

Colloque Européen

Vieillir dans un lieu privatif de liberté

Seniors dans un lieu de contrainte

**Salez (Saxerriet) / Oberschan
Suisse**

4 – 7 Juin 2015

En collaboration

Avec la prison de Saxerriet,

Canton de St. Gall, Suisse

CH-9465 Salez SG



FORUM EUROPÉEN
de politique criminelle
appliquée

VIEILLIR ET MOURIR DERRIÈRE LES BARREAUX

*Une réflexion éthique à partir de témoignages
de détenus âgés malades et de professionnels exerçant en prison*

Aline Chassagne

Introduction

Pour les personnes détenues, l'horizon temporel est généralement la date de sortie de prison. Reprendre la vie d'avant, là où elle avait été interrompue et rattraper le temps perdu, tel est bien souvent leur espoir ou leur attente. Quand la personne détenue est vieillissante et gravement malade, cet objectif de sortie de prison semble parfois remis en question. La prison devient alors pour certains détenus leur dernier lieu de vie.

Cependant, le rythme de la vie carcérale, son architecture ont été pensés pour une population jeune, autonome et « enfermée » pour une durée temporaire. A l'intérieur de la prison, les missions de l'administration pénitentiaire visent à la fois la garde des personnes détenues et la préparation de leur future réinsertion sociale, notamment grâce au travail et aux activités proposés. Dans ce contexte, les « personnes âgées » et de surcroît lorsqu'elles sont en fin de vie peuvent difficilement accéder à ces activités et donc au rythme de la vie quotidienne proposé par la prison. De plus, le rôle des surveillants de prison perd ici une partie de son sens puisque pour ces personnes, la nécessité de surveillance est moindre par rapport au besoin de soin. Et l'organisation des services de santé sont également en décalage puisque leur travail s'inscrit principalement dans une double logique : de guérison et de « gestion des risques », pensée pour un public jeune et fragile (Marti, 2014).

Cette institution n'avait imaginé *à priori* ni le vieillissement ni la mort de la population qu'elle accueille. Ainsi, ces « impensés » interrogent les conditions d'existence auxquelles sont confrontées des personnes détenues vieillissantes et/ou en fin de vie. Par exemple, les possibilités de bénéficier d'une cellule aménagée semblent encore trop rares et les soins ne sont généralement pas assurés de manière continue en prison (absence de permanence de soins le week-end et la nuit). Parfois même certains détenus très malades ont des difficultés pour se rendre dans certains espaces de la prison (escaliers pour atteindre l'unité sanitaire, la cour de promenade) notamment dans de « vieilles » prisons où il n'y a pas d'ascenseurs. Au fil du temps, quelques établissements pénitentiaires sont devenus terre d'accueil pour ces détenus vieillissants. En effet, en France quelques prisons sont mieux dotées en cellules aménagées, en personnels paramédicaux (aides-soignants) et tentent d'adapter une partie de leur fonctionnement au regard des difficultés liées au vieillissement et à la perte d'autonomie. Mais cela peut poser un problème : celui de l'éloignement géographique

entre les détenus et leurs familles. En Suisse, il existe également des établissements qui ont conçu des cellules pour personnes âgées.

Ainsi, des médecins exerçant en prison, dénoncent un certain nombre de difficultés spécifiques auxquelles ils sont confrontés face à ce public vieillissant. Très récemment encore certains d'entre eux affirmaient l'impossibilité de soigner leurs patients avec la même qualité et continuité des soins qu'à l'extérieur de la prison, notamment dans la prise en charge de certains types de maladies, de handicaps et de dépendances en particulier pour les personnes détenues âgées (Dulioust, 2013). Selon eux, les dispositifs sanitaires mis en place en prison ne conduisent pas automatiquement à un accès des personnes détenues à un statut de patient (Bessin, Lechien, 2000]. Être détenu créerait une discrimination en raison notamment de la dichotomie entre les missions « de garde » de l'administration pénitentiaire et celles « du soin » qui « s'enracinent dans des assises culturelles fondamentalement différentes » (Moreau, 2010 ; Turner and al, 2011).

Être soigné, se soigner en prison pose des questions éthiques, en particulier lorsque la personne détenue est vieillissante et souffre d'une pathologie chronique évoluée qui engage son pronostic vital. Quand les personnes sont « diminuées » physiquement et qu'elles ne sont *à priori* plus en mesure d'être dangereuses vis-à-vis des membres de la société, il apparaît légitime de questionner le maintien de l'individu en prison. Sans oublier que la sortie de prison doit anticiper un ensemble de risques face auxquels le juge cherche des garanties. Mais la peine doit-elle continuer à être purgée quand l'espérance de vie est très limitée ? Autrement dit, jusqu'où doit aller le châtement ? Ces questions ont notamment animé le débat relatif à la remise en liberté de Maurice Papon en 2002 en France.

