement et l'approche professionnelle des acteurs de la vie pénitentiaire. En outre, certaines équipes de santé⁴⁶ ne souhaitent pas participer à cette CPU, indiquant qu'elle remet en cause leur indépendance professionnelle et la confiance établie avec les détenus. Suivant les établissements, la CPU peut s'envisager comme un simple organe pluridisciplinaire d'enregistrement des décisions ou une instance d'échange visant l'efficacité du parcours pénitentiaire.

La CPU examine les situations individuelles des détenus, elle est chargée de coordonner les interventions et de préparer l'entrée et la sortie. Toutefois, les réflexions menées doivent compléter l'accompagnement des détenus réalisé par les CPIP. Il est possible de constater un volet social dans le travail du CPIP pour lequel ils ne sont pas formés. Il serait souhaitable de recentrer les missions sociales auprès de professionnels dédiés et formés. Ceux-ci bénéficieraient d'un réseau adéquat qui faciliterait la sortie des détenus. Un seul des trois établissements interrogés était doté de deux postes d'assistants sociaux.

C. La création de lieux de vie impliquant les "usagers-détenus"

1) La question de quartiers spécifiques au sein des établissements pénitentiaires

Actuellement il existe des quartiers spécifiques au sein des établissements pénitentiaires : quartiers de femmes, Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM) et même, parfois, localisations particulières pour les détenus auteurs d'infraction à caractère sexuel. Se pose alors la question de la création de « quartiers gériatriques ». L'intégration d'un EHPAD en prison semble être un projet irréaliste selon les personnes interrogées dans

⁴⁴ Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

⁴⁵ Au sens pénitentiaire de ce terme, la vulnérabilité est à apprécier au regard des risques encourus par la personne incarcérée au contact des autres détenus. Cette notion de vulnérabilité est différente de celle entendue dans le secteur sanitaire et médico-social.

⁴⁶ Cf. entretien maison centrale de POISSY

le cadre des entretiens. Ces quartiers, qui auraient la spécificité d'être aménagés pour répondre à la dépendance et apporter les soins nécessaires, n'emportent pas l'adhésion de la totalité des professionnels, pas plus que celle des détenus eux-mêmes.

D'une part, pour ce faire, il faudrait former des surveillants pénitentiaires ainsi que du personnel soignant à l'encadrement et à la prise en charge de la dépendance (ce type de structure existe aux Etats-Unis). Se poserait alors la question de l'identité professionnelle des surveillants de prison qui serait bousculée : formés à maîtriser la dangerosité des personnes incarcérées, ils seraient alors en partie dans l'aide au quotidien de ces détenus. Cette évolution semble délicate à accompagner.

D'autre part, l'aménagement de ce type peut avoir pour conséquence la diminution des aménagements de peine en faveur des personnes âgées dépendantes et une possible répercussion sur la santé du détenu concerné (accélération du phénomène de glissement).

Une ARS interrogée avance néanmoins que ce type de structures constitue un tremplin pour les détenus âgés dépendants avant une entrée en EHPAD.

2) La possibilité d'un accueil résidentiel en EHPAD

L'accueil des détenus en EHPAD poserait des difficultés qui semblent insurmontables à l'échelle d'un petit établissement⁴⁷. Le principe régissant la vie interne des résidents de l'établissement est la liberté d'aller et venir. Le projet d'établissement et le règlement intérieur font référence à ce principe mais aussi au respect des patients et résidents (dans le cadre d'une politique de promotion de la bientraitance) ce qui semble incompatible avec une démarche de privation de liberté par définition oppressive.

L'accueil en EHPAD pourrait donc être envisagé selon deux modalités :

- Les JAP doivent aménager l'exécution des peines jusqu'à rendre compatible l'accueil en EHPAD, notamment des autorisations de sorties en amont pour

⁴⁷ Cf. entretien directeur EHPAD Bain de Bretagne

permettre au détenu d'effectuer les rencontres préalables avec les responsables des structures d'accueil,

- L'accueil des résidents détenus pour lesquels l'état de santé rend le sens de la peine inopérante compte tenu de leur degré de dépendance.

Cet accueil particulier doit se rapprocher le plus possible d'un accueil résidentiel conventionnel et cela y compris dans l'esprit des professionnels médico-sociaux. Il doit donc être entrepris dans le cadre d'un projet de service partagé avec les professionnels des EHPAD : une information sur la "culture carcérale", l'appui de professionnels du ministère de la justice et une démarche portée par la direction de l'EHPAD sont indispensables pour démystifier l'accueil de détenus.

L'accueil de détenus est assez éloigné du cœur de métier « médico-social » dans sa composante « adaptation des structures ». Compte tenu des contraintes, peu d'agents accepteraient de s'investir sans contrepartie (surveillance de nuit adaptée, risque de violence au moins verbale, etc.) et sans implication du management et des acteurs du ministère de la justice. Toutefois, un établissement comme celui de Saint Barthélémy⁴⁸ ne rencontre pas ce type de difficultés, car cela a toujours fait partie de la culture de l'établissement d'accueillir les personnes les plus démunies. La difficulté principale réside dans la conciliation de la peine et de l'accompagnement vers la perte d'autonomie. Cependant, il reste l'acceptabilité de la société à cet accueil de détenus en EHPAD compte tenu de la pénurie d'offre pour des personnes âgées " libres ".

3) L'implication des détenus dans une démarche de "démocratie pénitentiaire"

Il y a une prise en considération grandissante du droit des usagers sous l'impulsion du droit européen. Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a adopté une nouvelle version des règles pénitentiaires européennes. La règle 50 concerne la participation des personnes détenues à l'organisation de la vie en détention. Autrement dit, cette règle encourage la mise en place de moyens de communication qui permettraient aux détenus de

⁴⁸ Cf. entretien directeur EHPAD Saint Barthélémy à Marseille

porter plainte, d'exprimer leur point de vue et de proposer des changements dans la vie collective.

Plusieurs pays européens mettent en place des dispositions législatives sur la participation des détenus à la gestion générale des prisons. Par exemple, l'article 74 de la loi néerlandaise sur les principes pénitentiaires énonce que le directeur d'une prison doit s'assurer que des consultations régulières sur les questions concernant directement la détention ont lieu avec les détenus.

Autre exemple, certaines prisons de pays d'Europe centrale et orientale ont mis en place des comités consultatifs de détenus mais qui n'ont pas fait l'objet d'une action législative. Une des meilleures descriptions du fonctionnement des comités des détenus vient de l'Angleterre⁴⁹. Ces comités sont constitués de détenus présentant un bon comportement. Le directeur ou un surveillant gradé préside ce comité et l'ordre du jour est arrêté par un représentant des détenus. Les décisions prises à l'issue de ces réunions reviennent à la direction et il apparaît que la qualité de ces décisions est meilleure.

⁴⁹ Article de presse "La participation des personnes détenues à l'organisation de la vie en détention", Norman Bishop volume 3 2006 Champ pénal

Conclusion

La prise en charge sanitaire et sociale en milieu pénitentiaire a réellement progressé sous la double impulsion de l'évolution du droit des patients et de l'intrusion progressive du droit du détenu en milieu carcéral.

Toutefois, les prestations médico-sociales sont encore loin d'être équivalentes à celles proposées en milieu libre. Marginalisé par son origine sociale, le milieu pénitentiaire concrétise une mise au ban des détenus tout-à-fait contradictoire avec l'égalité des droits, l'amendement et finalement la réinsertion.

Le vieillissement encore embryonnaire de la population carcérale peut être l'occasion de rendre plus concret l'idéal de démocratie sociale. De nombreux fondamentaux de la santé publique doivent encore investir l'environnement carcéral (accès aux plateaux techniques, promotion de la santé, éducation et prévention en santé, lutte contre les addictions, accès à l'activité physique, sportive et culturelle, etc.).

L'amélioration de la condition des détenus vieillissants pourrait se concrétiser autour de quatre axes :

- l'adaptation des conditions de détention tant du point de vue des locaux que des activités proposées,
- le développement de compétences médico-sociales en détention que ce soit au profit des détenus eux-mêmes ou par l'ouverture des lieux de détention aux professionnels,
- la création de lieux de vie spécifiques en intra et en extra carcéral,
- l'inclusion des détenus et des professionnels de la prison dans une démarche de démocratie pénitentiaire.

Ces actions peuvent être mises en œuvre sans mobiliser des ressources financières trop importantes. En revanche, elles impliquent des évolutions d'ordre culturel et psychologique auxquelles l'administration pénitentiaire doit être prête. En effet, les différents témoignages de cette étude semblent montrer que le rapprochement entre l'administration pénitentiaire et le monde sanitaire et médicosocial est réel, mais à parfaire et à stimuler continuellement. Une prolongation de cette présente recherche associant l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) et l'Ecole Nationale de

l'Administration Pénitentiaire (ENAP) pourrait participer à ce que des travaux débouchent sur des actions communes à l'attention des personnes âgées en milieu carcéral.

En outre, les JAP doivent accepter de prendre la responsabilité d'une réinsertion malgré le risque de récidive qu'elle peut entraîner. Compte tenu des besoins d'accompagnement des personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2), ce risque semble peu probable.

Une réflexion approfondie sur le sens de la peine semble un préalable au choix d'une stratégie de parcours pour les détenus âgés et très âgés. Les jurisprudences de la Cour européenne des droits de l'homme privilégient la primauté de la dignité de l'individu : dès lors que la détention inflige au détenu une souffrance illégitime au regard de conditions normales d'emprisonnement, sa peine doit être aménagée⁵⁰. Il existe une éthique du soin (égalité, professionnalisme, qualité du geste technique, bienveillance) mais aussi une éthique carcérale (égalité entre détenus, équilibre sécurité versus privation de liberté, attitude de retenue envers le secret médical). Contrairement au milieu hospitalier, de nombreux processus de travail échappent à la normalisation et donc à l'évaluation en détention.

La peine a-t-elle un sens lorsque l'on est condamné à l'âge de 75 ans, lorsque le détenu est grabataire et donc prisonnier de son propre corps ? Qu'en est-il lorsque le détenu ne reconnaît plus ses proches au parloir ? N'y-a-t-il pas une injustice à n'accorder des suspensions de peine que pour les soins palliatifs ?

"Quant à l'utilité de la prison, de l'enfermement, il n'est que le témoignage de l'impuissance de la société à trouver la juste place de tous."⁵¹

⁵⁰ Les jurisprudences en question se réfèrent à l'article 4 de la Convention européenne des droits de l'homme qui énonce : « *Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ».

⁵¹ Haim Korsia, Membre du CCNE - La santé et la médecine en prison - 21 Novembre 2006

Bibliographie

ARTICLES

- Gervais (P.), Sannier (O.), Toussignant (M.), et al, "Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle", *La revue de gériatrie*.
- "HID-Prisons, Leçons d'une enquête particulière", Aline DESESQUELLES, Institut Géographique National, *Courrier des statistiques* n°107, septembre 2003.
- Norman Bishop - "La participation des personnes détenues à l'organisation de la vie en détention" volume 3 - 2006 - champ pénal

GUIDES

- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice - Octobre 2012

PUBLICATIONS

- Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire - Année 2014
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_livret_final_HD.pdf
- Direction de l'administration pénitentiaire, Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 - 2014, Mai 2014
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014: Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, Ministère de la santé et des sports
- Mémoire : "Case prison pour les plus de 60 ans : Prise en charge médico-psycho-sociale et environnementale à la maison d'arrêt des hommes de Marseille Les Baumettes", Dr. Corinne HUDELLET, Faculté de médecine de Marseille, octobre 2014.
- Mémoire de recherche et d'application professionnelle, "La dépendance des personnes détenues", Julie Olliveau, Elève-directeur des services pénitentiaires, 42ème promotion, 2014.
http://www.enap.justice.fr/files/dsp42_ollivaux.pdfphpMyAdmin=6849e922f52520136409b415ff129705
- Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, Observatoire Régional de la Santé de Basse Normandie, mars 2007.

- "Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de 60 ans", Mission Régionale d'information sur l'exclusion-Administration pénitentiaire - Fondation Abbé Pierre, 2010.

