



## Santé mentale, vieillissement et soins palliatifs dans les prisons européennes

### Feuille de route européenne assortie de recommandations politiques

Développé par  
Fondation HOSPICE Casa Sperantei





## SANTÉ MENTALE, VIEILLISSEMENT ET SOINS PALLIATIFS DANS LES PRISONS EUROPÉENNES

### FEUILLE DE ROUTE EUROPÉENNE ASSORTIE DE RECOMMANDATIONS POLITIQUES

#### CONTEXTE INTERNATIONAL

Dans le monde, plus de 10,74 millions de personnes<sup>1</sup> sont actuellement détenues dans des établissements pénitentiaires et le taux mondial de population carcérale augmente (World Prison Brief, 12<sup>e</sup> édition)<sup>2</sup>. Les maladies mentales sont particulièrement répandues au sein de la population carcérale, dépassant de loin le taux de troubles mentaux dans la population générale (Fazel *et al.*, 2008). Les détenus constituent également un groupe vulnérable au suicide et à l'automutilation : le taux de suicide en prison est jusqu'à dix fois plus élevé que celui de la population générale. Un récent rapport de l'ONUDC indique que le suicide chez les détenus semble plus fréquent en Europe que dans d'autres régions, les taux de suicide chez les détenus représentant plus de 13 % des décès en prison. Bien que le traitement psychosocial et les soins de santé en prison se soient améliorés au cours des dernières décennies, les soins de santé mentale sont relégués au second plan, sauf pour les problèmes les plus graves. En fait, seule une faible proportion de tous les troubles mentaux prévalant dans la population carcérale est diagnostiquée.<sup>3</sup>

Ces problèmes de santé mentale sont exacerbés avec l'âge : plus de 20 % des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble mental ou neurologique (OMS, 2015). Comme la population mondiale vieillit rapidement, le nombre de personnes âgées dans les prisons et institutions

<sup>1</sup> Les principaux oubliés sont les personnes incarcérées par des autorités non reconnues à l'international et les personnes en détention provisoire, incarcérées dans les locaux de la police et qui ne sont donc pas incluses dans les chiffres de la population carcérale nationale. Le total est donc supérieur à 10,74 millions et devrait largement dépasser les 11 millions.

<sup>2</sup> CIPR (2018). Liste mondiale de la population carcérale, douzième édition. Institut de recherche en politique criminelle. Birbeck University of London. [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppi\\_12.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppi_12.pdf)

<sup>3</sup> Dans le cadre du projet MENACE, nous nous sommes concentrés non seulement sur les détenus considérés comme déficients mentaux et non responsables de leurs actes - et donc condamnés par le tribunal à purger leur peine dans une unité médico-légale psychiatrique spécialisée - mais surtout sur les détenus qui souffrent de maladie mentale et qui, considérés responsables de leurs actes, purgent leur peine dans des prisons normales avec la population carcérale générale et sans traitement spécifique.



pénitentiaires augmente également, à un taux exponentiel trois fois plus élevé que celui de la population carcérale générale.

Le vieillissement de la population carcérale pose des défis nouveaux et coûteux que le système correctionnel n'est pas prêt à relever comme il se doit. Premièrement, les conditions stressantes d'incarcération sont associées à un processus de vieillissement accéléré, l'état de santé des détenus étant généralement considéré comme équivalent à celui des personnes de 10 ans plus âgées dans la population générale (Maschi *et al.*, 2013). De plus, ces détenus ont des besoins particuliers en matière de santé mentale et de santé en général : par rapport à leurs homologues dans la collectivité, ils présentent une plus grande incidence aux maladies chroniques, à l'invalidité et aux problèmes de santé mentale (Fazel *et al.*, 2002).

Les soins palliatifs et le fait de mourir dans la dignité sont considérés comme des droits humains accordés à ceux qui ont besoin d'un traitement essentiel contre la douleur. Refuser l'accès à ces droits aux détenus présentant ces mêmes conditions médicales peut être considéré comme un acte de torture. Ce sujet est d'autant plus important que la population carcérale vieillit et que la libération par compassion (libération conditionnelle médicale) est souvent mal perçue et donc rarement accordée (cf. Burles, Peternelj-Taylor, & Holtlander, 2016 ; Linder & Meyers, 2009). Cependant, malgré les attitudes négatives à l'égard de la libération par compassion, il est reconnu « qu'il existe de nombreux obstacles à l'accès à une mort digne pour les personnes incarcérées » (Burles *et al.*, 2016, p. 105).

## INTRODUCTION

L'expérience de plusieurs pays d'Europe a attiré l'attention sur les problèmes qui se posent fréquemment en milieu carcéral. Il s'agit notamment de la difficulté à recruter du personnel professionnel et de l'insuffisance voire même de l'absence d'éducation et de formation continues. Il est aujourd'hui fortement recommandé que les services de santé des prisons travaillent en étroite collaboration avec les administrations sanitaires nationales et les ministères de la santé, afin que les prisons puissent fournir la même qualité de soins que les hôpitaux et les communautés locales.

La nécessité de changer et d'améliorer les pratiques peut être mieux acceptée, et les changements effectivement mis en place, si les personnes concernées ont les connaissances et



les attitudes appropriées, mais surtout si elles comprennent pourquoi leurs pratiques devraient être différentes.

La **feuille de route européenne assortie de recommandations politiques** a été élaborée par MenACE Partnership afin d'aider les pays qui cherchent à réformer pour répondre à ces besoins.

Tableau 1. Membres de MenACE Partnership

<i>Institution</i>	<i>Ville</i>	<i>Pays</i>
HOSPICE Casa Sperantei (HCS)	Brasov	Roumanie
Direcao-Geral de Reinsercão e Serviços Prisionais (DGRSP)	Lisbonne	Portugal
Administratia Nationala a Penitenciarelor (ANP)	Bucarest	Roumanie
De Federale Overheidsdienst Justitie - Le Service Public Fédéral Justice (FOD-SPF)	Bruxelles	Belgique
Organisation européenne des services pénitentiaires et correctionnels (EuroPris)	La Haye	Pays-Bas
Système pénitentiaire innovant (SPI)	Lisbonne	Portugal
Universidade Da Beira Interior (BSAFE LAB Law Enforcement Justice and Public Safety Lab)	Covilha	Portugal
Hôpital universitaire Helse Bergen Haukeland	Bergen	Norvège

Ce document commence par présenter des recommandations transversales en matière de santé mentale, de vieillissement et de soins palliatifs en prison, puis détaille des propositions spécifiques structurées en trois chapitres : Santé mentale et prévention du suicide, vieillissement et soins palliatifs, chacun d'eux comptant 3 sous-chapitres : recommandations concernant la formation du personnel, cadre juridique et services / ressources / infrastructures.

## RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, DE VIEILLISSEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

- Reconnaître cette nouvelle réalité et lui offrir une certaine visibilité dans les politiques pénitentiaires et de santé publique (ce qui n'est pas reconnu n'existe pas et ne peut être correctement pris en charge) ;
- Améliorer la qualité des soins de santé primaires dans les prisons à travers :



le développement conjoint de la collaboration entre les hôpitaux pénitentiaires et les hôpitaux locaux ou d'autres établissements externes de santé mentale ;  
l'élaboration et la mise en œuvre d'approches intégrées et adaptées pour l'orientation, l'évaluation, le diagnostic et le traitement précoces de détenus aux besoins spéciaux (instruments d'évaluation et programmes thérapeutiques) ;  
l'amélioration de la capacité à identifier et à gérer les besoins particuliers en milieu carcéral grâce à l'introduction d'instruments de dépistage et d'évaluation éprouvés scientifiquement ;  
le développement d'un système « unique » d'enregistrement de la santé mentale intégrant différents instruments (dépistage, évaluations), résultats diagnostiques et registres de traitement, etc.

- l'amélioration de la capacité du personnel pénitentiaire non médical à identifier les symptômes et à agir selon les procédures définies (orientation) ;  
la mise en œuvre de programmes de télémédecine impliquant des hôpitaux pénitentiaires, des hôpitaux locaux ou d'autres établissements extérieurs ; permettant l'échange de connaissances entre experts médicaux (de l'intérieur et de l'extérieur du système pénitentiaire) et assurant la limitation des déplacements des détenus (réduction des coûts et des risques accrus en matière de sécurité) ;  
l'orientation des détenus malades vers des établissements de soins de santé mentale locaux ou régionaux en capacité d'assurer un traitement après l'incarcération ou pendant les mesures de probation dans la communauté.

## I. SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE

### 1. Formation du personnel

- 1.1. Une formation et un soutien en matière de sensibilisation à la santé mentale sont nécessaires pour tout le personnel carcéral, en particulier pour les agents de quartiers, afin de les aider à identifier les détenus susceptibles de développer ou de connaître des problèmes de santé mentale et à répondre de manière adaptée aux besoins de ces détenus ;
- 1.2. Un programme d'études comportant des modules spécifiques devrait être élaboré pour chaque catégorie d'employés participant aux séances formatives, et la formation du

- personnel devrait être organisée différemment pour le personnel pénitentiaire de première ligne (p. ex. les gardiens de prison) et le personnel technique (p. ex., médical) ;
- 1.3. Une communication efficace mène à une meilleure surveillance dans n'importe quelle situation, surtout dans un établissement correctionnel. Il existe d'innombrables moments où la communication avec les détenus en s'adaptant à leur niveau, en changeant les schémas d'élocution, de ton et de langage corporel pour mieux refléter les comportements des détenus mènera à une meilleure compréhension du message. C'est pourquoi un module spécifique sur les questions de communication, sur la psychologie comportementale devrait être inclus ;
  - 1.4. Il faut des lignes directrices plus pratiques sur la façon de s'occuper de détenus atteints de maladie mentale, de les traiter et de gérer les risques pour leur sécurité et celle des autres (détenus ou employés) ;
  - 1.5. Le personnel travaillant avec des détenus souffrant de troubles sociopathes devrait bénéficier d'une formation, d'un soutien et d'une supervision appropriés, émanant de préférence de l'extérieur de l'unité. Ce dispositif aide les employés à faire face à la détresse émotionnelle et à prévenir l'épuisement professionnel ;
  - 1.6. Les agents correctionnels qui travaillent avec les détenus devraient recevoir une formation spécifique sur la façon de reconnaître, d'une part, les tentatives de suicide et, d'autre part, les « fausses tentatives » et la manipulation ;
  - 1.7. Les interventions par les pairs auprès des détenus offrent un moyen d'améliorer la santé et de réduire les facteurs de risques pour cette population, bien que les détenus aient besoin d'une formation spéciale sur le soutien par les pairs (et ses risques potentiels).

## 2. Cadre juridique

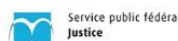
- 2.1. Tout d'abord, il est nécessaire de revoir le cadre législatif de chaque pays afin de vérifier sa conformité avec les règles et normes internationales. Celles-ci devraient se refléter dans la législation nationale réglementant les prisons et régir tous les aspects des politiques et règlements adoptés par un système pénitentiaire ;
- 2.2. Les détenus ont le droit d'être informés de ces politiques et règlements. Les politiques et les normes doivent être élaborées de manière à ne pas constituer une discrimination inacceptable entre les détenus. Elles doivent être appliquées de manière équitable ;
- 2.3. Les politiques et les stratégies à élaborer devraient également inclure des questions telles que la continuité des soins après la libération ;



- 2.4. Il est nécessaire de mettre en place un cadre juridique pour permettre aux familles et aux bénévoles de participer au processus de la réadaptation des détenus souffrant de troubles mentaux (plus précisément, accroître les visites familiales et rétablir les liens familiaux avec l'aide des assistants sociaux) ;
- 2.5. La mise en place d'un programme de prévention du suicide est une nécessité pour tout établissement pénitentiaire ;
- 2.6. Il est recommandé d'introduire une procédure ou un algorithme de contrôle type d'évaluation du risque de suicide et d'automutilation en prison. La dépendance aux drogues et/ou à l'alcool doit être prise en compte dans la procédure de contrôle à titre de facteur susceptible d'augmenter le risque de suicide ;
- 2.7. Des mesures alternatives de détention pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux devraient être mises en place.

### 3. Infrastructure / services / ressources

- 3.1. Des unités / sections spéciales devraient voir le jour pour les détenus souffrant de troubles mentaux, afin qu'ils puissent être séparés de la population carcérale générale ;
- 3.2. Les établissements de santé mentale devraient être complètement repensés et dotés d'un personnel adéquat ;
  - 3.2.1. Augmenter le nombre d'unités spécialisées dans la détention des personnes incarcérées mentalement malades ;
  - 3.2.2. Augmenter le nombre de spécialistes de la santé, et plus particulièrement garantir la présence d'un psychiatre par unité ;
  - 3.2.3. Mettre en place une cellule « nue » - cellule de protection contre l'automutilation (cellule spécialisée dans la protection des détenus contre l'automutilation) dans chaque prison ;
  - 3.2.4. Accroître le nombre d'aires de loisirs et de sports pour les détenus souffrant de troubles mentaux et augmenter le nombre de membres du personnel pénitentiaire chargés d'encadrer ces activités. Les patients atteints de maladies mentales auraient avantage à être inclus dans des centres ou des communautés thérapeutiques spécifiques plutôt que d'être isolés ou mis à l'écart dans des salles ou des unités d'isolement spéciales ;
- 3.3. La santé mentale des nouveaux détenus devrait faire l'objet d'un dépistage approfondi à l'aide des meilleures pratiques disponibles et des outils de dépistage adéquats ;



- 3.4. Chaque centre de soins de santé devrait disposer d'un(e) infirmier(ère) en chef ou d'un gestionnaire responsable des détenus âgés, et il faut que le personnel qui travaille avec ces détenus reçoive une formation sur la façon de reconnaître les signes de troubles mentaux ;
- 3.5. Les prisons qui accueillent un nombre important de détenus souffrant de troubles mentaux devraient envisager la possibilité de mettre en place des programmes dans le cadre desquels des détenus formés apporteraient un soutien sous surveillance, en complément de l'aide sociale.

## II. VIEILLISSEMENT

### 1. Formation du personnel

- 1.1. En ce qui concerne les détenus âgés, compte tenu des besoins particuliers de cette population qui couvrent les quatre dimensions (physique, psychologique, sociale et spirituelle), la formation du personnel (y compris les professionnels de la santé, le personnel de sécurité et les conseillers professionnels ainsi que les agents de libération conditionnelle sur le terrain) devrait aborder tous ces aspects des soins en mettant l'accent sur les changements associés au processus du vieillissement et moins sur les statistiques (par exemple, la formation en gériatrie et en psycho-gériatrie, etc.) ;
- 1.2. Afin de bâtir une communauté plus solide parmi les détenus, de les sensibiliser davantage et de favoriser une gestion plus efficace de la population carcérale, une formation sur le vieillissement et les mesures connexes devrait également être proposée aux détenus.

### 2. Cadre juridique

- 2.1. Tout d'abord, il est nécessaire de définir clairement, en termes juridiques, ce qu'est un « détenu âgé » ;
- 2.2. Il convient d'élaborer des stratégies spéciales pour les détenus âgés ;
- 2.3. Compte tenu de la diversité des questions à aborder en ce qui concerne la surveillance et les soins aux détenus âgés, les politiques et stratégies de prise en charge devraient inclure le recours à une équipe pluridisciplinaire de spécialistes des prisons ;
- 2.4. Une législation plus stricte permettant au personnel pénitentiaire de travailler avec des organisations de la société civile, ainsi qu'avec des services de santé et de protection





sociale, afin de couvrir tous les besoins des détenus âgés, tout en jetant les bases d'un continuum de soins au sein de la communauté après leur libération est nécessaire ;

- 2.5. La réinsertion peut être un processus extrêmement difficile pour tous les détenus et pour les détenus âgés en particulier parce que tous ne souhaitent pas être libérés. De nombreuses raisons sont à considérer : peut-être n'ont-ils pas de famille, ont-ils perdu contact avec leurs proches, ne veulent-ils pas être un fardeau pour leur entourage, ou se sentent-ils simplement chez eux en prison et y ont-ils un groupe de soutien social ? Il est important de tenir compte de toutes ces questions lorsqu'on discute de la réinsertion sociale des détenus âgés, et il est nécessaire d'élaborer un continuum exhaustif de protocoles et de mécanismes de soins avec les systèmes de santé mentale communautaires pour briser le cycle de la libération, de la récidive et de l'emprisonnement ;
- 2.6. Les politiques et les stratégies à mettre au point devraient également inclure des questions concernant :
  - 2.6.1. des peines alternatives (par exemple, recours à la surveillance électronique, placement dans une unité spéciale) ;
  - 2.6.2. des programmes spéciaux impliquant des détenus plus jeunes pour aider les détenus plus âgés ;
  - 2.6.3. un système de récompense pour les jeunes détenus qui choisissent d'aider les détenus plus âgés ;
  - 2.6.4. la recherche de fonds supplémentaires pour permettre au personnel pénitentiaire de participer à des ergothérapies ou à d'autres activités avec des détenus âgés ;
  - 2.6.5. des lois spéciales pour la protection des personnes âgées ;
  - 2.6.6. un cadre juridique pour établir des unités distinctes pour les détenus âgés ;
- 2.7. Il est recommandé d'examiner et de réviser les politiques de détermination de la peine pour les détenus âgés (p. ex. élaboration d'alternatives à l'incarcération).

### 3. Infrastructure / services / ressources

- 3.1. Un logement adapté est nécessaire pour les détenus âgés qui doivent faire face à des problèmes résultant d'une perte de mobilité ou de l'apparition d'une déficience mentale. Il convient de prêter attention aux différents problèmes, tant sociaux que médicaux, de ce groupe de détenus, notamment :



- 3.1.1. infrastructure adaptée aux personnes à mobilité réduite (améliorer l'accessibilité tout en préservant la sécurité) - augmenter le nombre de fauteuils roulants et l'espace dans les cellules pour les fauteuils roulants ;
- 3.1.2. pas de lits doubles ;
- 3.1.3. toilettes adaptées aux personnes à mobilité réduite ;
- 3.1.4. ascenseurs ;
- 3.1.5. alimentation adaptée à leurs besoins ;
- 3.1.6. salles de loisirs ;
- 3.1.7. bouton d'urgence.
- 3.2. Augmenter le nombre d'employés qui travaillent avec les détenus âgés et les spécialistes en gériatrie dans les hôpitaux pénitentiaires ;
- 3.3. élargir les horaires des médecins en prison ;
- 3.4. surveiller régulièrement les détenus âgés pour s'assurer qu'ils ne sont pas harcelés ;
- 3.5. certains détenus âgés auront besoin d'aide sociale au sein de la communauté. Ils devraient être systématiquement dirigés vers l'autorité locale d'accueil pour une évaluation des besoins en matière de services sociaux.

### III. SOINS PALLIATIFS

#### 1. Formation du personnel

- 1.1. Tout le personnel travaillant dans l'unité clinique d'une prison devrait bénéficier d'une formation sur le concept général des soins palliatifs, en ce compris :
  - 1.1.1. le concept de soins palliatifs (les principales caractéristiques de la prestation, y compris l'accent mis sur les soins palliatifs plutôt que sur les soins curatifs) ;
  - 1.1.2. la perspective médicale (approche d'équipe interdisciplinaire et méthodes spécifiques de prise en charge de la douleur) ;
  - 1.1.3. l'assistance psychologique, sociale et spirituelle pour les patients malades ;
  - 1.1.4. les techniques de soins aux patients ;
  - 1.1.5. la prise en charge de la famille ;
  - 1.1.6. la gestion du chagrin et du deuil ;
  - 1.1.7. les questions éthiques ;
- 1.2. Une discussion de groupe dans le programme de formation sur la mort et la fin de vie peut contribuer à une meilleure compréhension des préjugés personnels. La discussion de groupe permet au personnel pénitentiaire d'échanger avec d'autres personnes leurs



points de vue sur la mort et la fin de vie, et leur permet de faire le lien avec la mission de l'unité de soins palliatifs. Plus important encore, ils apprennent que leurs opinions ne devraient pas être imposées à ceux qu'ils essaient d'aider ;

- 1.3. Parce que les prisons ont une culture unique, les détenus eux-mêmes sont les plus qualifiés pour fournir des soins palliatifs aux autres détenus. Dans de nombreux cas, les détenus eux-mêmes représentent la seule famille qu'ont les détenus en fin de vie. C'est la raison pour laquelle il faut encourager tous les détenus à participer à une formation qui leur permettra d'acquérir les compétences nécessaires pour répondre aux besoins physiques, émotionnels et spirituels des détenus en fin de vie (soutien par les pairs).

## 2. Cadre juridique

- 2.1. Étant donné que la plupart des détenus qui souffrent d'une maladie chronique évolutive peuvent être mieux pris en charge au sein de la communauté, dans le cadre de sanctions et de mesures non privatives de liberté appropriées, l'âge des contrevenants, leur santé mentale et physique, les perspectives de recevoir des soins adéquats en prison devraient être pris en compte par les autorités de condamnation, afin que la peine ne soit ni excessive ni trop sévère ;
- 2.2. La législation sur la libération anticipée pour des raisons médicales devrait être revue en ce sens que les personnes à qui l'on a diagnostiqué une maladie chronique évolutive, et qui ont besoin de soins palliatifs, en particulier les personnes en phase terminale, soient libérées afin de bénéficier de soins palliatifs spécialisés ou d'un soutien familial spécifique ;
- 2.3. Une procédure de travail sur la conduite thérapeutique au moment du diagnostic pour toutes les unités pénitentiaires s'avérerait très utile, car les plans de soins en fin de vie et de soins palliatifs devraient être lancés à un stade approprié et idéalement précoce pour les détenus à qui l'on a diagnostiqué une maladie incurable. Ces plans devraient inclure tous les aspects des soins prodigués au patient, y compris le soulagement efficace de la douleur, le soutien psychologique et émotionnel, et, le cas échéant, l'implication de la famille du détenu ;
- 2.4. En ce qui concerne le bien-être du personnel, étant donné qu'il s'agit d'une « profession à haut risque », certains ajustements de l'âge légal de départ à la retraite / du droit à plus de congés sont nécessaires.



### 3. Infrastructure / services / ressources

- 3.1. L'équipe de soins palliatifs devrait comprendre un médecin, un(e) infirmier(ère), un(e) assistant(e) social(e), un(e) psychologue, un(e) thérapeute et un conseiller spirituel ;
- 3.2. Les prisons devraient veiller à ce que les détenus en phase terminale qui ont besoin de soins palliatifs intensifs soient traités dans un environnement approprié, en concertation avec le détenu. L'avantage de garder le détenu dans un lieu familial devrait être aussi important que d'assurer au détenu la qualité des soins de santé et la capacité du personnel à s'occuper correctement du détenu ;
- 3.3. S'il n'est pas possible de fournir des soins palliatifs aux détenus atteints d'une maladie chronique évolutive ou aux détenus en phase terminale, l'établissement pénitentiaire devrait chercher à développer des liens avec des centres de soins palliatifs locaux afin de permettre aux détenus de recevoir un traitement hors de la prison ;
- 3.4. Il est également nécessaire de créer un espace à l'intérieur de l'aile clinique de la prison pour promouvoir d'autres activités thérapeutiques et sociales / professionnelles (un « coin confortable », un environnement calme pour que les détenus puissent se changer les idées et se retrouver dans un environnement plus positif que l'espace maladie) ;
- 3.5. Les prisons devraient veiller à ce que les plans de soins en fin de vie et de soins palliatifs soient lancés à un stade approprié et idéalement précoce pour les détenus diagnostiqués en phase terminale. Ces plans devraient inclure tous les aspects des soins prodigués au patient, y compris le soulagement efficace de la douleur et le soutien psychologique et émotionnel, et, le cas échéant, l'implication de la famille du détenu ;

Les prisons devraient travailler avec la famille et la maintenir impliquée en nommant un agent de liaison avec la famille. Il est recommandé qu'un agent de liaison pénitentiaire avec la famille soit, dans la mesure du possible, nommé au moment du diagnostic (plutôt qu'après le décès du détenu) et qu'il constitue le principal contact de la famille pendant les derniers mois et jours du détenu.