Dans ces situations, les difficultés à prodiguer les soins d'accompagnement nécessaires au malade invitent à questionner le sens de la peine : quelle est la place de la détention dans l'arsenal juridique dont dispose le juge d'application des peines ? Quel est l'objectif de la prison ? Cet objectif est-il applicable à des personnes âgées, gravement malades, voire en fin de vie ? (Zimmerman et *al.*, 2002. Neverloff Dubler, 1998, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé -CCNE-, 2006).

Face au vieillissement de la population carcérale, la loi pénitentiaire française de 2009 a prévu de faciliter l'aménagement des peines pour les personnes détenues de plus de 70 ans (art.729 du CPP). D'autre part, en France, lorsque la personne détenue a un pronostic vital engagé à court terme ou que les conditions de la vie en détention ne sont pas compatibles avec son état de santé, elle peut bénéficier d'une « suspension » de sa peine (loi du 4/03/2002). Cette mesure appuie l'idée de permettre au détenu mourant de vivre la fin de sa vie en dehors des murs. Cette perspective n'est pas privilégiée dans toutes les cultures. Au contraire, en Angleterre, même si il existe une mesure qui semble proche de celle de la suspension de peine appelée « compassionate release », un texte législatif (en 2013) incite

plutôt à maintenir en prison les personnes détenues quel que soit leur état de santé. D'ailleurs, plusieurs prisons ont aménagé par exemple des « cellules palliatives ». Ces cellules plus grandes que les cellules habituelles, peuvent accueillir des proches. Aux États-Unis, dans l'état de l'Indiana, une unité de soins palliatifs a été spécialement conçue pour les personnes détenues. Elle est gérée par d'autres détenus, volontaires qui ont été formés à l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Ainsi, selon les dispositifs juridiques et médicaux instaurés, le traitement de la vieillesse et de la fin de vie en prison est différent : soit un dispositif est déployé à l'intérieur des murs, soit des mesures de sortie de prison sont favorisées. Au-delà des fonctionnements des institutions, on peut se demander quel choix peut avoir une personne détenue vieillissante à la fin de sa vie ? Que souhaite-t-elle pour son propre avenir ? Et où imagine-t-elle finir sa vie ?

Après avoir exposé quelques éléments théoriques sur le vieillissement et la mort en prison (partie 1), nous verrons dans une seconde partie dans quelle mesure les conditions de vie en prison posent des difficultés pour accompagner au quotidien des personnes détenues âgées et en fin de vie (partie 2). Pour finir, nous évoquerons brièvement la question de la sortie de prison.

Pour développer cette seconde partie, nous appuierons notre propos sur les résultats d'une recherche, intitulée PARME qui a été menée de 2011 à 2014 dans les prisons françaises.

1. Vieillissement, mort et prison

1.1 Le vieillissement de la population carcérale

Le vieillissement est tributaire du milieu et des conditions de vie dans lesquelles les personnes vivent, il est donc très difficile de fixer un âge pour définir une « personne âgée », et encore plus peut-être pour définir une « personne détenue âgée ». D'autant plus que des recherches montrent que le processus physiologique du vieillissement pourrait être accéléré pour la population carcérale, notamment en raison de ses caractéristiques socio-économiques (population jeune, issue des classes populaires, souvent en rupture familiale, avec un niveau d'étude faible et des expériences professionnelles dans des emplois sous-qualifiés¹). D'après des études sur l'état de santé de la population carcérale aux États-Unis, les détenus auraient un âge physiologique de 10 ans supérieur à leur âge réel (Neverloff Dubler N., 1998 ; Hoffman H.C et Dickinson G.E, 2011). D'ailleurs plusieurs pays (Canada, France, Angleterre, États-Unis) considèrent en effet qu'une personne détenue est « âgée » à

1 Cassan F., Toulemont L., Kensey A., avril 2000, « L'histoire familiale des hommes détenus », INSEE PREMIERE, n°706.

partir de 50 ans, ce qui diffère de la norme relative à la personne âgée dans la population générale, qui d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est fixée à 60 ans. C'est d'ailleurs la catégorie d'âge retenue pour les détenus en Suisse pour définir une personne âgée : 60 ans et plus (Marti, 2014).