RAPPORTS

- Haut Conseil de la Santé Publique-Santé en milieu carcéral - Rapport de G. Chodorge-Janvier 1993
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001097.pdf>
- Cour des comptes. Rapport public. Année 2014. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables.
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014>
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). La santé et la médecine en prison 2006
<http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/avis094%20CCNE.pdf>
- Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2014, *Daloz*

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Loi n°93-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confiant au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>
- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
- Loi n°2001-627 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
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- LOI n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (1)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000278633&dateTexte=&categorieLien=id>
- Loi n°1486 du 24 novembre 2009 (loi pénitentiaire)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>
- Circulaire ministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire

prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf

- Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140048C.pdf

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Liste des entretiens

ANNEXE 3 : Comptes rendus des différents entretiens

ANNEXE 4 : Référentiel de compétences - Auxiliaire de vie sociale

ANNEXE 5 : Outils d'évaluation de l'autonomie

Annexe 1 : Guide d'entretien

Questions générales:

1- Profil de la personne interviewée :

- Présentation du profil de la personne entretenue (Organigramme)
- Fonctions
- Rôle et expérience sur la question traitée

2- Composition du service visité et organisation générale :

- Quels sont les effectifs dédiés? (type de métier et effectif)
- Quels types de pathologies ou déficiences rencontrent les personnes âgées en prison?
- Quels sont les dispositifs et les outils actuellement en place pour le diagnostic et la prise en charge des personnes âgées? (perte d'autonomie, besoins liés à des maladies, ...).
- Y a t-il une remontée des changements de comportement auprès du service de santé? Si oui, par qui et par quel biais?
- Y a t-il des outils de recueil des avis et des souhaits des détenus, et plus spécifiquement des personnes de plus de 60 ans ?
- Quels sont les organismes partenaires avec lesquels vous travaillez dans le cadre de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie?

3- Le suivi particulier des personnes âgées :

- Y a t-il un programme de santé ou un accompagnement médical spécifique (préventif, curatif, suivi diététique,...) ?
- Y a t-il des activités spécifiques proposées pour le maintien de l'autonomie, ou des aménagements pour les personnes âgées de certaines activités?
- La structure vous semble-t-elle adaptée? (mobilier, équipement, accessibilité, aménagement des espaces de vie,...)
- Les codétenus jouent-ils un rôle dans l'accompagnement de ces personnes? A votre sens, sont-ils des aidants à part entière? Cautionnez-vous ce type de pratiques?
- Quel rôle jouent les surveillants de prison dans l'accompagnement des personnes âgées détenues ?

4- Les alternatives à l'incarcération ou la préparation à la sortie

- Quels types d'alternatives à l'hospitalisation proposez-vous dans votre établissement pour les personnes âgées de plus de 60 ans?
- Y a-t-il des aménagements de peine possible pour ces personnes?
- Dans le cadre d'une fin de peine pour une personne âgée, comment s'organise la sortie en milieu libre?

5 - Les préconisations, solutions d'améliorations ?

- Selon vous, la prise en charge des personnes âgées dans votre établissement est-elle bonne?
- Selon vous, comment peut-on concrètement améliorer la prise en charge des personnes âgées sous main de justice?

Questions spécifiques selon les personnes interviewées:

Structures de sorties / EHPAD:

Comment les personnels ont-ils été sensibilisés à la venue de personnes sous main de justice?

Quels sont les dispositifs mis en place (formation, équipements, ...)?

Comment sont réparties les responsabilités liées à la sécurité? (rôle du directeur de l'eypad)

Quelles ont été les craintes des personnels? Les familles et autres résidents sont-ils informés de la possible présence de personnes sous main de justice? Quelles sont les réactions?

ARS/Conseil Départemental :

La loi de 2002 a permis des avancées fortes en matière d'égalité de droit des détenus pour l'accès à des soins de qualité. La création des UCSA/SMPR et des UHSI/UHSA permet de concrétiser au moins en partie cet idéal. Qu'en est-il en matière de prestations médico-sociales ?

Peut-on imaginer une adaptation des lieux de vie en EHPAD aux détenus ? Doit-on se diriger vers des suspensions de peine plus systématisées par exemple pour les détenus relevant des GIR 1 et 2 ? Le ministère de la justice doit-il être plus volontariste dans la mise en œuvre de financements destinés à l'adaptation des structures médico-sociales ?

Annexe 2 : Liste des entretiens

- Directeur des soins de l'hôpital Saint Thomas de Villeneuve, Bain de Bretagne – entretien du 29 avril 2015.
- Elève directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au titre de son parcours professionnel en qualité de Conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation – entretien du 30 avril 2015.
- Médecin référent national du Pôle Santé et chargé de suivi des politiques sociales, Sous-Direction des personnes placées sous main de justice, Bureau des politiques sociales et d'insertion - Direction de l'administration Pénitentiaire - entretien du 04 mai 2015
- Centre de détention de Melun – Médecin coordonnateur, cadre de santé et médecin généraliste de l'UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) - entretien du 4 mai 2015.
- Directeur pour l'autonomie des Personnes Agées Personnes Handicapées du Conseil Départemental de la Haute-Garonne. Entretien du 30 avril et du 5 mai 2015.
- Médecin inspecteur de santé publique à la direction générale de la cohésion sociale du Ministère de la Santé - entretien du 6 mai 2015.
- Chef de pôle soins de suite et réadaptation à l'Etablissement public de santé national de Fresnes- entretien du 6 mai 2015.
- Directeur de l'EHPAD Saint Barthélémy, Fondation Saint Jean de Dieu, Directeur - entretien du 06 mai 2015.
- Directeur adjoint à l'Etablissement public de santé national de Fresnes - entretien du 6 mai 2015.

- Conseil départemental du Val-de-Marne, Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées Référent handicap et affaires sociales, entretien du 06 mai 2015.
- Médecin à la Maison Centrale de Poissy - entretien du 7 mai 2015.
- Directeur des établissements et services médico-sociaux à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ex secrétaire adjoint au Contrôleur général des lieux privatifs de liberté (CGLPL) - entretien du 7 mai 2015.
- Médecin inspecteur de santé publique et inspecteur des affaires sanitaires et sociales, référents projet pour les personnes sous main de justice de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire - entretien du 7 mai 2015.
- Médecin chef de l'unité hospitalière sécurisée inter-régionale (UHSI) du CHU de Rennes cadre de santé à l'UHSI - entretien du 7 Mai 2015.
- Coordinateur régional Ile de France à l'observatoire international des prisons (OIP) - Entretien téléphonique du 7 Mai 2015.
- Praticien Hospitalier, UHSI de Toulouse, entretien du 7 mai 2015.
- Juge d'Application des Peines, TGI de Toulouse, entretien du 11 mai 2015.
- Juge d'application des Peines, TGI de Créteil, entretien du 12 mai 2015.

Annexe 3 : Comptes rendus d'entretiens – MIP – Groupe 8

Etablissement	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
Professionnel rencontré	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
Discussion	<p><u>Fonction CPIP</u> Action de prévention de la récidive et suivi pré-sentenciel. Mandat JAP pour suivre TIG/surveillance judiciaire. Pivot du dedans/ dehors avec préparation aménagement peine et suivi de l'application de la peine en milieu fermé. Conseil au magistrat pour l'individualisation de la peine. Nécessité de coordination avec professionnels : - Souvent comble lacune intervention sociale (peu AS en prison) - Peu de crédits et contrainte des locaux - Difficulté car pas formé à l'intervention sociale Nouveauté de PEC avec module « Programme prévention récidive ». Auprès des AICS : travail sur le passage à l'acte/ stratégie d'évitement.</p> <p><u>Coordination</u> Relation SPIP/UCSA formalisé dans guide méthodologique mais pratique locale. -Parfois bonne relation informelle -Pas d'outil informatique dédié : outil de partage d'information public donc pas d'information médicale Si présence personne âgée : -Signalement changement comportement à équipe soignante - Intervention surveillant si constat difficulté marche Commission pluridisciplinaire unique vrai lieu d'échange ou uniquement enregistrement situation administrative, présidé par directeur.</p> <p><u>Parole usagers</u> Influence du droit européen pour favoriser le droit des usagers. Historiquement, la préoccupation en prison est d'éviter les mutineries, désormais volonté d'associer les usagers à leur PEC. Culture de l'écrit pour les détenus : uniquement réclamation par écrit. Commence à demander quelles activités ils veulent. Prendre conscience population précaire qui a du mal à faire valoir ses droits : unique moyen d'expression est lettre et surtout recours en justice.</p> <p><u>Aménagement de peine</u> Accessible si durée minimum d'exécution de la peine, mais condition de peine exécutée levée à partir de 70 ans. « On ne veut plus que les gens meurent en détention ». Aménagement sur la base d'un projet d'insertion proposé par CPIP dans prévention de la récidive, souvent projet professionnel ou projet de soins. Modalités : placement sous surveillance électronique/ semi-liberté/ placement extérieur comme RDV PSY à CMP avec convention. Différent de la suspension de peine : c'est un report de la peine avec levée d'écrou, possible pour raison médicale CF soins palliatifs.</p> <p><u>Notion vulnérabilité en prison</u> Personne âgée en prison vu comme vulnérable : -Vision sanitaire : vulnérabilité physique -Vision pénitentiaire : vulnérabilité car stigmatisée (souvent auteur d'infractions sexuelles très mal vu en prison) Problème de mobilité en détention : souvent personnes vulnérables (au sens pénitentiaire) au RDC. Faire attention au rythme de la détention : surveillant stressé n'est plus bien traité.</p>

Possibilité de mise sous surveillance spéciale pour cas identifié en CPU :
Crise suicidaire, crainte évasion, besoin médical comme épilepsie
-Critères ne sont pas fermés, par exemple risque de chute
Constat résistance des surveillants équipe de nuit : nécessité d'une bonne information des personnels de terrain car l'information circule mal.
CEL = carnet de liaison électronique accessible à tout le personnel
Fonctionnement syndical particulier :
-Dur à décider pour l'ensemble des détenus CF conditions travail
-Consensus pour décision situation individuelle

Codétenu aidant

Profil du codétenu comme aidant et avec qui personne âgée s'entend bien.
S'inscrit dans démarche institutionnelle pour prévenir suicide en détention et a été élargi à la santé en général.
Bénéficie d'une gratification judiciaire comme permission de sortie mais crée dissension car le procureur juge la personne violente et l'équipe pénitentiaire la juge comme aidante.
Prise en compte dans la réduction de peine supplémentaire (RPS)

- Crédit de réduction de peine accordé pour bon comportement
- Réduction de peine supplémentaire accordée pour effort réinsertion

Entrée en EHPAD d'un détenu ?

Aucun acteur ne veut s'exposer à cette PEC or risque d'isolement = danger.
Influence des connaissances et des réseaux : doit pouvoir identifier s'il y aura passage à l'acte ou si violence uniquement intrafamiliale.
IMPORTANT : un centre de ressource accompagne les équipes dans les établissements sanitaires (voire EHPAD) pour la PEC du profil détenu.
Pas d'information sur raison de la détention : uniquement démarche personnelle du détenu et l'aider à assumer pour plus tard son incarcération.
Intervention à l'ENAP sur le vieillissement en prison

Prévention santé

Suivi des soignants suffit dans démarche prévention avec consultations.
Adaptabilité des bâtiments difficile pour centres pénitentiaires historiques, mais aussi nouveaux bâtiments (plan 13 000) risque de déshumanisation.
Difficulté d'accès car éloigné des centre-ville et système de sas/interphone = système surdimensionné et oppressant
Culture orale des surveillants or de + en + de détenus : difficile de tous les connaître et d'avoir un suivi régulier.

Isoler détenus âgés ?

Irréaliste EHPAD en prison même si mixer profil pas toujours bénéfique.
Attention à l'hyperspécialisation comme établissement dédié à AICS, question de l'accessibilité pour les familles.
Spécialiser la PEC ou accepter la proximité pour la personne ? Choix très relatif de l'établissement en regardant carte judiciaire.
Risque de phénomène de glissement en se laissant mourir en prison.
Construire la problématique comme priorité pour pénitentiaire et soignant.

Accès aux soins

Soit professionnel de santé vient en prison soit sortir détenu de la prison.
Pénurie de spécialiste en prison comme kiné.
Choix de soins en fonction de l'accès aux professions plutôt qu'en fonction des besoins du détenu.
Proposition : constat qu'examen médical parmi critère permission de sortie, si juge audacieux consultation ambulatoire et détenu revient après RDV, uniquement pour courte peine et sans risque majeur d'évasion.

Etablissement	Centre de détention de Melun
Professionnel rencontré	<p>Personnel de l'UCSA :</p> <p>Le médecin coordonateur/psychiatre</p> <p>Le cadre de santé</p> <p>Le médecin généraliste</p>
Discussion	<p><u>Description de l'établissement</u></p> <p>L'établissement possède 294 places, il n'y a pas de surpopulation. L'âge moyen est de 47 ans, le plus âgé à 87 ans et 70 % des détenus sont des AICS (auteurs d'infraction à caractère sexuel). Les détenus présentent généralement des pathologies chroniques, cardio-vasculaires, diabète, peu de pathologies infectieuses, quelques troubles de la personnalité. Ils ont une personnalité complexe (très exigeants, refus de consultation). Des ateliers de travail sont mis en place : imprimerie et métallerie avec des emplois « rémunérés » de 7h30 à 13h30.</p> <p><u>Organisation de l'UCSA</u></p> <p>Présence d'un ETP de médecin généraliste + 5 ETP de psychologues + 4 ETP d'infirmière + 0,6 ETP de médecin psychiatrique Les unités de référence sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) de la Pitié Salpêtrière (75) et du centre de détention de Fresne (94) • L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) Paul Guiraud de Villejuif (94) • Le centre médico-psychologique régional de FleuryMerogis(91) <p>Participation aux commissions de santé tous les mois et aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) arrivant(2 réunions par semaine) avec la cadre de santé et CPU suicide avec le médecin coordonnateur. Le financement est réalisé par la Mission d'intérêt général (MIG) mais le budget n'est pas suffisant, notamment pour les médicaments issus de lourds traitements. Aussi, la part attribuée à l'UCSA n'est pas justifiée et ne semble pas équitable (distribution par hiérarchisation).</p> <p><u>Suivi de personnes âgées</u></p> <p>Un entretien est réalisé systématiquement avec l'infirmier à l'arrivée des détenus à l'aide d'un questionnaire réalisé en interne par l'établissement. Il n'y a pas d'aménagement spécifique pour les détenus âgés : ils ont accès à la bibliothèque, promenade de 15h à 18h30 avec la présence de bancs, ils peuvent également jouer à la pétanque. Les détenus ont la possibilité d'écrire au personnel médical et ils sont reçus par la suite. Les personnes âgées sont systématiquement placée en surveillance adaptée (ex : réveil la nuit dans le cadre de la CPU suicide) alors que cela n'est pas nécessaire. Il existe une entraide entre les détenus avec une prise en charge des autres et une solidarité mais l'UCSA n'est pas favorable à la formation des aidants car elle considère que les relations ne sont pas stables entre détenus. Il pense que cela doit rester du volontariat, qu'il ne doit pas y avoir une institutionnalisation même si le personnel médical peut donner des conseils. Selon l'UCSA, il faudrait faire en sorte que les détenus âgés aient accès au droit commun, qu'ils soient mieux accompagnés, et pas qu'il y ait des aménagements de cellules, des établissements pénitentiaires qui leur soit spécifiques.</p> <p><u>Difficultés rencontrées</u></p> <p>Les procédures administratives sont très longues pour admettre un détenu en unité hospitalière donc souvent les détenus ne sont pas soignés/diagnostiqués à temps et ils refusent leur transfert quand cela est fait après plusieurs mois. Il y a un manque de reconnaissance au niveau de l'unité hospitalière pour les patients-</p>

	<p>détenus.</p> <p>Il existe des problèmes d'hébergement à la sortie des détenus avec des injonctions de soins et de suivis sociaux judiciaires avec une prise en charge par l'UCSA.</p> <p>Le travail avec les associations n'a pas abouti avec les professionnels libéraux qui sont rémunérés à l'acte et non au temps passé dans l'établissement (qui est plus long que la moyenne).</p> <p>Les appartements de coordination thérapeutique doivent être réservés pour les personnes présentant de vraies pathologies. Certains dossiers sont souvent refusés par le personnel médical car la demande, faite par les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), ne concerne pas des personnes malades.</p> <p>Il n'y a pas d'intervention d'assistantes sociales pour cet établissement.</p> <p>Des difficultés interviennent pour l'administration des médicaments : traitement remis aux détenus.</p> <p><u>Actions qui vont être mises en œuvre</u></p> <p>La télé médecine avec la dermatologie est mise en place mais fonctionne mal du fait du logiciel de connexion.</p> <p>L'informatisation du circuit du médicament doit être faite prochainement dans l'établissement.</p> <p>Il pourrait y avoir une formalisation de fiches navettes pour consulter le dossier médical et en avoir accès plus facilement.</p>
--	---

Etablissement	Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
Professionnel rencontré	Médecin Inspecteur de Santé Publique
Discussion	<p>La prise en charge des détenus âgés cumule un ensemble de problématiques du fait de leur situation en détention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vieillissement : difficultés de recensement des données, - minorité des personnes âgées détenues : difficultés pour remplir les dossiers par les CPIP, assistantes sociales peu nombreuses, dossiers APA pas toujours bien remplis, - diagnostic tardif : identification de ces personnes tardives avec des démarches longues, alerte donnée quand la PA détenue a déjà des pertes cognitives importantes, - difficulté de trouver le bon interlocuteur : conseil départemental concerné n'est pas forcément celui correspondant à la prison mais celui du domicile de secours, - cloisonnement entre DAP, DGS et DGCS complique les démarches. <p>Qu'est-il est envisagé ?</p> <p>Aide et reconnaissance d'un codétenu, demande de la DAP d'obtenir des travailleurs sociaux (mais dans un contexte de fortes contraintes budgétaires=> justification d'une plus value de santé publique).</p>
Partie concernée dans le rapport	<p>Etape de la sortie :</p> <p>Favoriser le retour à domicile quand c'est possible (avec la difficulté des ruptures familiales), aide à l'hébergement.</p> <p>En théorie les détenus ont les mêmes droits sociaux quand ils sont en fin de peine mais ils cumulent les problématiques de rupture sanitaire, d'isolement. De plus, de nombreux EHPAD sont encore réticents à accueillir des détenus en mettant en avant les obstacles liés à leur prise en charge financière (difficulté de dire qui est responsable du bilan et du suivi social des détenus).</p> <p>Accentuer le travail de préparation à la sortie avec les CPIP.</p> <p>Cohésion PEC sanitaire et d'aide sociale : reste une problématique dans l'opérationnalité malgré la mise à jour du guide méthodologique.</p>

Etablissement	Association Les petits frères des pauvres
Professionnel rencontré	Salarié de l'association
Discussion	<p>Les petits frères des pauvres est une association française créée en 1946 par un aristocrate dénommé Armand Marquiset. Dans un premier temps cette association avait vocation à s'investir auprès des plus démunis, elle s'est finalement par la suite concentrée sur l'aide aux personnes âgées. Elle a comme mission de leur permettre de survivre en leur apportant une aide matérielle, elle a également comme objectif d'être un soutien relationnel en luttant contre la solitude et l'isolement des personnes âgées.</p> <p>Les bénévoles de l'association sont environ 10 000. Ils consacrent une demi journée par semaine pour aller visiter une personne âgée. Ils participent également à des formations et à des groupes de parole. Ils sont sélectionnés après divers entretiens. Dans un premier temps l'association n'effectuait que des visites à domicile puis petit à petit son champ d'action s'est élargi. Aujourd'hui "le petit frère des pauvres" rend visite aux personnes âgées hospitalisées dans les services de soins palliatifs, services centrés sur la gériatrie, services curatifs classique... plus de 1500 personnes ont été visitées et 80 bénévoles impliqués. Cette action a débuté il y a plus de 10 ans sur demande d'un médecin.</p> <p>Concernant plus spécifiquement notre sujet, notre interlocuteur nous a dans un premier temps montré une vidéo (disponible sur leur site) réalisée au sein de l'hôpital carcéral de Fresnes. Ce film illustre le quotidien des personnes détenues hospitalisées et la relation qu'ils peuvent avoir avec les bénévoles des petits frères des pauvres intervenant dans ce milieu. Les détenus soulignent leur isolement, placés généralement loin de leur famille, ils soulignent l'importance de cette relation leur permettant d'avoir un interlocuteur de l'extérieur avec qui ils peuvent échanger librement sans avoir peur d'être jugés.</p> <p>Les petits frères des pauvres ont été sollicités pour que des bénévoles accompagnent des personnes séjournant à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. En 2002, un bénévole a rencontré les personnes malades permettant une première phase de test qui s'est finalement concrétisée par la signature d'une convention entre l'association et cet établissement. A ce jour, 5 bénévoles se rendent régulièrement au sein de la prison de Fresnes pour apporter présence et écoute aux personnes malades détenues. Le petit frère des pauvres souhaite développer cette activité mais se confronte souvent aux réticences des directeurs de l'établissement et des équipes soignantes.</p> <p>Nous abordons ensuite les objectifs de la Loi Kouchner de 2002 instituant la suspension de peine pour raisons médicales. Selon notre interlocuteur, les aménagements de peine pour raisons médicales constituent des mesures dont la bonne application est nécessaire pour garantir le droit des personnes incarcérées à l'accès aux soins, leurs droits à être soignées ou à finir leur vie dans des conditions dignes. L'association milite pour mieux faire connaître cette loi auprès des différents acteurs, et favoriser son application.</p> <p>Après avoir constaté que la grande difficulté dans la mise en place de ces aménagements de peine réside dans le manque de possibilités d'hébergement pour accueillir les personnes, l'association s'est mobilisée dans ce domaine. Ainsi, en se regroupant avec d'autres associations telles que la croix rouge française, le secours catholique, Aurore,... différents objectifs ont été fixés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir et développer l'offre d'accueil des personnes pouvant bénéficier d'un aménagement de peine pour raisons médicales. - construire un partenariat efficace avec l'administration pénitentiaire et les personnels médicaux. - créer des actions de sensibilisation et de formation des équipes des structures d'accueil concernées. - favoriser l'information des intervenants en détention. <p>Une adresse unique a été créée afin de permettre d'identifier un interlocuteur unique susceptible d'orienter les différents acteurs sur cette question.</p>

Etablissement	EHPAD Saint Barthélémy, Fondation Saint Jean de Dieu
Professionnel rencontré	Le Directeur
Discussion	<p><u>L'EHPAD St Barthélémy a d'ores et déjà accueilli des détenus</u> en situation de suspension de peine, avec ou sans bracelet : 8 personnes, âgées entre 60 et 65 ans. Provenance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • UHSI de Marseille • Maison d'arrêt de Salon de Provence • Maison d'arrêt de Grasse <p>Un CPIP travaille systématiquement sur chacun des dossiers de ces résidents, notamment sur l'élaboration des dossiers d'aide sociales. Dans le cadre de l'accueil d'un résident avec bracelet électronique, le CPIP définit avec le directeur de l'EHPAD les zones et les horaires de déplacement du résident.</p> <p>Structuration actuelle de l'EHPAD St Barthélémy : Agrément pour 353 lits, mais seul 345 sont en service 4 unités de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité géronto-psy • Unité de maladies neuro dégénératives type Alzheimer • Unité pour ancien SDF • Unité pour personnes âgées sans particularités (EHPA) <p>Actuellement, 9 détenus sont accueillis.</p> <p><u>Projet d'agrandissement</u> en réponse aux statistiques sur la population carcérale vieillissante, et à la loi Taubira du 15 août 2014 : trouver des alternatives à l'incarcération pour désengorger les prisons.</p> <p>Création de 40 lits supplémentaires, dont 10 lits médicalisés d'EHPAD et 30 d'EHPA. Objectif : accueillir des anciens détenus et des détenus en suspension de peine. Ces nouveaux lits sont également destinés à des résidents lambda.</p> <p>La question s'est posée de créer une unité spécifique pour ces nouveaux résidents : décision négative car souhait de ne pas stigmatiser cette population dans le respect du « droit à l'oubli ».</p> <p>Rédaction du projet en cours (projet d'accompagnement, architectural, ...). Le projet sera présenté à l'ARS, à la CPAM et au Conseil Général le 15 mai prochain.</p> <p>Travail de réflexion de plusieurs mois avec les services pénitentiaires, notamment sur les questions de sécurité et de risque de récidive (travail demandé en parti par l'ARS).</p> <p>Dans le cadre de l'accueil de ces nouveaux résidents, l'établissement prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des projets spécifiques d'accompagnement : activités occupationnelles, traitement des angoisses particulièrement développés chez les personnes ayant été détenues. Travail avec des géronto-psy pour structurer un suivi, • Non communication des motifs d'incarcération aux personnels soignants, mais communication à la direction, • L'établissement se réserve le droit de refuser des personnes (ce qui s'est produit pour un ancien détenu mais pas du fait de son état de détenu).Rendez-vous réalisé en parloir pour évaluer le futur résident. Son état psy nécessitait une prise en charge inadaptée à l'EHPAD. Il s'agissait de protéger l'ancien détenu et les autres résidents de l'EHPAD. • Pas de détermination d'un territoire. D'ores et déjà sollicité par un CPIP de Lyon. <p>Le directeur précise que sans le savoir, l'établissement a sans doute d'ores et déjà accueilli des résidents qui étaient des anciens détenus.</p>

Financement du projet : Les résidents anciens détenus ou en suspension de peine rentrent dans le droit commun, et bénéficient donc des mêmes aides que les autres résidents (Sécurité sociale, Conseil général pour l'aide sociale et la dépendance).
Demande de subvention à la fondation de France : obtention prévue en juin 2015.