Dès 50 ans, les risques pathologiques augmentent et généralement les besoins de prévention et d'accès au soin également. Par exemple, le taux de cancer par âge en 2011 en France passe de moins de 1.5‰ avant 50 ans à 18‰ entre 50 et 64 ans révolus (25‰ pour les hommes) et est d'environ 20‰ après 75 ans (30‰ pour les hommes) (InVS et INSEE²). En France, on constate une augmentation du nombre de cas de cancer (+ 89%) et de la mortalité par cancer (+13%) entre 1980 et 2005 (Belot A., 2008). Cette augmentation des cancers, liée à l'essor démographique et au vieillissement concerne de nombreux pays européens.

La cour des comptes indiquait dans un rapport de 2010 que la population carcérale, bien que plus jeune que la population générale, suit une même évolution entraînant un vieillissement d'une population par ailleurs déjà fragile. En France, la catégorie des + de 50 ans en prison a été multiplié par 5.2 au cours des trois dernières décennies (par 7.4 pour les + de 60 ans). En 2008 en Suisse, les + de 50 ans représentaient 11.2 % de la population carcérale d'après une étude de Baumeister et Keller. En 2013, les personnes de + de 50 ans représentent aussi 11.2 % de la population carcérale française et 12% pour celle de l'Angleterre et du Pays de Galles (Briet, 2013 ; Turner, 2014).

Ainsi, les personnes incarcérées et âgées de plus de 50 ans cumulent une augmentation des risques dus à l'âge et à une accumulation de pratiques à risques au fil du temps qui, associés au manque de prévention les rend encore plus fragiles. Ces caractéristiques sanitaires et démographiques vont dans le sens d'une hausse de l'incidence et des décès liés aux cancers pour les personnes détenues au moins égale voire supérieure à celle de la population générale. Le vieillissement de la population carcérale suit l'évolution de la courbe démographique globale mais ce n'est pas la seule raison explicative de l'augmentation du nombre de séniors derrière les barreaux.

En effet, les lois successives allongeant les peines et limitant les conditions d'accès aux aménagements de peine pour les personnes en situation de récidive légale ont également contribué au vieillissement de la population carcérale française³. En Suisse aussi et comme dans la plupart des pays occidentaux, un « virage punitif » a conduit à une augmentation de la répression et à une pratique plus sévère à l'égard de la libération (Queloz and al, 2011). Ce

² Taux de mortalité par âge calculés à partir des incidences présentées par l'InVS et des pyramides des âges aux 1er janvier 2011 et 2012.

³ La proportion de personnes détenues de plus de 60 ans est passée de 2% au 1er janvier 1997 (Cour des comptes, 2010) à 3,6% au 1er janvier 2011 avec une stabilité depuis 2005 (OPALE 2011).

qui a provoqué l'emprisonnement de personnes qui sont amenées à vieillir en prison, notamment les délinquants sexuels (par exemple l'allongement de la durée de prescription dans le domaine des crimes sexuels, a conduit à une augmentation des emprisonnements pour des personnes déjà parfois âgées au début de leur incarcération).

Parallèlement au vieillissement des personnes détenues, on constate une augmentation du nombre de personnes détenues en perte d'autonomie (Cour des comptes, 2010). Toutefois, cela concerne, rappelons-le, une minorité de détenus par rapport à la population carcérale totale. Mais la question sanitaire et les questionnements éthiques se complexifient avec le vieillissement d'une partie de la population détenue. Puisque les personnes âgées détenues cumulent le risque de pathologies chroniques qui peuvent remettre en cause le pronostic vital et entraîner la mort. Ce qui fait naître un besoin croissant de soins et d'accompagnement au quotidien. Ainsi, les personnes vieillissantes atteintes d'une pathologie chronique évoluée peuvent relever à un moment donné de leur parcours en prison d'un accompagnement de fin de vie.

1.2 La mort en prison

En France, le taux de mortalité en prison fluctue depuis 2005 entre 3,5 et 4,1%. En 2011 il était de 3,5% avec 123 décès de « mort naturelle », 123 décès par suicide, et 3 homicides (Opale⁴). En 1997, une étude de Guillonnet et Kensey portant sur les causes de « *décès naturels* » dans les prisons françaises montre qu'ils sont principalement dus à des maladies cardio-vasculaire (34%), des maladies infectieuses et parasitaires (18%), et des tumeurs (15%). Il n'existe pas actuellement en France de données épidémiologiques nationales descriptives de ce type de pathologies pour la population carcérale. Une étude menée à l'UHSI de Lyon sur les cancers broncho pulmonaires a montré que chez les personnes détenues, ces cancers sont plus fréquents, d'évolution plus rapide, et à des stades plus avancés au moment du diagnostic que dans la population générale (Carbonnaux M. et al, 2012). En outre, des recherches épidémiologiques américaines⁵, comme celles de Lin et Mathew (2005, 2007), montrent que le nombre de diagnostics de cancer a augmenté dans les prisons du Texas entre 1980 et 1999⁶. Ils ajoutent que la prise en charge médicale dans

⁴ P-V Tournier, OPALE : Observatoire des Prisons et autres lieux privatifs de liberté. Les statistiques de l'OPALE sont effectuées à partir des données fournies par l'administration pénitentiaire.