Le personnel :

Pas de formation spécifique, ou de communication particulière : l'établissement est habitué à accueillir des résidents au profil atypique, accueil des plus démunis depuis 1852, tout en s'adaptant à l'évolution de la réglementation. La moyenne d'âge des résidents est de 77 ans, dont 40% sont des femmes.

La qualité de l'accompagnement est fondamentale pour réussir l'accueil de détenus ou ex-détenus => l'EHPAD formalise un **projet individuel d'accompagnement** en coordination avec le CPIP en vue d'adapter la prise en charge médico-sociale mais aussi de garantir la sécurité du résident. *Sans une implication de l'administration pénitentiaire, l'accueil de détenus serait très difficilement envisageable.*

Les familles et les autres résidents :

Dans le respect du secret professionnel, les autres résidents et les familles ne sont pas informés du passif d'anciens détenus de certains résidents. Le directeur de l'EHPAD a interrogé le comité d'éthique, qui lui a confirmé le bienfait de ne pas divulguer ces informations.

Questions encore en suspens pour finaliser le projet :

- Comment déterminer le domicile de secours de personnes ayant parfois été incarcérée plus de 20 ans ?

D'autres EHPAD de ce type en France ?

A la connaissance du directeur, certainement pas beaucoup, en tout cas il ne les connaît pas. Son établissement est un "EHPAD atypique" => projet vocationnel de la congrégation. Démarche éthique d'inclusion sociale # stigmatisation.

Selon lui, il semblerait qu'il existe au ministère de la justice une liste d'établissements agréés à recevoir des personnes sous main de justice.

Etablissement	Direction de l'administration Pénitentiaire Sous-Direction des personnes placées sous main de justice
Professionnel rencontré	Le référent national du Pôle Santé, médecin, Bureau des politiques sociales et d'insertion. Le responsable du suivi des politiques sociales, Bureau des politiques sociales et d'insertion.
Discussion	<u>Présentation de la direction et organigramme:</u> <u>Direction de l'administration pénitentiaire</u> Placée sous l'autorité du garde des Sceaux depuis 1911, l'administration pénitentiaire est l'une des cinq directions du ministère de la Justice. Son directeur est nommé par décret du président de la République, sur proposition du garde des Sceaux. Elle se compose d'une administration centrale, de services déconcentrés (directions régionales, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation), d'un service à compétence nationale (SEP) et d'un établissement public administratif chargé de la formation de tous les personnels pénitentiaires, l'ÉNAP. <u>Organigramme</u> Le Directeur Le bureau des affaires générales (cabinet) L'inspection des services pénitentiaires Le service de communication Les missions d'extractions judiciaires Les missions concernant les pratiques professionnelles pénitentiaires 4 sous-directions :

Sous-direction de l'état-major de sécurité (E.M.S.)
Sous-direction des personnes placées sous main de justice (P.M.J.)
Sous direction de l'organisation et du fonctionnement des services (S.D.) déconcentrés
Sous direction des ressources humaines et des relations sociales (R.H.)
La sous-direction des personnes placées sous main de justice (P.M.J.)

Elle a en charge la définition et la mise en œuvre des politiques pénitentiaires. Elle en évalue l'application afin d'en permettre l'adaptation.

Elle est composée de 2 missions : « Prévention et lutte contre le suicide en milieu carcéral » et « Aménagement des peines et placement sous surveillance électronique mobile », et de 5 bureaux : Bureau des orientations, du suivi et de l'évaluation de l'activité des services pénitentiaires d'insertion et de probation ; Bureau des politiques sociales et d'insertion ; Bureau de travail, de la formation et de l'emploi ; Bureau de l'action juridique et du droit pénitentiaire ; Bureau des études et de la prospective.

La mission du Pôle santé, division de la sous-direction des personnes placées sous main de justice :

Le pôle santé est chargé de la mise en œuvre des politiques de santé et de leurs orientations. Un référent exerce dans chacun des 9 services interrégionaux.

La DAP est impliquée dans les problématiques sociales concernant les PMJ, notamment au regard d'une volonté de développer les potentiels d'insertion de ces personnes en travaillant en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Elle participe d'ailleurs activement à une politique publique de mobilisation autour du respect des droits de l'homme et du droit à la santé. Ainsi, la DAP a fait partie, avec d'autres acteurs de la Santé comme la DGS, la DGOS, la DPJJ et l'ARS, du comité de sélection de porteurs de projets dans la cadre de l'appel lancé par l'INPES s'intégrant dans le plan stratégique 2010-2014, et dont le thème est celui de l'éducation et de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Le système d'information

Il n'existe pas de système d'information commun à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Chaque établissement utilise le logiciel de son choix. Aussi, comme cela existe en Grande-Bretagne, il conviendrait de passer un marché public auprès de sociétés prestataires en informatique permettant l'utilisation d'un logiciel partagé et prévoyant le support aux usagers.

Le cahier électronique de liaison et la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE) seront prochainement remplacés par la base de données GENESIS qui regroupera les informations judiciaires, juridiques et sanitaires des détenus. Mais actuellement, la base de données Genesis permet uniquement l'échange d'informations judiciaires et juridiques, alors que ses fonctionnalités rendent possible l'échange de fiches de santé dans le cadre d'un partage d'information entre l'Administration pénitentiaire et le Ministère de la Santé. L'extension des habilitations d'utilisation par l'achat de licences supplémentaires corroborerait à la volonté des pouvoirs publics de maximiser le partage de l'information par la mise en place du dossier médical partagé.

L'évaluation de la dépendance

En France, sur 2500 personnes écrouées de plus de 60 ans, 115 seraient en perte d'autonomie. *La seule grille de référence est la grille AGGIR.* Toutefois, elle n'est pas adaptée à la population carcérale car certains critères ne sont pas pertinents en milieu fermé, à savoir la faculté de répondre au téléphone, d'aller chercher son courrier, de préparer son repas ...

Toutefois, l'utilisation de cette grille est impérative en vue de l'obtention de l'APA car son score déterminera le niveau d'allocation.

La problématique de cohérence des items avec la population de destination n'est pas récente. Aussi, l'Assemblée des Départements de France, représentant les conseils départementaux, mène une réflexion quant à l'adaptation de la grille d'évaluation AGGIR

aux personnes privées de liberté.

L'organisation de l'évaluation en elle-même semble être personnel-dépendante. En effet, les services dédiés du Conseil départemental doivent la réaliser, mais n'ont pas d'obligation à le faire au sein de l'établissement carcéral. Or, l'extraction d'un détenu est une procédure cadrée et parfois longue à organiser (demande d'autorisations, commande du fourgon adapté ..) alors que le besoin peut-être immédiat.

Les établissements pénitentiaires souhaiteraient signer des conventions avec des associations d'aide à la personne mais cela entraînerait une multiplication des interlocuteurs, un temps de travail supplémentaire et une rémunération non adaptée.

En 2013, 30% des établissements n'avaient pas effectué les aménagements de cellule pour les personnes à mobilité réduite.

Environnement carcéral : adaptabilité à la personne âgée et offre de loisirs:

La DAP a signé une convention en septembre 2014 avec des associations sportives afin d'apporter une activité sur-mesure aux détenus (gym douce, sports collectifs ...); ces actions participent à leur insertion sociale grâce à un contact avec des personnes extérieures à l'univers carcéral, tout en encourageant le développement local de l'activité de certaines associations sportives. Aujourd'hui, 20 % des établissements organisent des séances de gym douce et de programme d'équilibre cognitif.

Pour ce qui est des infrastructures, de nombreux établissements étant très anciens, la mise aux normes d'accessibilité ne s'est pas encore réalisée, et le choix de l'administration semble plutôt être celui de transférer le détenu invalide vers un établissement récent répondant à ces normes.

Le travail du Conseiller d'insertion et de probation revêt également un aspect social dominant, là où le recrutement de travailleurs sociaux en milieu carcéral semble difficile. Les demandes d'aménagement des cellules, particulièrement en matière de mobilier, mais également d'assistance par un auxiliaire de vie, sont traitées par le CIP. Le milieu pénitentiaire, à dominante masculine, attire peu ces travailleurs qui sont souvent des femmes. Néanmoins, des associations de réinsertion par le travail et d'autres à caractère religieux proposent leurs services aux détenus dans l'accompagnement à la réalisation des gestes quotidiens. Selon l'administration, la demande n'est cependant pas forte.

Le fait que l'APA ne puisse être versée qu'à un établissement médico-social met également un frein à l'organisation de la prise en charge en détention. En effet, en percevant directement l'APA, l'établissement pénitentiaire pourrait devenir employeur d'auxiliaires de vie et ainsi mutualiser les moyens.

Les structures de détention sont peu adaptées aux personnes dépendantes et ne peuvent actuellement pas se substituer aux établissements de types EHPAD. L'établissement Public de santé National de Fresnes ne dispose que d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), donc de lits d'hospitalisation, mais n'est pas assimilé à un lieu de vie. La question de créer des EHPAD sécurisés dédiés aux personnes âgées écrouées n'est pas d'actualité et n'est pas envisagée pour des raisons économiques. La solution retenue n'a été que celle de l'aménagement de peine pour raisons de santé : la peine peut-être suspendue ou levée, mais quid de l'accueil des personnes dépendantes en structures ouvertes adaptées dès leur sortie.

Des associations, trop peu nombreuses pour répondre au besoin évalué à 115 places, proposent un accueil à ce public en perte d'autonomie. La Croix Rouge a notamment signé une convention avec l'administration pénitentiaire relative à l'accueil des personnes âgées. L'EHPAD Saint Barthélémy de Marseille a, quant à lui, créé 30 places fléchées, c'est-à-dire dédiées aux anciens détenus.

Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) directement à l'établissement est en cours de réflexion. A partir du 01/01/2016, les détenus bénéficieront du tiers payant et le ticket modérateur est pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Etablissement	Observatoire International des Prisons (OIP)
Professionnel rencontré	Coordinateur Ile de France Outre mer
Discussion	<p>Rôle de l'association (loi 1901) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défense des droits et de la dignité des personnes détenues, • Respect de leurs droits (autre que la privation de liberté) et de leurs conditions de détention, • Observatoire de leurs proches (famille), mais également des professionnels (de santé, de justice, agents pénitentiaires..) intervenant en intra, mais également des personnes extérieurs impliquées sur la question de la détention afin d'œuvrer sur l'évolution de la législation. <p>Modalités d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essentiellement par le recueil de témoignages de détenus (qui sollicitent l'OIP par courrier) ou des proches et des codétenus (pour les personnes âgées ou ceux qui ne peuvent écrire). La spécificité des PA détenues est qu'ils n'osent plus aller en promenade soit par peur de pression, violence ou racket soit parce que ce n'est pas adapté (pas de banc, trop long..), -Observatoire : Enquêtes, Recueil de documents administratifs, rapports d'activité pénitentiaire, rapport d'activité des unités sanitaires. Les plaintes portent essentiellement sur l'enfermement et les conditions de détention mais parfois les soins (lenteur des RV ou questions du suivi après la sortie...). L'intérêt des témoignages permet de confronter les différents acteurs et d'avoir une vision plus juste et objective de la réalité. <p>Réponses apportées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'OIP informe et conseille le détenu sur les démarches à suivre afin de le rendre le plus autonome dans sa prise en charge. - L'OIP a constitué des outils d'information, clairs et simplifiés, disponibles dans les bibliothèques des prisons (guides des prisonniers, de probation, ou le guide du sortant de prison). - <i>Dans le cas où le détenu est manifestement incapable de réaliser les démarches l'OIP sollicite le CPIP ou les organes de contrôle (par l'intermédiaire des coordinations régionales) ou les parlementaires.</i> -L'OIP peut intervenir auprès d'avocats pour lancer une demande d'aménagement de peine. <p>Place du codétenu qui intervient dans la PEC de la personne âgée détenue, elle peut être officialisée (rémunération pour service rendu, par APA), mais possibilité decantiner. <i>L'intervention de professionnels d'aide à domicile en prison reste très locale selon les régions (toilettes et ménage de la cellule).</i></p> <p>Il est nécessaire d'aménager des cellules pour la PEC des personnes âgées notamment dans le cas des longues peines, certains vieux détenus ont peur sortir du fait de l'incapacité à assumer sa liberté (domicile ? revenus ?...).</p> <p>La PEC de personnes âgées en maison d'arrêt est particulièrement aigue face à la condamnation tardive de personnes âgées notamment dans les cas de délits sexuels. Ils se retrouvent en insécurité et soumis à une réelle violence.</p> <p>Les groupes de travail entre DAP, DGS et DGCS démontrent bien l'insuffisance d'assistantes sociales (AS) sur la question (surtout depuis que la fonction du CPIP est centrée sur la probation et moins sur le social), mais les contraintes financières font que ce n'est pas une priorité.</p> <p>Une enquête réalisée en 2012 avec le conseil général a permis de connaître le nombre de conventions qui étaient passées entre les conseils généraux et les établissements pénitentiaires. Il en ressort de cette enquête que très peu de conventions ont été signées</p>

car les CG déclarent ne pas être sollicités par les prisons. Il manque donc une impulsion nationale.

Sur l'incompatibilité entre état de santé et maintien en détention, on touche au cœur de problème sur la dangerosité d'un détenu devenu grabataire et sur le « sens de la peine ».

Etablissement	Maison centrale de Poissy
Professionnel rencontré	Le Praticien Hospitalier à l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire à mi-temps depuis 12 ans. Exerce en parallèle en tant que généraliste en cabinet libéral.
Discussion	<p><u>Historique :</u> La maison centrale de Poissy était auparavant dotée d'une UCSA, mais depuis 2012, regroupement des unités somatiques et psychiatrique a été mis en œuvre afin de pallier aux problèmes de communication, d'où la création d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Effectifs : L'USMP dépend du Centre Hospitalier Intercommunal Poissy St Germain en Laye pour l'encadrement des fonctions supports (recrutement, gestion, ...). Cette unité se compose de : 1 aide-soignante (plus un rôle d'assistante dentaire) ,1 ASH pour l'entretien des locaux (choix que ce ne soit pas un personnel de l'administration pénitentiaire afin de maintenir le secret professionnel) ,1 IDE Psy + IIDE somatique (elles sont essentiellement affectées en prison) , Cadre de santé –mi-temps à Poissy, autre mi-temps dans un service de l'hôpital) , Dentiste à mi –temps + une vacataire , 2 médecins généralistes dont notre interlocuteur, et 1 praticien attaché , 4 psychologues à temps partiel , 1 kiné une fois par semaine , 1 ORL à raison d'une journée tous les 15 jours , Autres spécialités (gastro, ophtalmo, ...) : une journée par mois , 1 poste de psychiatre mais le service rencontre des difficultés à recruter</p> <p><u>Population carcérale :</u> L'âge de la population carcérale de Poissy est supérieur à la moyenne française, notamment parce que les détenus font l'objet de longues peines. 25 détenus ont plus de 60 ans.</p> <p><u>Pathologies rencontrées par les personnes âgées de plus de 60 ans à Poissy :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Maladies cardio-vasculaires dont les causes principales sont le tabagisme (autorisé en prison), le cannabis (interdit mais circule malgré tout), alcool (idem), drogues dures (peu fréquentes chez les personnes âgées). <p>De manière générale, les pathologies rencontrées par une personne en prison sont celles d'une personne ayant 10 ans de plus. Les effets liés à la maladie d'Alzheimer sont rencontrée en prison : situation compliquée à gérer car l'USMP propose des soins ambulatoires, et donc pas de soins en continus.</p> <p><u>Organisation des consultations :</u> Les visites fonctionnent sur RDV. Le détenu a à sa disposition des bons qu'il renseigne s'il souhaite rencontrer un médecin. Même principe que pour les médecins traitants libéraux, le détenu doit en premier lieu rencontrer le médecin généraliste qui jugera s'il est nécessaire qu'il consulte un médecin spécialiste. Les consultations s'effectuent dans le cabinet au sein de l'USMP, sans la présence d'un surveillant. En cas d'urgence seulement, l'équipe intervient directement dans la cellule. Les surveillants signalent à l'équipe de l'USMP lorsqu'ils constatent des difficultés chez un détenu, mais certains détenus ne souhaitent parfois pas aller consulter le médecin.</p> <p><u>Aménagement des locaux et des activités pour les personnes en perte d'autonomie :</u> L'établissement n'est pas aménagé pour faciliter la mobilité et les actes de la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie. Les détenus les plus fragiles ont leur cellule à l'étage de l'USMP. Il n'y a pas d'activités adaptées. <i>Des auxiliaires de vie</i></p>

viennent dans les locaux pour dispenser l'aide à la toilette des détenus les plus dépendants. Mais elles ne sont sans doute pas formées à la spécificité de l'intervention auprès de détenus.

CPU :

La CPU existe au sein de la prison de Poissy, *mais l'équipe de l'USMP ne souhaite pas y participer.* Leur participation impliquerait la perte de l'indépendance de l'équipe de l'USMP par rapport à l'administration pénitentiaire. C'est le risque de perdre la confiance du détenu en discutant de problématiques qu'il aurait confiées à l'équipe médicale, et qu'il ne souhaiterait pas qu'elles soient divulguées aux surveillants. Notre interlocuteur ajoute que ce qui est dit en CPU peut "polluer la vision qu'a le médecin du patient". Le détenu ne donne pas les mêmes informations au médecin, qu'à l'IDE ou au surveillant. L'USMP communique avec l'administration pénitentiaire de manière informelle (téléphone et mail).

L'entraide entre détenus est peu fréquente, voire quasi absente.

En cas de perte d'autonomie :

Très peu de sorties sont traitées. Celles-ci sont encadrées par le CPIP, et pas du tout par les médecins. Mais la gestion est difficile pour les CPIP car ils ne sont pas formés à cela, et ils n'ont pas le réseau adéquat.

Suggestion d'aménagement de cellule :

- Agrandissement des cellules pour permettre l'accès avec un fauteuil roulant
- Lits électriques
- Barres aux murs
- Toilettes aménagés

Les surveillants pourraient avoir un rôle plus important dans l'aide aux personnes âgées en prison, mais encore faut-il qu'ils en aient la volonté.

Réseau :

Un congrès des médecins en milieu carcéral à lieu tous les 16 mois, mais il est très généraliste, et ne s'attarde pas sur les problématiques rencontrées selon le type d'établissement (maison centrale, maison d'arrêt, ...).

Etablissement	Etablissement public de santé national de FRESNES
Professionnel rencontré	Le Directeur Adjoint de l'Etablissement public de Santé National de Fresnes
Discussion	<p>L'EPSNF est devant une problématique réelle et importante. En effet, il peut y avoir jusqu'à 10 patients âgées au sein de l'établissement qui n'ont pas leur place en SSR (soin de suite et de réadaptation). Or, il est impossible de renvoyer ces patients en détention. Il arrive donc des situations extrêmes comme celle d'un patient en SSR depuis 5 ans, ce qui a pour conséquence de coûter cher (établissement en DAF).</p> <p>Par ailleurs, la prise en charge de ces patients n'est pas adaptée à leurs pathologies. En effet, les personnels soignants ne sont pas formés pour les pathologies des personnes âgées.</p> <p>De plus, les médecins pénitenciers ont un véritable attachement au milieu pénitencier. Ils ne sont pas nécessairement formés aux problématiques spécifiques de la gériatrie. Ainsi, il y a peu d'ophtalmologistes ce qui conduit à des délais de rendez-vous très long.</p> <p>Référence juridique : 1 ordonnance de référé et 1 arrêt du tribunal administratif => condamnation de l'APHP pour ne pas avoir trouvé d'EHPAD pour un patient.</p> <p>Difficultés pour trouver une place en structure d'aval :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en FAM ou en MAS pour les patients les plus jeunes - En EHPAD ou USLD pour les patients les plus âgés <p>Depuis une jurisprudence du tribunal de Créteil, il est admis la suspension de peine conditionnelle sous réserve d'une place en structure. Ainsi, la peine est suspendue pendant un an le temps de trouver une place. Cela a permis de rompre l'engrenage où le tribunal</p>

refuse la suspension de peine car il n'y a pas de place dans un EHPAD, et l'EHPAD refuse d'accorder une place tant que la personne détenue n'a pas obtenu la suspension de la peine.

Importance des **assistances sociales** au sein de l'Etablissement, cela permet d'avoir une vision globale du patient. En effet, il est très important de connaître l'ensemble du dossier du patient.

La question des Co-détenu : c'est une question dangereuse parce que cette personne n'est pas formée à ces questions de santé. De plus, s'il l'on observe les demandes faites, il ne s'agit que de nettoyer la cellule. On n'est donc pas sur de l'accompagnement. A aucun moment, le codétenu ne peut remplacer une aide à domicile.

La question des services à domicile : convention avec des SIAD et des établissements ont eu un succès assez variable en fonction des établissements. Force est de constater que les modalités de financement rendent difficiles leur mise en place.

Absence de développement d'activités socio-culturelles adaptées : c'est la problématique de ces 5%, parce que c'est un petit nombre qui fluctue très facilement.

Question de l'aspect social : la population est-elle prête à accepter que certains détenus ne feront leur peine. Dès lors, cela pose la question de l'intérêt et des conséquences de la peine.

Différents détenus vieillissant en prison : un détenu en prison depuis plusieurs années qui devient personne âgée en cellule va développer des stratégies pour s'adapter à l'environnement. Par ailleurs, il connaîtra les codes de la prison, dès lors la situation sera moins difficile pour lui que pour une personne âgée qui arrivera en prison à plus de 60 ans.

Etablissement	Etablissement public de santé national de FRESNES
Professionnel rencontré	Le chef du pôle SSR(Soins de suite et de réadaptation)
Discussion	<p><u>Effectifs</u> 80 lits mobilisant 145 soignants et 145 surveillants. Compétence nationale du pôle SSR en matière pénitentiaire. Compétence régionale du pôle médecine aigue. 350 entrées en SSR : retour en détention que si complètement autonome. DMS de longue durée en SSR : 50 jours. Beaucoup de sujets âgés polypathologie/ fin de vie =>plutôt USLD Certaines DMS(durée moyenne de séjour)supérieures à 1 an posent question pour des soins nécessitant des actes techniques simples. L'unité sanitaire (UCSA) du Centre pénitentiaire est indépendante.</p> <p><u>Suspension de peine pour raison thérapeutique</u> Loi Kouchner permet suspension de peine (étendu au prévenu en 2014). <i>Problème de la définition d'une structure d'aval – principe de la suspension de peine sous réserve d'un établissement adapté.</i> <i>Parfois difficile d'obtenir suspension de peine basée sur certificat médical.</i> Exemple du détenu ayant tué sa femme et pendant suspension de peine tue son voisin – question du suivi dans cette période.</p> <p><u>Fin de vie</u> Pas de fin de vie en prison car entraine une enquête administrative pour mort suspecte, le détenu est envoyé soit vers unité de soins palliatifs soit urgences de l'hôpital de proximité (décision d'équipe du choix de sortie). Néanmoins, à titre anecdotique, il faut savoir qu'avant les années 60, la dépouille du détenu n'était rendue à la famille que lorsque le délai de détention était terminé. L'EPNSF a donc installé un ancien cimetière à l'arrière du bâtiment.</p> <p><u>Profil détenus âgés</u></p>

Vieillesse population carcérale lié à :

- Vieillesse de la population en général
- Prescription pour viol : 10 ans à compter des 18 ans de la victime
- Progrès de la médecine pour la PEC de la personne âgée
- Frilosité expert psychiatre à reconnaître irresponsabilité pénale (liée à fermeture des lits en PSY et basculement vers hôpital de jour)

Psychiatrie

Présence psychiatre une demi-journée par semaine, deux neuropsychologues et un psychologue.