⁵ La population carcérale américaine présente la particularité d'avoir connu une inflation semblable à celle de la population carcérale française : augmentation du nombre de personnes incarcérées et augmentation de la durée des peines.

⁶ De 1980 et 1999, le nombre d'individus dans les prisons du Texas a quintuplé, et le nombre de cancer diagnostiqués dans les prisons du Texas suit cette croissance. D'après une étude de Mathew, « Cancer in an incarcerated population », publiée en 2005.

un contexte d'enfermement réduirait l'accès à un dépistage précoce, à des thérapeutiques spécialisées ou encore à un traitement optimal de la douleur (Lin and al, 2007). Certes, le système de soins est différent entre les prisons françaises et les prisons américaines.

Cependant, il est à noter que quel que soit l'organisation mise en œuvre, la prise en charge des pathologies lourdes peut être rendue difficile du fait des contraintes de surveillance, et par la complexité de la trajectoire médicale. De fait les trajectoires de personnes détenues vieillissantes et en fin de vie bousculent les organisations des différents professionnels. D'ailleurs dans la recherche que je vais vous présenter les professionnels exerçant en prison que ce soit les professionnels du soin ou ceux de la surveillance expliquent leurs difficultés et font part de leur souffrance face à la gestion au quotidien des personnes détenues en perte d'autonomie. Bien souvent, ils sont favorables à une mesure d'aménagement de peine ou de suspension de peine.

C'est pour permettre le temps de la fin de la vie à l'extérieur de la prison pour les personnes détenues que la loi sur la suspension de peine pour raisons médicales a vu le jour en France. Depuis 2002, la suspension de peine pour raisons médicales a été accordée 650 fois pour 925 demandes (70 %)⁷. Les rapports disponibles actuellement ne donnent aucune indication précise et documentée sur les facteurs qui permettent d'obtenir une réponse favorable à cette demande, ou ceux qui ont été un obstacle pour les refus (30% des demandes). Le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) a indiqué que ce texte de loi semblait peu utilisé en raison de son application restrictive limitée aux personnes dont le pronostic vital était engagé à court terme. Que sont devenues les personnes dont la demande de suspension de peine pour raisons médicales a été refusée ? Ont-elles accédé à un autre aménagement de peine ou sont-elles mortes en prison ?

Notre recherche portait de ces interrogations.

2-Enquête en prison

Notre recherche intitulée PARME⁸ s'est déroulée sur tout le territoire français. Elle a concerné 180 prisons et 8 Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI).

Il faut préciser qu'en France, une réforme datant de 1994 a modifié le dispositif sanitaire en prison. Depuis cette date, les soins sont sous la responsabilité du ministère de la santé et les

⁷Bureau PMJ2, Direction de l'administration pénitentiaire, données transmises par les établissements pénitentiaires, rapport parlementaire, 2012.

⁸ Recherche PARME, sous la direction du Pr Régis Aubry, chef de service des soins palliatifs et de la gériatrie du CHRU de Besançon. Cette recherche a été financée par la Fondation de France.

équipes de soin sont salariées d'un hôpital et indépendantes de l'administration pénitentiaire.

En France, il existe trois niveaux d'accès au soin :

- dans les unités sanitaires en prison
- dans un hôpital de proximité (consultations et hospitalisations de moins de 48h)
- dans les unités hospitalières pour personnes détenues à l'hôpital (UHSI) pour des hospitalisations de plus de 48h (pour la prise en charge de maladies psychiques, il existe des UHSA)

Pour mener notre recherche, nous avons sollicité, par courrier et par téléphone, les médecins exerçants dans les unités de soin en prison (unités sanitaires), et ceux qui travaillent dans des unités dédiées aux personnes détenues situées dans des hôpitaux (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales). Une fois informés de l'étude, les médecins nous signalaient les personnes détenues en fin de vie qu'ils prenaient en charge. Il avait été décidé de retenir dans l'étude : « *Les patients atteints de maladie grave, chronique, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale dont les médecins estiment que le pronostic vital est engagé à moins d'un an* »⁹.

Quand une situation était recensée, nous nous déplaçons, ma collègue et moi, en prison ou en unité dédiée (UHSI) afin de réaliser des entretiens avec les détenus malades et les professionnels intervenant dans leurs parcours. Nous avons étudié quatorze situations de personnes détenues en fin de vie de manière approfondie en recueillant les points de vue des patients, des médecins, des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et des magistrats mais aussi de surveillants de prison et d'infirmiers. Cette approche qualitative compréhensive eue pour ambition de donner la parole aux acteurs de terrain et de donner à « voir » cette part d'ombre de notre société.