Pas d'accueil de patient pour motif psychiatrique ou incompatible avec la détention : uniquement prise en charge médicale comme diabète.

Pas de prise en charge d'un phénomène de glissement repéré en détention.

Relations surveillants- soignants

Secret pénitentiaire/secret médical :

- Certains médecins ne veulent pas connaître motif incarcération,
- Surveillants dévoilant souvent raison incarcération pour crime.

Choix des soignants parmi personnel expérimenté et ayant travaillé aux urgences ou en service difficile (besoin d'agent stable personnellement). Les constats de rapprochement soignant-détenu se solde généralement par une mutation du soignant.

Journée de prévention sur ce qu'il est possible de faire pour le détenu (pas appeler, pas accepter cadeau...).

Médecins ont clé des cellules mais un surveillant derrière la porte pour les patients dangereux (accompagnement PSY pour soignants).

Activités des détenus

Ergothérapie, kinésithérapie, séance de cuisine thérapeutique, art thérapie, bibliothèque, activité musicale, jardin thérapeutique : socialisation.

Certains détenus ne doivent pas se rencontrer lors des activités : nécessité bonne gestion du planning. Turn-over important lors des activités pour éviter compromission surveillant-détenu.

Sortie et visite

Sortie envisagée avec aide deux assistantes sociales : foyer, appartement thérapeutique, soins en psychiatrie.

Visite par la mère ou association Petit frère des pauvres.

Statut de visiteur de prison : moins de 75 ans, casier judiciaire OK, demande TGI, agrément. Soit détenu demande soit service constate détenu seule et sollicite visiteur de prison.

Codétenu aidant

Au départ pratique informelle, maintenant certains établissements statut officiel d'aidant matérialisé par le versement de l'APA(allocation personnalisée à l'autonomie).

Mais plusieurs risques :

- bénéfice secondaire avec cellule aménagée dans cadre surpopulation carcérale,
- avoir cantine de l'autre détenu,
- remise de peine supplémentaire.

Contrevient à principe de la suspension de peine : plutôt maintenir en prison avec aidant que lever écroû avec suspension de peine.

Exemple Pays Bas : plus de 65 ans ne vont pas en prison, convention d'extradition dès qu'il y a un condamné pour retour Pays Bas.

EHPAD pénitentiaire

Une telle initiative - si elle prenait une tournure concrète - mettrait en relief une contradiction avec le sens de la peine : si on ne comprend plus le sens de la peine on n'a plus sa place en prison; c'est la raison pour laquelle la folie ne donne plus lieu aux condamnations.

Etablissement	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de TOULOUSE
Professionnel rencontré	Un médecin, Praticien Hospitalier au CHU Toulouse
Discussion	<ul style="list-style-type: none">• Juge d'application des Peines : le JAP souhaite avoir des certitudes sur le <i>diagnostic vital</i> des prisonniers avant d'accepter un aménagement de peine. Cette certitude est difficile à démontrer, d'autant que les conclusions des expertises médicales diligentées par le magistrat peuvent être contradictoires. Si le prisonniers a une pathologie clairement identifiée (ex : cancer), le juge "comprendra" la proposition, si le problème est plus complexe (installation de troubles de démence sénile), il sera plus difficile de convaincre.• L'Administration Pénitentiaire (AP) : les relations sont étroites et souvent complexes. <u>2 logiques sont à articuler</u>: l'incarcération des détenus et la prise en compte des éléments de soins. Si le pilotage du dispositif UHSI relève du Ministère de la Justice et du Ministère de la Santé, les logiques carcérales s'imposent et complexifient le travail des professions médicales et paramédicales. Il est utile de se rapprocher au quotidien des dirigeants de l'AP, et de dialoguer afin d'assouplir dans certains cas les méthodes d'accompagnement des prisonniers lorsqu'ils sont également patients. Il en va ainsi lorsque des troubles de démence séniles apparaissent, et de l'altération de l'état général, l'enfermement étant alors particulièrement complexe à gérer.• <i>Créer une prison pour détenus âgés : l'AP n'y serait pas favorable</i> (nb : cette question n'a pas été abordée avec des responsables de l'AP, il s'agit donc de ressenti ou de déduction), les surveillants de prison sont formés pour surveiller la dangerosité des prisonniers, et non pas leur vulnérabilité. Il y aurait pour eux un risque de perte d'identité professionnelle si cette hypothèse était développée, les actes de soins et d'accompagnement n'étant pas le cœur de l'activité de ces professionnels.• Orientation en EHPAD en fin de peine: difficile de trouver des solutions. Les professionnels du SPIP ont des habitudes professionnelles, mais il n'y a pas de conventions ou de partenariat vraiment formalisés. Les prisonniers ne peuvent pas visiter les EHPAD avant d'y accéder, et donc les protocoles d'admission ne sont pas adaptés à des personnes incarcérées.• Volonté des personnes âgées incarcérées : ne souhaitent pas nécessairement sortir de prison. Elles sont souvent coupées de leurs familles (souvent du fait même des motifs de l'incarcération), ne reconnaissent plus "la société" de laquelle ils vivent coupés depuis des décennies. Sans ressources et sans attaches, leurs habitudes et leurs repères sont en milieu carcéral.• UHSI : qualité des soins est très bonne, mais pour améliorer les choses, il serait nécessaire de faire admettre certaines évolutions à l'AP. Il n'y aurait ainsi pas de nécessité de créer des prisons de personnes âgées, ni de faire sortir les prisonniers plus tôt pour les orienter dans des EHPAD spécialisées (faciliter le travail infirmier au sein des prisons, permettre l'intervention en cellule des personnels

	soignants, avoir des assistants sociaux , avoir la possibilité d'avoir d'avantage des portes ouvertes au sein des prisons pour un planning d'examens médical plus souple, adapter les conditions matérielles...)
--	--

Etablissement	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – interrogé au titre de ses fonctions auprès du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté (CGLPL).
Professionnel rencontré	Le Directeur des établissements et services médico-sociaux à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ex-secrétaire général auprès du CGLPL.
Discussion	<p><u>Méthode contrôle</u> Loi du 30 octobre 2007 créant autorité de contrôle indépendante. 1^{er} contrôle approfondi en visitant les lieux et interroger l'ensemble des personnels (seule limite est secret médical). Passer plusieurs jours en immersion pour se fondre dans le décor et se faire oublier des personnels. Circonscrit jugement à un constat et ne donne jamais un satisfecit général.</p> <p><u>Rapport médecine et service pénitentiaire</u> Médecins UCSA et UHSI difficultés dans gestion données médicales. Souvent l'administration pénitentiaire obtient des informations au-delà du nécessaire permettant le bon déroulement du service. CEL : mise en garde CGLPL vis-à-vis d'une utilisation anarchique. <ul style="list-style-type: none"> • soit tension forte entre services conduit à blocage, • soit trop forte connivence dans petite maison d'arrêt. UHSI / UHSA une bonne formule car conjugue protection pour détenu et exercice médical plus adapté (UHSI Rennes est la dernière créée).</p> <p><u>Codétenu aidant</u> Notre interlocuteur est réservé sur cette formule même si ce constat du volontariat en prison est une forme de dévouement positive. Celle-ci est utile mais il ne faut pas s'en tenir là : nécessité de faire intervenir des professionnels à savoir le SSIAD. SSIAD rémunéré à la dotation globale mais ce qui freine est le temps supplémentaire pour accéder aux détenus : il faut les convaincre. Problématique de l'accès aux professionnels libéraux rémunérés à l'acte.</p> <p><u>EHPAD prison</u> Unité spécialisée comme EHPAD n'est pas un modèle à rejeter. Analogie pertinente avec les unités sanitaires existantes. Nécessité de formaliser un accompagnement médico-social avec une équipe pluridisciplinaire interne.</p>

Etablissement	Hôpital Saint Thomas de Villeneuve – Bain de Bretagne - Direction des soins
Professionnel rencontré	Le Directeur des soins
Discussion	<p>1 – l'hôpital de Bain de Bretagne a accueilli des patients pour des soins palliatifs : les patients ont fait l'objet d'une levée d'écrou et sont décédés très rapidement après leur admission. Aucun aménagement particulier n'a accompagné les soins.</p> <p>2 – à la question de savoir si une offre résidentielle pourrait être proposées en EHPAD à des détenus : l'accueil de détenus poserait des difficultés qui semblent insurmontables à l'échelle d'un petit établissement (type EHPAD ou CH de proximité). Le principe est la liberté d'aller et venir des résidents. Le projet d'établissement et le règlement intérieur font référence à ce principe mais aussi au respect des patients et résidents (bientraitance) ce qui semble incompatible avec une démarche de privation de liberté</p>

	<p>par définition oppressive.</p> <p>3 – la différence de traitement entre les « résidents conventionnels » et les « résidents détenus » ne semble pas viable surtout à l'échelle d'un petit établissement. L'accueil de patient atteint de troubles Alzheimer pose d'ores et déjà des difficultés d'égalité de traitement (surveillance, aménagement de locaux, personnels supplémentaires) qui sont surmontés notamment par l'investissement des équipes motivées pour entourer ces patients. L'accueil de détenus est assez éloigné du cœur de métier « médico-social » dans sa composante « adaptation des structures » : compte tenu des contraintes, peu d'agents accepteraient de s'investir sans contrepartie (surveillance de nuit adaptée, risque de violence au moins verbale, etc. ...).</p> <p>A la lumière de ces éléments, le Directeur des soins ne pense pas que l'aménagement d'une zone carcérale en EHPAD soit viable en l'état, sans un investissement fort de « la Justice ». Cet investissement est à prendre au propre comme au figuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • paiement du tarif hébergement (puisque le détenu n'est plus hébergé en milieu carcéral conventionnel) • participation à l'aménagement des locaux EHPAD • participation au fonctionnement courant du service (masse salariale, formation par exemple) <p>Une des solutions serait d'envisager une "liberté conditionnelle sans retour en établissement pénitentiaire" : le détenu reste détenu mais il est libre dans les faits ... Cela pourrait être envisagé pour les GIR 1 et 2 qui ne permet pas aux résidents de quitter l'EHPAD sans aide. Par ailleurs, le CGLPL a inspecté des EHPAD, ce qui pose bien la tension entre liberté individuelle et résidence plus ou moins souhaitée et encadrée en EHPAD. Reste l'acceptabilité de la société à cet accueil de détenus en EHPAD compte tenu de la pénurie d'offre pour des personnes âgées « libres ».</p>
--	---

Etablissement	Agence régionale de santé Pays de la Loire
Professionnel rencontré	Un médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'efficience de l'offre/département de l'offre hospitalière Une inspectrice de l'action sanitaire et sociale (anciennement officier pénitentiaire)
<u>Moyens alloués</u> Discussion	<p><u>Rôle</u> Démarche descendante avec le ministère : application de la réglementation, des plans, guides. Missions de coordination et de « reporting ». Deux fois par an, l'ARS assiste à des réunions nationales avec les homologues de l'administration pénitentiaire. Les missions avec les établissements pénitentiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement, facilitation, mise en relation et structuration avec les UCSA. L'ARS permet aux différents acteurs d'établir un partenariat, d'éclaircir leurs missions. Elle favorise les échanges et le travail en équipe car il y a un grand nombre d'acteurs (ex : structure de dépistage, IREPS=instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) • Missions régaliennes : inspections, réponses à des plaintes ou des événements indésirables graves <p><u>Outils à disposition</u> Le guide méthodologique est bonne remise à plat pour savoir quel est le rôle de chacun. L'ARS a mis en place des groupes pilotes thématiques sur cinq thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éducation thérapeutique, • La télémédecine, • La rupture des parcours de soins après la sortie • La préparation et les liens avec le médico-social <p>Les participants à ce dernier groupe sont le cadre référent du CHU de Nantes, un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) et l'ARS. Le groupe vient d'être mis en place et travaille sur les besoins et les attentes des personnes âgées.</p>

Financement

L'ARS est favorable à la télémédecine car elle source de gain de temps et d'argent, que ce soit en milieu carcéral ou dans des structures extérieures. Cela permettrait aussi d'augmenter le nombre de consultations pour les détenus. Toutefois, cela doit être une démarche volontaire de la part des praticiens sinon cette méthode sera vite abandonnée malgré des bonnes installations. Tout dépendra aussi des spécialités de médecine.

Il existe trois outils de financement des unités de soins :

- La mission d'intérêt générale (MIG),
- La tarification des actes à l'activité (T2A) pour les activités ambulatoire,
- Le fond d'intervention régional (FIR) qui est négocié chaque année et qui est en augmentation d'années en années. Il y a une meilleure structuration de ce FIR, exemples d'utilisation : appels à projet, recherche et développement, groupes pilotes. Actuellement 100 000 euros sont alloués au le FIR à l'ARS Pays de la Loire.

Questions sur la T2A et le temps passé par les professionnels au sein de l'établissement pénitentiaire qui est plus long qu'à l'extérieur : selon l'ARS, il s'agit d'une question d'organisation qui doit être revue au sein de l'établissement. Les problèmes à relever sont surtout ceux liés aux conditions de travail et l'organisation architecturale au sein des USCA.

Propositions d'amélioration

Accueil d'anciens détenus en EHPAD

Il semble difficile de mettre en place un conventionnement avec l'EHPAD pour qu'il prenne en charge d'anciens détenus sachant que les directeurs ont le libre choix d'admission des résidents. L'ARS ne peut pas imposer ses choix à la commission d'admission.

De plus, les détenus sont souvent désincarcérés de façon urgente du fait de leur état de santé. L'ARS n'a donc pas connaissance des places disponibles en sachant qu'il existe déjà des listes d'attente pour les autres personnes âgées.

Enfin, tous les détenus ne relèvent pas d'une intégration en EHPAD du fait de leur niveau de dépendance. Les directeurs des établissements sont donc incités à refuser leur admission au même titre que les autres usagers. La moyenne d'âge en EHPAD est de 80 ans, alors que la population carcérale sortante est en moyenne plus jeune.

L'ARS est surtout favorable à l'accueil de détenus dans des structures de la cohésion sociale, notamment pour ceux qui serait en rupture familiale et sociale.

L'ARS a réfléchi à deux pistes d'amélioration pour l'accueil des détenus :

- Le développement à domicile et l'accompagnement par le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- L'utilisation de l'outil « trajectoire » qui est un système d'information géographique propre à chaque région. Il s'agit d'une plateforme d'échange permettant de localiser en temps réel (sauf en cas de dysfonctionnement) les structures selon le profil de personnes pouvant être accueillies et selon les places disponibles. Il s'agit d'un outil national mais qui n'est pas encore mis en place dans toutes les régions.

Création d'unité spécifique à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire

Deux avis :

- Favorable : création d'unité de type unité hospitalière de soins longue durée (UHSLD) au même titre que les UHSI et UHSA en inter-région avec une orientation des personnes entre 60 et 80 ans avant une orientation vers une structure médico-sociale. A Nantes, une réflexion est en cours sur la création d'unité spécifique aux personnes vieillissantes.
- Défavorable : structure complexe à mettre en place qui ne sera pas acceptée par

	<p>le personnel pénitentiaire. En effet, il a déjà suffisamment de difficultés au sein de l'établissement et le nombre de personnes incarcérées est en constante augmentation. Autre contrainte, il faudrait avoir à disposition du personnel formé au secteur médico-social.</p> <p>Concernant les personnes en fin de peine intégrant cette unité spécifique, le problème se pose pour la revendication de la liberté. Cela peut être fait si ces personnes ne trouvent pas de structure d'accueil mais il est important d'avoir une rupture avec l'administration pénitentiaire et la priorité doit être le retour au droit commun.</p>
--	--

Etablissement	Conseil Départemental du Val de marne
Professionnel rencontré	Le référent handicap et affaires sociales, Immeuble des Solidarités Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
Discussion	<p><u>La gestion des dossiers de demande d'APA</u> Aucune demande d'APA par des détenus n'a été formulée à ce jour auprès du Conseil Départemental. L'explication réside essentiellement dans la complexité d'évaluation du niveau de dépendance du détenu ainsi que dans fait du rayonnement circonscrit de la compétence territoriale, mais également dans le manque d'information de ce public concernant la possibilité de percevoir cette prestation. L'administration territoriale semble déléguer de fait la constitution des dossiers à l'administration pénitentiaire et se retirer du dispositif en tant qu'acteur plutôt passif. Une politique de sensibilisation des collectivités territoriales par la découverte du milieu carcéral serait à envisager. Elle participerait à un effet levier en allant vers la population détenue en perte d'autonomie, et ainsi à une déstigmatisation du détenu en faisant prévaloir la condition d'être humain détenteur de droits à celle de détenu.</p> <p><u>La compétence territoriale</u> Elle se caractérise par l'autonomie de gestion des collectivités. Aussi, chaque administration territoriale, notamment ici le Conseil Départemental, gère les demandes formulées par ses administrés. Les demandes d'allocations ou d'aide sociale doivent être formulées auprès du Conseil Départemental du domicile de secours : notion essentielle dans le cadre de la problématique de prise en charge. Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de 3 mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation. Dans le cas des personnes admises dans des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et des personnes incarcérées, le domicile de secours est le domicile qu'elles avaient avant leur entrée en établissement. Le séjour dans ces établissements est sans effet sur le domicile de secours. Une personne incarcérée devra ainsi formuler sa demande auprès du département dans lequel se trouve son domicile de secours et qui ne sera, de fait et dans la majeure partie des cas, pas celui dans lequel elle est en détention. L'inexistence de demandes d'APA dans le Val de Marne peut s'expliquer de façon rationnelle par le fait qu'aucun des détenus en perte d'autonomie n'ait son domicile de secours situé dans le département. <i>Article 30 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire</i> : La personne conserve le domicile de secours qu'elle avait avant son incarcération. La loi affirme que la personne ne perd pas son domicile de secours lorsque son changement de résidence résulte de circonstances excluant toute liberté de choix. Cependant si elle ne dispose pas d'un domicile de secours au moment de son incarcération ou ne peut en justifier, elle peut élire domicile auprès de l'établissement pénitentiaire pour bénéficier des prestations d'aide sociale. <i>Article L. 122-4 du CASF</i> : Lorsque le Conseil départemental estime que le demandeur</p>

a son domicile de secours dans un autre département, le président du conseil général (et lui seul) doit, dans le délai d'un mois après le dépôt de la demande, transmettre le dossier au président du Conseil Départemental du département concerné. Celui-ci doit, dans le mois qui suit, se prononcer sur sa compétence.

Les délais d'instruction des dossiers sont généralement de 3 mois, et dans ce cas encore allongés, ce qui ne répond pas à un besoin le plus souvent immédiat. De plus l'éloignement géographique des acteurs complexifie le processus, tant au niveau de l'évaluation que pour le suivi du dossier par le Conseiller d'Insertion et de Probation.

En ce sens, les assistants sociaux exerçant à la Maison d'arrêt de Fresnes ont récemment sollicité une rencontre avec la Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées du Conseil départemental du Val de Marne afin d'échanger sur la problématique de territorialité.

Etablissement	UHSI – CHU de Rennes
Professionnel rencontré	Un cadre de santé de l'unité. Le chef de service, médecin.
Discussion	<p>Unité ouverte en 2012. Permet de répondre aux demandes de soins aigus pour l'ensemble des détenus du Grand Ouest, notamment le Centre de détention de Caen qui s'est « spécialisé » dans l'accueil des AICS (donc des détenus potentiellement plus âgés).</p> <p>Infrastructure : située au troisième étage du centre des urgences de Pontchaillou, l'UHSI 19 chambres, des salles de soins, de consultation et de kiné. Les barreaux - à l'horizontale - aux fenêtres voilées de revêtement plastique, les portes « sécurisées », fermées à clef et verrouillées par les surveillants, et parloirs pour y rencontrer famille, avocats ou magistrats, soulignent sans ambiguïté la vocation pénitentiaire.</p> <p>Ressources humaines : 21 infirmiers et aides-soignants, un interne (bientôt 1 externe) et trois médecins hospitaliers, ainsi que 51 agents de l'administration pénitentiaire, tous volontaires. Excellente cohésion entre soignants et PH. L'administration pénitentiaire est finalement assez tolérante sur des procédures peu compatibles avec les soins => les conditions de détention sont « adaptées aux soins ». Cette adaptation s'opère en bonne intelligence dans l'intérêt du patient-détenu (exemple : contention au juste besoin et discrète pour se rendre en imagerie). L'UHSI peut bénéficier des compétences de l'équipe mobile de gériatrie du CHU. Les PH gériatres se déplacent volontiers au Centre de détention de Rennes-Vexin (le but est d'éviter les transferts de patients).</p> <p>Détention et détenus âgés : pour les détenus âgés, les soins d'abord somatiques évoluent lentement vers du SSR => DMS de 10,4 jours qui ne se justifie qu'au regard de la difficulté à rejoindre le contexte carcéral. Cela reste viable financièrement compte tenu des crédits MIG qui s'ajoute aux financements des séjours (T2A). Il n'y aura pas d'ouverture de spécialité SSR compte tenu de l'investissement en matériel et compétence (SSR pénitentiaire ouvert à Fresnes et Marseille).</p> <p>Le rôle du médecin est fondamental pour trouver des solutions d'aval => lien informel avec le JAP et le réseau EHPAD formalisé dans un second temps par le CPIP qui encadre le « retour à domicile » (éventuellement hors détention). Si l'état de santé n'est pas conciliable avec la détention, le détenu retournera en UCSA ce qui, aux yeux du JAP et des décideurs pénitentiaires, constitue une « bonne solution » => encadrement sécuritaire + suivi médical évitant la dégradation voire le suicide. Seule l'étape palliative constitue une vraie difficulté qui aboutit dans 99% des cas à une suspension de peine de la part du JAP => ne pas faire mourir en détention est une préoccupation. Faire faire du SSR à l'UCSA semble satisfaire les professionnels judicario-pénitentiaires. Représentation très négative du détenu dans le réseau des EHPAD : compte tenu de la relative pénurie de place, les détenus ne sont pas prioritaires (en Bretagne). Certaines UHSI veulent s'investir dans le développement de soins palliatifs ce qui n'est pas le cas de l'UHSI du CHU de Rennes.</p>

Rôle du codétenu : ce rôle peut être un appui appréciable en détention mais cela ne constitue qu'un appui, pas une compétence médico-sociale même si certains détenus peuvent développer des savoirs et savoir-faire (et bénéficier de l'APA, ce qui peut constituer un biais de dévouement). Il semblerait préférable (et c'est ce qui est fait à Rennes) de développer des conventions avec le Conseil général ou des associations d'aide à domicile dans un cadre spécifique (formation au milieu pénitentiaire, indemnisation du temps d'accès à la personne aidée par exemple). En toute hypothèse, il n'appartient pas aux UCSA d'endosser des responsabilités médico-sociales (toilette, ménage, change, etc.).

Questions éthiques : il existe une éthique du soin (égalité, professionnalisme, qualité du geste technique, bienveillance, les soignants n'ont pas à connaître les motifs de la peine) mais aussi une éthique carcérale (égalité entre détenus, équilibre sécurité vs privation de liberté, attitude de retenu envers le secret médical). En détention, de nombreux processus de travail échappent à la normalisation et donc à l'évaluation (conforme/non conforme ?). Une réflexion sur le sens de la peine rejoint les enjeux du traitement de la perte d'autonomie en milieu carcéral : la peine a-t-elle un sens lorsque l'on est condamné à l'âge de 75 ans ? Lorsque le détenu est grabataire et donc prisonnier de son propre corps ? Lorsque le détenu ne reconnaît plus ses proches au parloir ? Est-il acceptable de pouvoir bien vieillir en qualité de détenu à Marseille mais pas à Fresnes ? N'est-ce pas un confort administratif (et de responsabilité) de n'accorder des suspensions de peine que pour les soins palliatifs ?

Une réflexion approfondie sur le sens de la peine semble un préalable au choix d'une stratégie de parcours pour les détenus âgés et très âgés.