Nos objectifs étaient de comprendre :

- la prise en charge en prison et en UHSI de personnes détenues gravement malades.
- les facteurs qui favorisaient ou empêchaient la sortie de prison de personnes détenues en perte d'autonomie et gravement malades.

Nous ne souhaitons pas au départ cibler uniquement un public sénior puisque la maladie grave peut concerner évidemment tous les âges. Mais force est de constater que sur les 14 situations étudiées, 11 personnes détenues étaient âgées de plus de 50 ans (3 avaient entre 50 et 59 ans ; 5 d'entre elles : entre 60 et 69 ans et 3 autres : plus de 70 ans). Ainsi, notre ancrage empirique nous a permis d'observer les problèmes que posent des situations de

⁹ Définition des soins palliatifs proposée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) à laquelle nous avons ajouté un critère temporel « à moins d'un an ».

personnes détenues gravement malades mais aussi les problèmes liés à la vieillesse en milieu carcéral.

Nous avons pu rencontrer 6 détenus malades en prison et 7 autres en UHSI. Une dernière personne dont la peine avait été suspendue a été interviewée en unité de soins palliatifs. Nous traiterons en deux parties distinctes l'analyse de la situation des personnes détenues malades et vieillissantes en prison (partie 2.1) puis en UHSI (partie 2.2).

2.1 En établissement pénitentiaire

En prison, la vie est difficile. Les conditions de vie sont difficiles et inconfortables, en particulier pour des personnes gravement malades¹⁰. Celles que nous avons pu rencontrer, soulignent les difficultés qu'elles ont éprouvées pour s'alimenter (pour obtenir un régime alimentaire spécifique) ou encore l'impossibilité de se reposer car la prison est un lieu bruyant. De plus, les difficultés d'accès à certains types de traitements antalgiques ont été soulignées par les personnes détenues malades qui bien souvent ont dû attendre une hospitalisation pour que leur douleur cesse. Une détenue revenue de l'hôpital suite à une opération, m'a expliqué qu'elle dormait par terre sur deux matelas mousses dans une cellule. Alitée et douloureuse, elle a été aidée pendant plusieurs semaines par l'une des deux co-détenues avec laquelle elle partageait une cellule de 9m². Des métastases osseuses entraînaient de fortes douleurs, renforcées par l'état sommaire de la literie. Malgré une demande pour changer de matelas, il fut impossible d'en obtenir un autre ni même d'en acheter un par ses propres moyens. Aussi, certains équipements médicaux permettant d'assurer les soins quotidiens sont parfois obtenus difficilement en prison¹¹, comme des lits médicalisés, des fauteuils roulants ou un régime alimentaire spécifique à l'état de santé. Les médecins n'ont pas forcément d'impact sur ces éléments qui conditionnent toutefois le bien-être des détenus malades et vieillissants.

L'architecture carcérale, le rythme de la vie quotidienne (travail, promenade) et les conditions de vie de la prison ont été pensés pour une population jeune et relativement autonome. Ainsi, l'organisation du travail de surveillance mais aussi celle des soins semblent inadaptées à une population vieillissante, dépendante et malade. En prison, les personnes détenues en perte d'autonomie font souvent l'objet d'une surveillance spécifique de la part du personnel de surveillance, notamment par l'augmentation du nombre de rondes la nuit. Il

¹⁰ Les conditions d'existence semblent particulièrement difficiles en maison d'arrêt, en particulier parce que l'encellulement n'est pas individuel et la population est très hétérogène (ce qui est différent en centre de détention).

¹¹ Dans certains établissements pénitentiaires, certains appareillages sont tout simplement interdits par la direction, ce qui est en particulier le cas de l'oxygène. Dans d'autres, l'absence de cellule « handicapé » empêche la mise en place d'un lit médicalisé.

est à noter que les personnes détenues malades évoquent parfois l'impossibilité d'appeler la nuit (contrairement à l'UHSI), ce qui peut être source d'angoisse. Aussi, les professionnels de la santé mettent en place une surveillance médicale spécifique par rapport à cette population fragile :

« Les soins locaux c'est les changements de poche, s'inquiéter que ça ne s'infecte pas, s'inquiéter qu'il ne fasse pas d'escarre parce qu'il ne bouge pas beaucoup, enfin s'inquiéter pour toutes les pathologies inhérentes à quelqu'un qui ne bouge pas beaucoup. C'est une personne âgée Mr X, c'est quelqu'un qui est isolé, qui est enfermé entre quatre murs, parce qu'il ne sort pas en promenade, il ne peut pas se déplacer. » Médecin parlant de Louis, 68 ans.

Lorsque les personnes ont des difficultés à se déplacer ou ne peuvent pas se déplacer, le personnel de l'unité sanitaire consulte dans la cellule. Quand la perte d'autonomie est trop importante plusieurs ajustements de l'organisation sont possibles. Une entraide peut être mise en place par les autres personnes détenues (codétenu ou auxiliaire¹²), notamment pour les repas. Parfois, une convention signée entre la prison et une association permet d'organiser une aide pour les activités de la vie quotidienne (aide à la toilette) avec des auxiliaires de vie mais ce genre de convention se heurte aux difficultés inhérentes au milieu de l'enfermement (temps d'attente devant les portes pour accéder au patient) et ne sont pas systématiquement mises en oeuvre. Si le passage de ces auxiliaires de vie, et les horaires de journée du personnel paramédical ne permettent pas d'assurer une continuité dans les soins apportés à la personne détenue, elles sont toutefois bien perçues par les personnels de surveillance qui voient dans ce travail un partage « du sale boulot » [Bessin, Lechien, 2000] :

« L'odeur, ça repoussait les agents, c'était vraiment infecte ! Donc la contribution des auxiliaires de vie le matin et le soir, pour nous c'était énorme. Et même je trouvais ces auxiliaires de vie étaient vraiment, elles étaient courageuses. Toutes des femmes très, très courageuses. C'est un travail parfait et indispensable. Et après au niveau des repas c'était l'auxiliaire donc ça c'est un détenu qui distribue les repas, il mettait son repas dans le plateau et jusqu'à même le rapprocher dans son lit pour qu'il puisse, il mettait tout à proximité de façon que X.

¹²L'auxiliaire appelé communément « auxi » est un détenu qui travaille au service de l'administration pénitentiaire. Il est rémunéré et peut bénéficier de certains avantages (porte de la cellule ouverte en journée).

puisse les prendre quand y'en avait besoin quand il avait faim. » [Premier surveillant en centre de détention, parlant d'une personne impotente âgée de 80 ans qui ne peut pas prendre de douche]

D'autre part, les personnes détenues qui sont limitées dans leurs déplacements sont très isolées. Comme nous le comprenons à partir de cette situation ou de la précédente (Louis), certains détenus n'ont pas de possibilités de sortir de leur cellule et ne rencontrent que ceux qui viennent à eux. Certains sont d'autant plus isolés quand ils n'ont aucune visite. Ils sont « condamnés » à vieillir et mourir derrière les barreaux. Pour ceux qui ont maintenu un lien avec leur famille, la fin de la vie est un moment particulier qui suppose de favoriser les contacts avec les proches, ce qui semble particulièrement complexe en prison car ces derniers ne peuvent pas venir quand ils le souhaitent. Parfois des détenus qui ne peuvent pas se déplacer, ne parviennent pas à voir leur proche par défaut d'organisation. Pendant l'enquête, un surveillant m'explique qu'un détenu qui ne pouvait pas se déplacer pour se rendre au parloir n'a pas pu voir son proche qui était pourtant venu lui rendre visite (les surveillants présents ce jour n'ont pas autorisé le proche à venir jusqu'à la cellule). Là encore le corps soignant en prison n'a pas d'emprise sur ce lien avec la famille et ne rencontre pas les proches de la personne détenue.

Les limites de l'adaptation de l'organisation des professionnels face à des situations où les personnes sont en perte d'autonomie exposent leur difficulté à accompagner la personne détenue sur le chemin de la vieillesse et de la fin de la vie (perte d'autonomie, souffrance physique, souffrance existentielle). Pourtant, l'approche palliative ou l'accompagnement de la vieillesse nécessitent de déployer une autre organisation avec une temporalité et une spatialité différente et de maintenir voire de renforcer le lien avec les proches.

Dans notre enquête, nous avons constaté que les personnes les plus dépendantes (par exemple qui ne peuvent pas se déplacer) étaient souvent orientées dans les unités hospitalières (UHSI). Certains malades détenus y restent hospitalisés plusieurs mois.

2.2 En UHSI

Ces unités sont situées dans des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Plus de la moitié des personnes en fin de vie rencontrées dans le cadre de l'étude, étaient hospitalisées depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois dans ces services. D'après eux, ce lieu apporte le confort et les soins nécessaires. Toutefois, l'organisation du service est particulière, puisque les chambres des « patients-détenus » sont fermées à clef. Pour accéder à leurs patients, les soignants font appel aux surveillants qui ouvrent les portes des

chambres. D'après les professionnels de la santé, cette organisation parasite la relation de soin et ne permet pas toujours d'offrir l'intimité que requiert ce moment particulier. Aussi, les visites des proches sont difficiles à organiser car il faut obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire et le temps de visite est restreint (parfois les UHSI sont éloignées de la région où vit la famille du détenu). Ainsi, cette organisation complexe, liée notamment au travail de surveillance, paralyse en partie la mise en place d'un accompagnement palliatif. De plus, dans ces situations, les missions dévolues au travail de surveillance perdent une partie de leur sens quand les détenus malades sont physiquement affaiblis et ne représentent plus réellement de danger.

Toutefois des négociations sont possibles localement entre équipes soignantes et personnels de surveillance au sein des UHSI. Ainsi, pour le personnel soignant, il est possible de demander une porte « ouverte », c'est-à-dire que le médecin rédige un certificat médical pour demander que la porte ne soit pas « verrouillée » afin que le soignant puisse se rendre auprès du patient de façon autonome (sur des temps dans la journée). Pour l'entourage du patient, des autorisations exceptionnelles ont été possibles : des visites en chambre, apporter de la nourriture, veiller le mourant, ou encore rester en dehors des heures de « parloirs ». Si cela représente une ouverture du monde carcéral, soulignons que ces ajustements arrivent très tardivement et donc de façon très restreinte dans le processus de la mort, à savoir quelques jours avant, voire la veille, alors que l'accompagnement de la personne dans ce processus peut prendre plusieurs semaines, plusieurs mois.

Même si cet environnement hospitalier peut apporter un temps d'apaisement par la présence des soignants et peut rendre acceptable des états de santé particulièrement précaires avec l'incarcération, il pose la question du maintien de la personne dans un milieu carcéral. Si ces structures permettent aux personnes détenues vieillissantes, et gravement malades de bénéficier d'un confort matériel, elles peuvent parallèlement repousser la question de la sortie de prison et de la préparation d'un aménagement ou d'une suspension de peine. En d'autres termes, ces lieux permettraient de maintenir des personnes en prison en leur procurant les soins dont ils ont besoin. Mais la démarche palliative et l'accompagnement du grand âge nécessitent des soins particuliers. De plus, les UHSI sont des unités hospitalières prévues pour des courts séjours et n'ont pas pour vocation de se substituer à d'autres services hospitaliers (unités de soins palliatifs, longs séjours) ou à des structures médico-sociales plus adaptés (maison de retraite) aux problématiques liées au vieillissement et à la fin de la vie. Enfin, les liens avec la famille et leur présence dans ce cheminement face à la vieillesse, et face à la mort ne semblent pas satisfaisants que ce soit en prison ou à l'UHSI. De la même façon, les professionnels évoquent leurs difficultés face à ces situations, et les soignants ne cachent pas leur manque de formation en soins palliatifs.

Pour finir, les professionnels dans leur ensemble s'accordent à dire que les personnes détenues ne doivent pas mourir en prison et ne souhaitent pas mourir en prison¹³, « Ils veulent mourir en hommes libres » [CPIP, UHSI]. Les personnes détenues en fin de vie rencontrées lors des entretiens exprimaient pour la plupart cette idée puisque « mourir en prison c'est garder *ad vitam aeternam* une identité de prisonnier ». [GAUTHIER, 2010]

Cependant, certains détenus ne peuvent pas vivre leurs derniers instants dehors soit parce que l'état de santé s'est dégradé de manière brutale ; soit parce que leurs demandes d'aménagement de peine, ou/et de suspension de peine ont été refusées. D'autres expliquent qu'ils n'ont pas fait de demandes car ils n'ont pas d'ailleurs : « Ici je suis bien soigné, dehors je n'ai personne » et la prison est devenue pour certains « leur chez soi ». Certains types de crime entraînent des ruptures de liens avec la famille, les proches, comme l'explique un homme détenu : « Avec ce que j'ai fait, vous comprenez très bien que là les gens, autant quelqu'un il va faire une banque, il va tuer plusieurs personnes, il sera mieux accueilli que moi. Vous avez compris ? Maintenant c'est, c'est ça, c'est tout ! ».

Conclusion

La vieillesse et la fin de vie des personnes détenues perturbent les organisations du soin et de la surveillance, et viennent bousculer l'éthique professionnelle des acteurs. Dans notre recherche, ces derniers semblent pour la majorité s'accorder sur le fait que la prison ne soit pas le lieu idéal pour vieillir et mourir. C'est pourquoi, ils tentent de mettre en place un travail commun pour préparer la sortie de prison. Ce travail est loin d'être simple car chaque métier (médecin, juge, conseillers pénitentiaires et de probation) envisage la sortie en fonction de ces objectifs professionnels et ne tient pas réellement compte des prérogatives des autres. Mais cet objectif de sortie ne doit pas empêcher un questionnement éthique pluridisciplinaire sur l'impact de la sortie pour la personne et pour l'environnement dans lequel elle va être accueillie. De la même façon, quelqu'un qui ne peut pas accéder à la sortie pour des raisons pénales, temporelles ou personnelles doit être l'objet d'un questionnement collectif relatif à la prise en charge intra-muros. Or, il semblerait que ces questions ne puissent s'exprimer de manière commune dans une langue partagée par les différents acteurs. De fait, ces situations appellent une manière de penser autrement l'organisation de cet accompagnement en prison.

¹³ À l'UHSI, les personnes sont écrouées à un établissement pénitentiaire de référence.

Bibliographie

- Belot, A., Grosclaude, P., Bossard, N., Jouglu, E., Benhamou, E., Delafosse, P., ... & Velten, M. 2008, Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(3), 159-175.
- Bessin M., Lechien M-H., 2000, Soignants et malades incarcérés-Conditions, pratiques et usages des soins en prison, Centre d'étude des mouvements sociaux, EHES, Paris, novembre 2000, Ronéo, 427p.
- Brillet, E. 2013, Vieillesse (s) carcérale (s). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, (38), 1-6.
- Dulioust A., 2013, « **Malades en prison, La colère du médecin de Fresnes** », *Le Monde*, [en ligne] mis en ligne le 13 avril 2013. [www.lemonde.fr/.../article/.../malades-en-prison-la-colere-du-medecin-de-fresnes].
- Gauthier A, 2010, « Prison du corps, geôle de l'esprit, étude du vieillissement en milieu carcéral », Dossier : Prison et détention, Cahiers de la sécurité-n°12- avril-juin 2010.
- Moreau F., 2010, « La santé dans les prisons françaises » in *La prison, Pouvoirs*, 135, éditions du Seuil, Paris, pp.69-86.
- Byock I.R., 2002, « Dying well in corrections, why should we care? », *Journal of Correctional Health Care*.
- Carbonnaux M and al., 2012, "Prisoners have lung cancer 10 years younger than other and they have a poor prognosis" *Medical Oncology*.
- Cour des comptes, 2010, *Le service public pénitentiaire*, « Prévenir la récidive. Gérer la vie carcérale. ». Rapport public thématique.
- Darbeda P., mars-juin 1999, « Médecine et détenus », *Journal international de bioéthique*, n°1-2, pp. 35-45.
- Guillonneau M., Kensey A., 1997, La santé en prison : un enjeu de santé publique, La mortalité en prison hors suicide, revue française des affaires sociales, n°1 janvier-mars.
- Hoffman Heath C, et Dickinson George E. 2011. « Characteristic of prison hospice programs in the united states ». *American journal of hospice and palliative medicine* 28(4), pp. 245-252.
- Hostettler, U., Richter, M. & Queloz, N. (2012). *End-of-Life in Prison: Legal Context, Institutions and Actors*, NRP 67, Proposal, <http://p3.snf.ch/Project-139296> (28.11.2014).
- Lin J, Mathew P., 2007 (5 décembre), «Prison inmates and palliative care.», *JAMA*.;298(21):2481; authorreply 2481.
- Loeb S-J. and al., 2001, "End-of-life Care and Barriers for female Inmates", *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* ; 40(4) : 477-485, doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01260.x.
- Marti I., 2014, communication au colloque «End of Life in Prison»: Talking across Disciplines and Across Countries. International Workshop, Fribourg.

Mouquet M-C, 2005 (mars), «La santé des personnes entrées en prison en 2003», Études et résultats, n°386, DREES.

Neverloff dubler N., 1998, « The collision of confinement and care: end of life care in prison jails. », Journal of Law, Medicine and Ethics, n°26, American society of Law, Medicine and Ethics, pp. 149-156.

Queloz, N., Luginbühl, U., Senn A. & Magri, S. (eds.) (2011). *Pressions publiques sur les prisons: la sécurité à tout prix? – Druck der Öffentlichkeit auf die Gefängnisse: Sicherheit um jeden Preis?*, Bern: Stämpfli Verlag. 13

Tournier P-V., (sous la direction), 2012, *Dialectique carcérale, Quand la prison résiste au changement*, L'harmattan, Paris. - OPALÉ : <http://pierre-victortournier.blogspot.fr/p/opale.html>

Turner, M., Payne, S. & Barbarachild, Z. (2011). Care or custody? An evaluation of palliative care in prisons in North West England, *Palliative Medicine* 25(4), 370-377.