Etablissement	Tribunal de grande instance de Créteil
Professionnel rencontré	Juge d'application des peines notamment en charge de l'Etablissement public de santé national de Fresnes
Discussion	<p>La thématique du vieillissement en établissement pénitentiaire est complexe à appréhender pour les professionnels du domaine judiciaire et pénitentiaire. Il a fallu beaucoup de temps pour faire de l'état de santé une variable ayant une influence sur le parcours pénitentiaire des détenus. Il ne s'agit pas encore d'une réalité mais bien d'une prise de conscience d'une partie des professionnels car la réforme de 2009 est finalement assez récente.</p> <p>Les compétences des agents de l'administration pénitentiaire ont assez peu évoluées en ce qui concerne la maîtrise des spécificités de la personne dite « vulnérable ». La vulnérabilité des personnes âgées est envisagée selon le type d'infraction commise : la personne âgée est assimilée à un auteur d'infraction à caractère sexuel soumise à des brimades de la part de codétenus (dont elle doit être protégée).</p> <p>Les libérations conditionnelles ne sont accordées que si les nécessités de santé publique prennent une tournure très aigue et/ou si aucun risque d'ordre public n'est perçu. Généralement, la poursuite de l'incarcération est privilégiée d'autant que l'offre de soin en milieu carcéral s'est considérablement développée : il n'y a plus de risque de perte de chance du patient-détenu.</p> <p>La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) se place toutefois sur un plan beaucoup plus général qui change le paradigme des conditions de suspension et d'aménagement de peine. La CEDH estime que la peine doit être aménagée dès lors que la détention inflige au détenu une souffrance supérieure à ce qui est légitimement attendu de l'emprisonnement. Notamment, dès lors que la dignité de l'individu est bafouée, la détention ne doit plus être maintenue : cette notion de dignité s'applique aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie mais aussi aux personnes handicapées et aux personnes démentes incarcérées.</p>

La voie à explorer pour adapter les peines au vieillissement est extra-carcérale. Les condamnations interviennent parfois plus de 10 ans après l'infraction : les personnes âgées sont parfois condamnées à de très lourde peine sans risque de récidive ni objectif d'amendement mais plutôt pour des raisons d'ordre public. Une libération conditionnelle peut être envisagée dès les premières semaines de l'incarcération si le condamné à plus de 70 ans (sauf condamnation à une période de sûreté). Les textes permettent des aménagements qui sont finalement peu utilisés : les JAP, les avocats, les CIP sont peu sensibilisés aux questions posées par le vieillissement en prison ; même la jurisprudence de la CEDH n'est pas vraiment connue.

La vraie difficulté semble être de changer les mentalités, d'acculturer les différents milieux professionnels (sanitaire, social, judiciaire et pénitentiaire) et de s'approprier progressivement la philosophie de la peine conçue par la CEDH. Cette dernière ne semble se matérialiser que par des mots. Toutefois, lorsque l'on est un professionnel en position de statuer sur le maintien en détention, la dimension éthique prend une tournure très concrète et surtout donne des réponses qui s'imposent à tous. En cela, la « dignité de l'être humaine » (et donc du détenu âgé) défendu par la CEDH, doit constituer le fil rouge de l'adaptation des peines :

- ⇒ article 3 de la Charte européenne des droits de l'homme intitulé « Droit à l'intégrité de la personne » ; « Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale ».
- ⇒ article 4 : « Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Etablissement	Tribunal d'Application des Peines / Juge d'Application des Peines
Professionnel rencontré	Vice-Président du Tribunal d'Application des Peines
Discussion	<p>Magistrat référent pour le Centre de Détention de Muret, 620 places de détenus, 569 occupées à ce jour. 76 prisonniers ont plus de 60 ans (contre 46 en 2010), le doyen ayant 87 ans. 38 personnes sont condamnées à une peine de réclusion à perpétuité.</p> <p>L'évolution importante en 5 ans du nombre de détenus de plus de 60 ans est cependant à prendre avec prudence, car selon le magistrat elle est la conséquence de réformes législatives sur les prescriptions de peines pour les crimes et délits sexuels, entraînant un nombre important de nouvelles condamnations par la Cour d'assises de personnes du 3ème âge.</p> <p>Le magistrat ne voit pas systématiquement tous les détenus, mais principalement ceux qui font des demandes d'aménagement de peine, et ceux pour qui la loi oblige à faire le point sur leur incarcération. Certains détenus ne souhaitent pas avoir d'aménagements de peines, et préfèrent effectuer la totalité de leur détention pour ne plus avoir de comptes à rendre à la justice.</p> <p>Le magistrat ne voit pas d'intérêt à spécialiser des prisons « pour les vieux », et trouve préférable d'aménager l'existant, et fluidifier les relations entre les différents acteurs. Il lui semble important en outre de permettre aux personnes âgées détenues d'être en contact avec des plus jeunes.</p> <p>Lorsque le SPIP trouve une possibilité d'être admis en EHPAD, le juge accorde des autorisations de sortie, afin que les personnes âgées détenues puissent s'intégrer dans le processus d'admission de l'établissement (visites, rencontres, échanges,...)</p>

Le magistrat ne sent pas d'évolution de l'implication des différents acteurs institutionnels sur cette question du vieillissement de la population carcérale. En période de disette financière, reste au final l'Administration Pénitentiaire, qui doit gérer au quotidien la détention de ces personnes.

En cas de perte d'autonomie incompatible avec les conditions de détentions, ou de pronostic vital engagé certifié par un médecin, la situation du détenu est revue soit en audience de cabinet, en au tribunal d'application des peines selon les cas. Plusieurs sorties de prison sont à dénombrer chaque année.

Sur cette question, il semble nécessaire de sortir du ressenti, et d'avoir des données fiabilisées sur la question des conséquences du vieillissement de la population carcérale. Une étude de l'EHESP seule ne peut que déboucher sur un rendu incomplet, qu'il conviendrait de prolonger en associant à la question l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP).

Annexe 4 : Référentiel de compétences - Auxiliaire de vie sociale

Domaine de compétences 1 - Connaissance de la personne

- 1.1. Situer la personne aux différents stades de son développement
- 1.2. Situer la personne aidée dans son contexte social et culturel
- 1.3. Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et déficiences dans la vie quotidienne des personnes

Domaine de compétences 2 – Accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne

- 2.1. Assurer le confort, la sécurité et l'aide aux activités motrices et aux déplacements
- 2.2. Etablir une relation d'aide en stimulant l'autonomie des personnes
- 2.3. Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne
- 2.4. Contribuer à la satisfaction des besoins fondamentaux afin d'assurer une bonne hygiène de vie
- 2.5. Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal être et prendre les dispositions adaptées

Domaine de compétences 3 – Accompagnement dans la vie sociale et relationnelle

- 3.1. Avoir une communication adaptée à la personne
- 3.2. Favoriser et accompagner les relations familiales et sociales de la personne

Domaine de compétences 4 – Accompagnement et aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne

- 4.1. Réaliser des repas adaptés et attractifs
- 4.2. Réaliser des achats alimentaires et participer à l'élaboration des menus
- 4.3. Entretenir le linge et les vêtements
- 4.4. Entretenir le cadre de vie
- 4.5. Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives courantes

Domaine de compétences 5 – Participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé

- 5.1. Analyser les besoins et attentes de la personne dans tous les aspects de sa vie
- 5.2. Adopter des comportements qui respectent la personne et son lieu de vie
- 5.3. Contribuer à l'élaboration du projet d'individualisé
- 5.4. Organiser son intervention à partir du projet individualisé
- 5.5. Analyser et rendre compte de son intervention

Domaine de compétences 6 – Communication professionnelle et vie institutionnelle

6.1. Travailler en équipe pluri-professionnelle

6.2. Identifier les principaux dispositifs sociaux afin d'orienter la personne aidée vers les acteurs compétents

6.3. Positionner l'intervention à domicile dans le champ de l'action sociale et médico-

sociale 6.4. Participer à la vie de l'établissement ou du service

Annexe 5 : Outils d'évaluation de l'autonomie

Le Docteur Corinne Hudellet a répertorié plusieurs tests ou échelles validés au niveau international permettant d'évaluer l'autonomie :

- l'autonomie physique englobe le statut nutritionnel et le statut fonctionnel physique.
 - L'état nutritionnel est déterminé par l'indice de masse corporel (IMC), calculé par le rapport poids / (taille)², et par le mini nutritional assessment (M.N.A.). Si l'IMC < 21, il y a alors un signe de dénutrition. Le MNA est normal si >11/14, un résultat de 8 à 11/14 met en évidence un risque de malnutrition, et de dénutrition si < à 7/14.
 - L'état fonctionnel physique peut être évalué par le test unipodal de Tinetti consistant à faire mettre le patient sur un pied et lui demander de maintenir la position le plus longtemps possible. Ce test est anormal si < à 5 secondes. Le test Up and Go consiste à faire lever le patient, l'inviter à faire 4 pas puis un demi-tour avant de se rasseoir sur la chaise : le trajet doit être réalisé en moins de 15 secondes ; peut également être vérifié concomitamment si la vitesse de marche est bien supérieure ou égale à 1 mètre/seconde.
- l'autonomie psychique englobe un test de cognition et un test de l'humeur.
 - L'évaluation de la cognition est réalisée par le Mini Mental State Examination (M.M.S.E.) : si le score est < à 24/30, un avis spécialisé requis.
 - La Mini Geriatric Depression scale (Mini G.D.S.) est un test d'humeur permettant le dépistage de la dépression ; si le score est supérieur ou égal à 1/4, un avis de spécialiste en psychiatrie sera nécessaire.
- L'autonomie sociale et relationnelle s'entend pour les activités de la vie quotidienne, mais aussi l'acuité sensorielle, comme la vision ou l'audition ;
 - Pour l'acuité sensorielle, l'examen consiste à murmurer 3 lettres à 50 centimètres de l'oreille.
 - Pour ce qui est de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, l'échelle de Katz évalue 6 gestes élémentaires que sont l'hygiène corporelle, l'habillement, la locomotion, la continence, la faculté d'aller seul aux toilettes et la prise des repas : un score de 6/6 équivaut à une dépendance maximale.
 - L'échelle de Lawton utilisée pour évaluer le niveau de participation aux activités de gestion courantes permet d'évaluer la faculté à utiliser les moyens de transport et le téléphone, la capacité à gérer ses finances ou son traitement médical. Elle n'est pas pertinente pour une population incarcérée.

Thème n°8 animé par : Docteur Christine Barbier, Médecin inspecteur de santé publique, Coordination santé des personnes détenues, Bureau "Santé des populations", Direction générale de la santé.

VIEILLIR DERRIÈRE LES BARREAUX

BALOURD Meylanie - Elève Ingénieur d'Etudes Sanitaires

BLANC Hervé - Elève directeur d'hôpital

BOURBON Anne - Elève directeur des soins

BURNOUF Clémence - Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

CARLETTA Karine - Elève directeur des soins

COUNY Anne - Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

DEL CERRO Camille - Elève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

DELORME Lucie - Elève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

DUPOUY Emeline - Elève attachée d'administration hospitalière

LE BROUSTER Caroline - Elève attachée d'administration hospitalière

VIEILHOMME Gérald - Elève directeur d'hôpital

Résumé :

La problématique du vieillissement de la population s'applique également dans le milieu carcéral. La dégradation de l'état de santé des détenus âgés est accentuée par les conditions de détention et l'enfermement.

A partir de la littérature et des entretiens menés auprès de différents professionnels, des constats ont été dressés et des préconisations proposées.

Le vieillissement de la population carcérale ne concerne qu'une minorité de détenus mais constitue un enjeu de santé publique. Ces personnes âgées cumulent des difficultés sociales et de santé, l'évaluation de leurs besoins (accès aux soins, aux droits sociaux) reste encore insuffisante. Il est constaté une inégalité d'accès aux prestations sur le territoire liée à la difficulté d'instruire les dossiers et de trouver l'autorité compétente. De plus, bien que des aménagements de peine soient prévus, il semble qu'elles soient mises en œuvre de manière assez limitée compte tenu de freins liés au risque de récidive. Malgré tout, l'évolution législative de ces dernières années témoigne d'une volonté de proposer aux détenus âgés des prestations similaires à celles mises en place en milieu libre.

A l'issue de ces constats, plusieurs préconisations ont été formulées : l'aménagement des conditions de détention, le développement d'activités adaptées, la sensibilisation des professionnels, la création de lieux de vie spécifiques en intra et extra carcéral et l'inclusion des différents acteurs dans une démarche de démocratie pénitentiaire.

Ces préconisations peuvent être mises en œuvre sans mobiliser des moyens financiers trop importants. Elles impliquent toutefois une réflexion approfondie sur le sens de la peine : cette réflexion est un préalable à un plan d'actions visant à la prise en charge médico-sociale des détenus âgés.

Mots clés : Prison - Santé carcérale - Dignité - Vieillesse - Dépendance - Perte autonomie

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs