

# RECHERCHES-ACTIONS

## en protection sociale

### L'ACCES DES PERSONNES DETENUES AUX ASSURANCES MALADIE ET RETRAITE : LES MARGES DE PROGRES POUR UNE MEILLEURE REINSERTION A LA SORTIE DE PRISON

Membres du groupe de travail

Aziz BOUAZZA

Nathalie GUESDON

Louis LOMBARD

Elodie MARTIN

Myriam MONNIER

Directeur de la recherche - action

Annick MOREL

Formation initiale



## REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier, tout d'abord, Annick Morel, directrice de notre projet de Recherches-Actions, pour son engagement, sa disponibilité et son soutien tout le long de notre projet. Son exigence, sa connaissance du sujet et des acteurs nous ont permis d'avancer sereinement avec une vision opérationnelle.

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des professionnels avec qui nous nous sommes entretenus, aussi bien au sein de l'administration pénitentiaire que dans les organismes de sécurité sociale. Nous les remercions à la fois pour la pertinence des échanges et le temps qu'ils nous ont consacré.

Enfin, nous souhaitons remercier Agnès Cardineau pour sa disponibilité, son aide et les éclairages qu'elle a pu nous apporter tout au long de notre travail.

Remerciements .....	1
Sommaire.....	2
Introduction .....	4
I. Les droits à l'assurance maladie et retraite à la sortie de détention, renforcés par le législateur, seront observés par une enquête de terrain .....	6
I. 1. Les droits sociaux des sortants de prison ont été considérablement renforcés par le législateur et mis en œuvre par des organisations en partie renouvelées .....	6
I. 1.1. Les droits sociaux généraux, affirmés par le législateur sont mis en œuvre par des services spécifiques de l'administration pénitentiaire : les SPIP .....	6
I. 1.2. Les droits à l'assurance maladie ont été renforcés .....	8
I. 2. Une enquête de terrain permet d'observer la mise en œuvre concrète des droits maladie et retraite auprès des détenus et des sortants de prison.....	11
I. 2.1. Les investigations ont eu lieu dans deux régions françaises auprès de quatre établissements pénitentiaires et des organismes de sécurité sociale concernés .....	11
I. 2.2. L'investigation menée repose sur des entretiens étayés par des questionnaires adaptés aux interlocuteurs .....	12
II. Le maintien et la restauration des droits sociaux des personnes détenues sont rendus complexes par des obstacles organisationnels, structurels et culturels .....	13
II.1. L'organisation de l'administration pénitentiaire est aujourd'hui complexe .....	13
II.1.1. La mobilisation des acteurs du monde pénitentiaire et de la justice est fragilisée par le manque de coordination et d'échanges .....	13
II.1.2. Malgré un rôle essentiel dans l'accompagnement social des détenus, les assistants de service social peinent à trouver leur place au sein de l'organisation pénitentiaire.....	14
II.2. L'assurance maladie s'organise pour mieux répondre aux besoins des détenus.....	16
II.2.1. L'assurance maladie propose une nouvelle organisation centralisée différemment perçue selon les territoires .....	16
II.2.2. L'administration pénitentiaire et le CNPE cherchent encore à améliorer leurs échanges .....	19
II.2.3 L'évaluation de la mise en œuvre des actions déjà engagées permettra des ajustements nécessaires au maintien des droits sociaux des détenus .....	20
II.3. L'assurance retraite se concentre sur la reconstitution des carrières .....	22
II.3.1. Les détenus rencontrent des problèmes récurrents en matière de démarches retraite.....	22

II.3.2. Les entretiens réalisés démontrent un intérêt limité de l'assurance retraite pour cette population.....	23
III. Les propositions concrètes qui découlent du diagnostic mené reposent sur deux axes majeurs : la mise en place d'actions ciblées et le rapprochement de deux administrations qui ne communiquent pas assez.....	24
III.1. L'organisation de l'administration pénitentiaire et des organismes de sécurité sociale peut encore progresser afin d'améliorer l'accès aux droits sociaux des détenus et des sortants de prison.....	24
III.1.1. L'administration pénitentiaire dispose d'une marge importante pour améliorer l'accès aux droits sociaux des détenus et sortants de prison.....	24
III.1.2 Les organismes de sécurité sociale doivent développer une offre adaptée à un public particulier pour mieux prendre en compte les problématiques d'accès aux droits	26
III.2. Assurer la continuité de la protection sociale des sortants de prison doit passer par un rapprochement entre les acteurs du milieu carcéral et les organismes de sécurité sociale	27
III.2.1. Les cultures et les langages utilisés doivent être mieux connus des différents acteurs.....	27
III.2.2. Des partenariats doivent être institutionnalisés entre l'administration pénitentiaire et les OSS.....	28
Conclusion.....	30
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées.....	31
Annexe 2 : Questionnaires.....	32
Annexe 3 : Critères d'affiliation au CNPE.....	42
Annexe 4 : Répartition géographique entre les deux CNPE.....	43
Annexe 5 : Flyer couverture maladie à destination des sortants de prison.....	44
Annexe 6 : Copies d'écran du masque de saisie GESPERE.....	45
Annexe 7 : Glossaire.....	47
Annexe 8 : Bibliographie.....	49

« *Quand la mission de réinsertion est défailante, la sortie de prison devient un facteur de vulnérabilité. Le fait de se retrouver dehors sans repère, sans formation, sans accompagnement médical et social est source d'exclusion, de désinsertion et de récidive* ». Le comité consultatif national d'éthique met ainsi en lumière, en 2006, l'importance de préparer la sortie de prison.

L'objectif de réinsertion assigné au milieu carcéral est affirmé par les textes. Dans les faits, cette mission est assurée par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP). La loi du 22 juin 1987 relative au service pénitentiaire dispose que « *le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire* ». L'article 2 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 stipule : « *le service public pénitentiaire (...) contribue à l'insertion ou à la réinsertion des personnes (...), à la prévention de la récidive et à la sécurité publique* ».

Au sein des SPIP, les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) travaillent avec les détenus sur le passage à l'acte, le sens de la peine, l'autonomie et la responsabilisation. Ils cherchent à limiter les effets désocialisants de la détention et à préparer la sortie de prison.

Cependant, l'augmentation considérable de la population carcérale depuis trente ans complique la mission de réinsertion. Au cours des quinze dernières années, le nombre de détenus a crû de 40%. En juin 2018, 70 408 personnes sont placées en détention, ce qui correspond à la population carcérale la plus élevée qu'ait connue le pays en temps de paix. Parmi les peines prononcées, 19 409 sont inférieures à un an, ce qui réduit le temps de préparation de la réinsertion.

La population carcérale est répartie dans les établissements pénitentiaires en fonction du statut des personnes et de la nature des peines entre maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales et centres/quartiers de semi-liberté. Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire, c'est-à-dire en attente de jugement, ainsi que les personnes condamnées dont la peine n'excède pas deux ans. Elles abritent la majorité des détenus (68,4%). Les centres de détention accueillent des personnes condamnées pour plus de deux ans et comprennent les maisons centrales dédiées aux peines longues et aux « personnes difficiles ». En outre, dans les centres ou quartiers de semi-liberté, accolés à des établissements pénitentiaires, les personnes détenues peuvent sortir de détention pendant certains créneaux horaires pour chercher du travail ou travailler.

Quel que soit le régime de détention, la loi prévoit l'élaboration d'un projet d'insertion afin d'anticiper les difficultés auxquelles pourrait être confronté le sortant de prison. Pour autant, la sortie de détention s'avère souvent délicate. Le rapport du ministère de la Justice, Prévention de la récidive et individualisation des peines, de juin 2014, affirme que 61% des sortants de prison sont réincarcérés dans les cinq ans et constate l'échec fréquent du processus de réinsertion.

L'enquête Patrimoine 1998, réalisée par l'Insee d'octobre 1997 à janvier 1998, dresse le portrait de la population carcérale : « les personnes incarcérées sont surtout des hommes

jeunes, peu éduqués, de milieu modeste, issus de l'immigration ». En mars 2018, près de 96,5% des personnes incarcérées sont des hommes. Parmi les détenus, 80% ont un niveau d'étude ne dépassant pas le CAP.

Didier Fassin, dans *L'ombre du monde, une anthropologie de la condition carcérale*, développe en 2015 l'idée d'une « sélection des délits ». Selon ce dernier, il existerait une tolérance différenciée à l'égard de certains délits : « Il n'y a pas d'égalité devant la prison et l'allocation des peines d'emprisonnement procède de logiques qui visent à rappeler à chacun sa place dans la société ». De ce fait, la prison « ciblerait les plus précaires, et notamment les minorités ethno raciales de milieu populaire ».

L'ensemble de ces éléments a conduit la Cour des comptes à dresser le constat des nombreux obstacles, qui, ajoutés à une période de détention courte et une sortie non préparée, empêchent une réinsertion réussie. Dans son rapport, *Le service public pénitentiaire : prévenir la récidive, gérer la vie carcérale*, de juillet 2010, elle énonce plusieurs facteurs responsables comme l'absence de ressources financières, les problèmes de logement, l'isolement social et les problèmes de santé physique et psychique : environ un tiers des détenus présente un trouble psychiatrique. Alors que les droits, notamment sociaux, des détenus ont été progressivement affirmés et constituent une condition et un moyen d'une réinsertion réussie, leur effectivité en détention et à la sortie semble encore limitée. Le processus de réinsertion implique une multitude d'acteurs, aux cultures et temporalités différentes : administrations pénitentiaire et judiciaire, collectivités territoriales et sécurité sociale sur laquelle cette étude se concentre.

Si l'article 83 de la loi du 9 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions dispose que « les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement ont droit pendant l'exécution de leur peine à une information sur leurs droits sociaux de nature à faciliter leur réinsertion », tant le passage en prison que la sortie présentent un risque de rupture de la couverture sociale. C'est ce point que le rapport détaillera en se concentrant sur les droits maladie et les droits retraite : la fréquence des problèmes de santé dont souffre la population carcérale et la complexité des dossiers de demande de retraite, dans le cadre d'une dématérialisation croissante des processus, expliquent ce choix.

Il s'agira ainsi de s'interroger sur les moyens et les conditions de réussite nécessaires à la continuité de la protection sociale à la sortie de prison.

Après étude du droit en vigueur, l'enquête de terrain réalisée permet l'observation concrète de la mise en œuvre des droits sociaux en matière d'assurance maladie et de retraite à la sortie de détention (I.). Elle met en relief la diversité des acteurs et de leur organisation, qui peuvent constituer des freins à la mise en œuvre effective des droits sociaux des sortants de prison (II.). A partir de cette observation, l'étude dégage des pistes d'amélioration afin d'assurer la continuité des droits sociaux à la sortie de prison (III.).

## I. LES DROITS A L'ASSURANCE MALADIE ET RETRAITE A LA SORTIE DE DETENTION, RENFORCES PAR LE LEGISLATEUR, SERONT OBSERVES PAR UNE ENQUETE DE TERRAIN

### **I. 1. Les droits sociaux des sortants de prison ont été considérablement renforcés par le législateur et mis en œuvre par des organisations en partie renouvelées**

#### **I. 1.1. Les droits sociaux généraux, affirmés par le législateur sont mis en œuvre par des services spécifiques de l'administration pénitentiaire : les SPIP**

##### *I.1.1.1. Les dernières décennies ont été marquées par des améliorations législatives et réglementaires*

Le renforcement des droits des personnes écrouées et des sortants de prison a été progressif. Les pouvoirs publics ont souhaité rendre effectif l'accès à la protection sociale afin d'en faire un levier de la réinsertion. L'accès aux prestations maladie et vieillesse, en particulier, participe à cet objectif. Les évolutions législatives et réglementaires ont visé à la fois les détenus, la réinsertion se préparant lors de l'incarcération, et les sortants de prison, pour éviter des ruptures de droits à la fin de la période de détention.

Plusieurs lois successives, à partir des années 1990, sont venues apporter des précisions quant aux droits sociaux des détenus.

Tout d'abord, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale dispose que les « personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population ». La privation de liberté constitue la peine qui est infligée au détenu : les droits sociaux dont ceux relatifs à la maladie n'ont pas vocation à leur être déniés. Dans ce cadre, la loi crée les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), appelées Unités Sanitaires depuis 2012. Ces dernières sont rattachées à un établissement hospitalier mais situées dans l'établissement pénitentiaire. Elles sont chargées d'assurer les soins courants et les consultations aux détenus au sein de la prison. Si cette loi affirme un égal accès à la santé des personnes écrouées, elle ne résout pas la problématique de l'accès aux droits.

Le législateur s'empare de ce sujet par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, dont l'article 83 dispose que « les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement ont droit pendant l'exécution de leur peine à une information sur leurs droits sociaux de nature à faciliter leur réinsertion ». Cette information concerne aussi bien les droits à l'assurance maladie que l'assurance retraite. Les personnes écrouées sont souvent éloignées des problématiques relatives à la protection sociale. Ainsi, assurer leur information est un pas supplémentaire vers l'accès aux droits auxquels elles peuvent prétendre.

Enfin, la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire s'inscrit dans la dynamique de la loi de 1994. Ce texte garantit d'abord aux prisonniers l'usage de certains droits (travail, formation, liens familiaux) dont l'exercice du droit de vote. Particulièrement, la loi de 2009 favorise l'obtention de prestations sociales, notamment les prestations retraite. En effet, elle met en place la domiciliation à l'établissement pénitentiaire pour les personnes écrouées, ce qui rend plus aisée l'obtention de papiers d'identité nécessaires à l'accès aux droits sociaux.

Les dispositions législatives sont mises en œuvre par des plans d'action opérationnels de l'Etat, notamment en matière de soins. Le plan d'actions stratégiques Santé-Justice 2010-2014

entend ainsi améliorer concrètement les modalités d'accès aux droits maladie mais aussi aux soins.

Le renforcement de l'accès aux droits sociaux, essentiel pour la réinsertion, passe aussi par l'instauration de services facilitant la transition entre le milieu carcéral et le milieu ouvert.

Le décret n°99-276 du 13 avril 1999 crée les SPIP, où agissent les CPIP. Les SPIP remplacent deux structures : d'une part les comités de probation et d'assistance aux libérés qui intervenaient en milieu ouvert et d'autre part les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires qui offraient un service en milieu fermé. Le but de cette réforme est d'assurer un meilleur suivi des personnes placées sous main de justice, qui, dans leur parcours pénal, peuvent être alternativement prises en charge en milieu ouvert et en milieu fermé. Par cette réforme, le gouvernement entend décloisonner les milieux et former des équipes unifiées, capable de mettre en œuvre des actions concertées au niveau départemental, et notamment un meilleur suivi de l'accès aux droits sociaux. Aujourd'hui, les SPIP sont mentionnés à l'article D-544 du code de procédure pénale qui dispose : « pendant les 6 mois suivant sa date de libération, toute personne peut bénéficier, à sa demande, de l'aide du service pénitentiaire d'insertion et de probation du lieu de sa résidence. Cette aide s'exerce en liaison et avec la participation, le cas échéant, des autres services de l'État, des collectivités territoriales et des tous les organismes publics ou privés ».

La création des SPIP est en accord avec les règles pénitentiaires européennes fixées par le conseil de l'Europe. Dans le cadre de recommandations aux Etats membres, en 2006, le comité des ministres affirme, par la règle 107.4 de la partie « Libération des détenus condamnés », que « les autorités pénitentiaires doivent travailler en étroite coopération avec les services sociaux et les organismes qui accompagnent et aident les détenus libérés à retrouver une place dans la société, en particulier en renouant avec la vie familiale et en trouvant un travail ».

#### *1.1.1.2. Les SPIP sont organisés pour assurer la mise en œuvre des droits*

Les SPIP sont des structures départementales. On en compte 103 en France, déclinés en près de 200 antennes auprès des juridictions et des établissements pénitentiaires. Les SPIP comprennent 4080 agents en 2012 mais leur taille est variable : une dizaine a moins de 10 agents, près de la moitié regroupe des équipes entre 10 et 30 agents, et seulement cinq d'entre eux regroupent plus de 90 agents. Ainsi, alors que le bon ratio de personnes suivies par agent se trouve autour de 60, le nombre de dossiers traités varie dans les faits selon les SPIP.

Ces services poursuivent plusieurs objectifs dont celui de faire coopérer des acteurs divers prenant part au processus de réinsertion. Tout d'abord, ils clarifient la répartition des responsabilités administratives et judiciaires dans l'organisation et le fonctionnement des services. Ensuite, ils permettent de s'adapter à l'évolution du travail social, notamment en étant un interlocuteur bien identifié auprès des partenaires qui œuvrent dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle. Enfin, ils confortent le juge d'application des peines (JAP) dans ses attributions judiciaires, notamment par un renforcement de son rôle d'intermédiaire entre les services pénitentiaires et les magistrats mandants, rôle qui lui permet de garantir une continuité entre le milieu fermé et le milieu ouvert.

Sous l'autorité des JAP, les SPIP mettent en œuvre des peines alternatives à l'incarcération et doivent favoriser la mise en place d'actions de réinsertion ou d'insertion. Leur mission principale est de prévenir la récidive à travers trois axes :

- ▼ évaluer, suivre et contrôler les personnes,
- ▼ aider la décision judiciaire dans un souci d'individualisation,
- ▼ insérer les personnes placées sous main de justice.

## **I.1.2. Les droits à l'assurance maladie ont été renforcés**

### *I. 1.2.1. Les droits maladie des détenus ont été progressivement alignés sur ceux des autres assurés*

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé. Elle rapproche les modalités d'accès aux droits maladie entre les personnes écrouées et les autres assurés. Plusieurs de ses dispositions, au-delà de la création des UCSA évoquée plus haut, démontrent la volonté de faciliter l'accès aux soins des détenus. Dès leur incarcération, les personnes détenues sont désormais affiliées au régime général de l'assurance maladie. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, servies par le régime général. Le ministère de la justice doit, en conséquence, verser les cotisations sociales de ces personnes à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).

Dans un deuxième temps, la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice s'est concentrée sur le suivi des personnes écrouées atteintes de troubles psychiatriques. En effet, la population carcérale se caractérise par une prévalence importante des pathologies mentales. Le législateur prévoit, dans l'article 48 de cette loi, d'importantes modifications au code de la santé publique, dans le but d'améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes détenues. Ces dispositions excluent la possibilité d'hospitalisation à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire. Les hospitalisations psychiatriques doivent désormais être réalisées en milieu hospitalier et principalement effectuées dans des unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir ce public (UHSA) : des unités hospitalières sécurisées inter régionales (UHSI) accueillent les personnes détenues qui nécessitent une hospitalisation somatique.

Dans un troisième temps, la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 apporte des évolutions importantes pour les droits maladie des personnes écrouées. D'un côté, elle facilite l'affiliation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour le nouveau détenu, en le domiciliaire à l'établissement pénitentiaire. Ainsi, un domicile fixe est assuré à chaque détenu. D'un autre côté, elle renforce l'accès aux soins par plusieurs mesures.

- ▼ Elle garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaires, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.
- ▼ Elle réaffirme le secret médical et prévoit à l'entrée en prison l'obligation d'une visite médicale mais aussi d'un bilan relatif aux produits stupéfiants, d'alcool et de tabac : une visite médicale est aussi de droit à la libération.

- ▼ Elle souligne la nécessité de prendre en compte l'état psychologique des personnes détenues tout au long de leur détention ainsi que des spécificités liées aux femmes et aux mineurs.

#### *1.1.2.2. L'assurance maladie a récemment mis en place une nouvelle organisation pour faciliter l'accès à l'assurance maladie*

La loi pénitentiaire de 2009 a rendu la domiciliation à l'établissement pénitentiaire obligatoire pour les personnes écrouées. Dès lors, les détenus étaient affiliés systématiquement à la CPAM de résidence de l'établissement pénitentiaire, dès leur incarcération. Cette mission était réalisée par les services des greffes de chaque établissement en liaison avec la CPAM de résidence. Toutefois, des lacunes pratiques existaient. En effet, l'immatriculation/affiliation des détenus était renseignée dans les délais très variables selon les départements. Certaines CPAM organisaient en effet des permanences auprès des établissements, d'autres non, les greffes étant en outre inégalement performants et organisés. Les délais prévus de 5 jours maximum pour l'affiliation étaient rarement tenus. La procédure était manuscrite et demandait une prise en charge individualisée des dossiers par le greffe puis une reprise par les services de la CPAM. Enfin, à chaque transfert d'établissement, le processus devait être reproduit avec la nouvelle CPAM.

Le Centre National de gestion de la Protection sociale des Personnes Ecrouées (CNPE) est créé par l'arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une CPAM autre que la caisse du lieu de résidence. Désormais, la gestion des personnes écrouées est centralisée dans deux CPAM : la CPAM de l'Oise, compétente pour les établissements situés au Nord de la France et la CPAM du Lot, pour ceux du Sud (cf. Annexe 4 : Répartition géographique entre les deux CNPE). Elles sont compétentes également pour le versement de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). L'affiliation est désormais saisie directement par les greffes des établissements pénitentiaires dans un masque informatique (GESPERE) mis à disposition par l'assurance maladie et partagé avec les deux caisses du CNPE. L'affiliation au CNPE cesse dès lors que la personne travaille en milieu ouvert quand bien même elle reste sous écrou en quartier ou centre de semi-liberté : c'est la CPAM de résidence de l'intéressé qui redevient compétente. (cf. Annexe 3 : Critères d'affiliation au CNPE)

#### *1.1.2.3. La mise en place du CNPE s'inscrit dans la période où ont été impulsées deux démarches à l'attention des publics les fragiles : le PLANIR et la PFIDASS*

Deux dispositifs de droit commun mis en place par le réseau de l'assurance maladie permettent aux personnes détenues à leur sortie de prison de bénéficier, comme les autres assurés, d'un parcours « attentionné ».

Le Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR), lancé en 2012, a pour objectif la détection et la gestion de difficultés auxquelles sont susceptibles d'être confrontés les assurés les plus vulnérables :

- ▼ le non-recours aux droits, aux services, aux soins,
- ▼ les incompréhensions devant la complexité des démarches et des informations médico-administratives,
- ▼ les ruptures générées par le fonctionnement du service public.

Cette action s'inscrit à la fois dans le contexte économique détérioré du début des années 2010 à la suite de la crise économique et de la COG 2010-2013, dans laquelle l'assurance maladie s'engageait à « garantir à tous l'accès à des soins de qualité, et à réduire les inégalités de santé ». Elle vise particulièrement à faciliter l'accès à la CMU-C et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS).<sup>1</sup>

Généralisé en 2014, le PLANIR est aujourd'hui mis en œuvre par les CPAM de chaque département, en lien avec le service social de la CARSAT compétente et l'échelon départemental du service médical. Concrètement, le PLANIR repose sur un diagnostic de la situation socio-économique du département et se traduit par la mise en place d'un plan d'actions visant à repérer le public cible et à gérer les problèmes rencontrés. C'est dans ce cadre que la CPAM du Maine-et-Loire a défini les personnes sortantes de prison comme une population vulnérable et s'est portée volontaire comme pilote du groupe de travail « PLANIR détenus » afin de définir un processus commun à toutes les CPAM.

La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) a, en outre généralisé pour toutes les caisses d'assurance maladie la démarche d'accompagnement aux soins des publics les plus fragiles, dont font partie les détenus. Elle offre un « accompagnement sur mesure » à l'ensemble des personnes identifiées qui renoncent à se soigner pour des raisons financières ou par manque d'information et de guidance.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indique que le renoncement aux soins est devenu un défi qui concerne la collectivité dans son ensemble, la sécurité sociale mais aussi l'ensemble des institutions. Il est, selon elle, « source d'inégalités et de dépenses supplémentaires à moyen et long termes ». Le réseau maladie veut désormais être proactif en la matière en sortant de son rôle habituel de guichet qui délivre des droits ou des prestations. La PFIDASS ne se substitue pas aux interlocuteurs existants, mais elle orchestre leur coordination avec l'assuré. D'autant plus que certains assurés sont autonomes et souhaitent être orientés, tandis que d'autres ont besoin d'un accompagnement particulier.

Lancé sous forme d'expérimentation depuis novembre 2014, le dispositif a été généralisé à l'ensemble du territoire à travers trois vagues successives du 1er avril 2017 à la mi-2018, au plus près des assurés. Pour fonctionner, la PFIDASS doit s'appuyer sur un réseau de détecteurs efficaces et étayés, comme les agents d'accueil au guichet des Organismes de Sécurité Sociale (OSS). Les détecteurs sont également externes comme les professionnels de santé, les services sociaux, les services d'insertion professionnelle, les associations, etc.

Lorsqu'une difficulté d'accès aux soins est repérée, la réponse de l'assurance maladie consiste en un bilan exhaustif des droits aux prestations, une orientation dans le système de soins et un accompagnement au montage financier.

La CNAM compte sur une coopération étroite avec les autres acteurs du tissu local : professionnels de santé, collectivités territoriales, hôpitaux, associations et organismes complémentaires, etc.

---

<sup>1</sup> *Regards*, 2014/2 (N°46), EN3S, p.254

## **I. 2. Une enquête de terrain permet d'observer la mise en œuvre concrète des droits maladie et retraite auprès des détenus et des sortants de prison**

### **I. 2.1. Les investigations ont eu lieu dans deux régions françaises auprès de quatre établissements pénitentiaires et des organismes de sécurité sociale concernés**

Il est apparu nécessaire d'appréhender dans sa complexité l'univers carcéral et les différents enjeux qui s'y nouent en termes de protection sociale. Il s'est agi aussi de s'imprégner d'une part des points de vue des différents interlocuteurs et d'autre part de leurs pratiques concrètes avant de pouvoir énoncer des propositions au terme de notre parcours de recherche.

C'est pourquoi il a été choisi de mener une enquête de terrain, dans deux régions françaises (Nord - Pas de Calais - Picardie ; Auvergne - Rhône Alpes), auprès de quatre établissements pénitentiaires, représentatifs des différentes prisons, « spécialisées » selon la nature des peines des personnes qui y sont retenues : centre de longue peine de Bapaume ; centre de semi-liberté de Lyon ; centre de détention de Roanne ; maison d'arrêt de la Talaudière.

Plus précisément, ont été rencontrés (cf. Annexe 1 : liste des personnes rencontrées) : un directeur de centre pénitentiaire, trois responsables de SPIP, des référents sociaux des secteurs Grand-Nord (Lille) et Centre-Est (Lyon) au sein des DISP, et les greffes des établissements concernés.

Concernant le secteur sanitaire, des entretiens ont été menés avec des assistant(e)s social(e)s et/ou cadre de santé au sein d'unités sanitaires : une responsable du service social du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille ; une assistante sociale et un cadre de santé du centre hospitalier de Roanne ; une cadre de santé du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne.

En ce qui concerne les organismes de protection sociale, ont été interrogées les caisses nationales de sécurité sociale (CNAM, CNAV), les CPAM du Lot et de l'Oise en charge du CNPE pour l'assurance maladie, la CPAM du Maine-et-Loire responsable du groupe de travail relatif au PLANIR, enfin les CARSAT du Nord-Picardie et Auvergne-Rhône Alpes dont dépendent les centres pénitentiaires enquêtés.

Les recherches ont permis :

- ▼ d'observer sur deux territoires, les modalités d'organisation de l'accès aux droits pour des populations détenues qui connaissent une diversité de statut pénal : maison d'arrêt, centre détention, centres de semi-liberté (CSL) ;
- ▼ de mettre en lumière les différences ou les convergences des pratiques, les difficultés communes ou spécifiques, les marges de manœuvre et les bonnes pratiques ;
- ▼ de tirer des éléments de réflexion plus généraux et de formuler des propositions susceptibles d'être appliquées.

### **I.2.2. L'investigation menée repose sur des entretiens étayés par des questionnaires adaptés aux interlocuteurs**

Afin de cerner les besoins des détenus en matière de protection sociale et la réalité des pratiques, les entretiens ont été réalisés sur la base d'une trame commune (cf. Annexe 2 : questionnaires), adaptée à la nature des interlocuteurs.

Divers outils ont été utilisés pour mener à bien les entretiens et compléter le travail d'investigation : entretiens téléphoniques, contributions écrites, recherches académiques.

## II. LE MAINTIEN ET LA RESTAURATION DES DROITS SOCIAUX DES PERSONNES DETENUES SONT RENDUS COMPLEXES PAR DES OBSTACLES ORGANISATIONNELS, STRUCTURELS ET CULTURELS

### II.1. L'organisation de l'administration pénitentiaire est aujourd'hui complexe

#### II.1.1. La mobilisation des acteurs du monde pénitentiaire et de la justice est fragilisée par le manque de coordination et d'échanges

De nombreux acteurs interviennent autour des dossiers individuels des détenus, dont les missions distinctes nécessitent une coopération importante. Parmi eux, trois sont majeurs : les CPIP au sein des SPIP, le greffe judiciaire et le juge d'application des peines.

En matière de droits sociaux, les CPIP gèrent les demandes de CMU-C, en liaison avec les assistants de service social (ASS) lorsqu'ils existent (cf. infra) mais aussi les droits à retraite.

Le greffe judiciaire intervient quant à lui sur un autre aspect de la détention. Son rôle est décrit par le greffe judiciaire du centre de détention de Bapaume comme veillant "à la régularité de l'incarcération et de la détention de la population pénale. Il enregistre et contrôle tous les mouvements d'entrée et de sortie, gère la situation pénale et administrative des détenus." En matière de droits sociaux, le greffe a en charge la transmission à l'assurance maladie (au CNPE plus précisément) des demandes d'immatriculation/affiliation pour les personnes détenues arrivant dans l'établissement. Il signale également les modifications (transferts sur d'autres établissements) ou les sorties définitives (libération, aménagement de peine, décès). Il est aussi l'interface avec le CNPE pour l'affiliation à la CMU-C et à l'ACS.

Selon le directeur du centre de détention de Roanne, l'activité du SPIP dépend de celle du greffe. C'est le greffe qui a connaissance de la date de libération, à partir de laquelle travaille le SPIP. A Roanne, une commission est organisée afin d'étudier la situation des personnes sortant de détention dans les deux mois à venir. Cette commission regroupe l'assistant social (désormais un CPIP depuis le départ de l'ASS), le responsable du SPIP et la direction de l'établissement pénitentiaire. Dans d'autres établissements, un processus de « labélisation » des droits sociaux à la sortie de prison permet de vérifier que les personnes sortantes sont « munies » de l'ensemble de leurs droits.

La nécessaire coordination entre ces deux acteurs d'une part, mais aussi entre ces intervenants et le juge d'application des peines d'autre part, apparaît parfois déficiente. Les sorties peuvent en effet être prononcées sans que les CPIP n'en aient été informés. Cette situation peut se produire parfois lorsqu'après une détention provisoire, le juge décide d'une libération. En cas de détention en quartier de semi-liberté, la problématique se pose pour les détenus ayant une activité professionnelle. Il est important que le greffe ait l'information pour mettre à jour le dossier du détenu auprès du CNPE. Ceci implique que le détenu ait informé son CPIP qui, par la suite, fait remonter l'information au greffe. Chaque changement dans la situation professionnelle (perte de l'emploi, changement d'employeur...) peut amener des anomalies administratives ponctuelles. De même, les CPIP ne sont pas toujours informés, en quartier de semi-liberté notamment, de l'autorisation de sortie de détention pour cause de travail en milieu ouvert. De fait, le greffe, « maître » de l'affiliation au CNPE, n'est pas non plus informé de ce travail et ne transfère pas l'affiliation à la CPAM de résidence.

## **II.1.2. Malgré un rôle essentiel dans l'accompagnement social des détenus, les assistants de service social peinent à trouver leur place au sein de l'organisation pénitentiaire**

### *II.1.2.1. L'administration pénitentiaire a eu recours à des assistants de service social (ASS) pour concrétiser la mise en place des droits sociaux*

Dans son mémoire, Les nouvelles assistantes sociales des SPIP : une place à créer, de juin 2015, Véronique Doumeng<sup>2</sup> rappelle que, depuis la création des SPIP en 1999, les missions confiées n'ont cessé d'évoluer du fait des réformes pénales successives. En août 2013, la Direction Administrative Pénitentiaire (DAP) confie à Isabelle Gorce<sup>3</sup>, une réflexion sur la place des ASS. Après la définition du cœur de métier des CPIP, son rapport insiste sur la nécessité de dissocier les missions du service de celles des conseillers, et ainsi d'associer de nouveaux professionnels, notamment des ASS, pour une approche pluridisciplinaire.

Les propositions d'Isabelle Gorce ont été retenues par la DAP et un premier recrutement d'assistants sociaux a été lancé en 2011. Cependant, ces premiers recrutements sont restés marginaux, l'administration pénitentiaire n'arrivant pas à attirer les candidatures. Il faudra attendre 2014 pour qu'un recrutement d'ampleur ait lieu. Vingt-deux ASS ont alors été recrutés dans les grands services. L'enquête de terrain montre néanmoins que leur recrutement et leur intégration reste partiel et perfectible. C'est le cas notamment au sein du SPIP de Roanne qui ne dispose actuellement d'aucun ASS à la suite du départ d'une ASS en CDD non remplacé et sans candidature sur le poste.

En plus des ASS des SPIP, les unités sanitaires des établissements pénitentiaires peuvent jouer un rôle de détection dans les défauts de couverture. Leur rôle dépend de la répartition qui a été faite entre l'ASS du centre hospitalier (CH) auquel est rattaché l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire et l'ASS du SPIP. A titre d'exemple, l'ASS de l'Unité sanitaire de Roanne est en charge des démarches en lien avec les soins (MDPH, Invalidité). Dans d'autres, ce sont les ASS des unités sanitaires qui se chargent de la CMU-C.

Cette répartition des missions entre les ASS du CH de rattachement de l'établissement pénitentiaire et celles dépendant du secteur pénitentiaire peut créer des différences dans les accompagnements. En effet, l'expertise des ASS du secteur hospitalier est différente de celle du secteur pénitentiaire. La diversité des actions à mener par le secteur pénitentiaire (insertion professionnelle, recherche de logement, etc.) rend partiel l'accompagnement social global notamment sur les questions des droits en assurance maladie ou retraite, éclatant entre divers interlocuteurs la prise en charge des personnes détenues.

Concrètement, la responsable du service social du CHU de Lille auquel est rattaché le centre pénitentiaire de Loos les Lille souligne la difficulté de la coordination, liée notamment à une rotation importante du personnel au sein des services pénitentiaires. A cela s'ajoute une méconnaissance de la réglementation. La complexité dans la répartition des rôles de chacun, couplée avec celle de la législation, nécessite un temps d'appropriation de la part des travailleurs sociaux. Ce temps n'est pas nécessairement disponible. Les médecins en charge des soins dans les unités sanitaires, travaillant par ailleurs dans d'autres services, constatent

---

<sup>2</sup> A suivi la formation de directeur pénitentiaire d'insertion et de probation à l'ENAP

<sup>3</sup> Conseiller référendaire à la Cour de Cassation, puis Directrice de l'administration pénitentiaire

des différences d'accompagnement au détriment des détenus. Cette analyse est confortée par celle du responsable du service social du CHU de Lille, suggérant que l'insertion et les missions des ASS au sein des établissements pénitentiaires peuvent encore être améliorées.

#### *II.1.2.2. Les ASS peinent à trouver leur place dans l'organisation pénitentiaire*

Pour le recrutement en 2014 des ASS, deux fiches de postes ont été rédigées par la DAP, la seconde venant modifier la première. Alors que la première fiche de poste mentionnait sans restriction que, dans le cadre de ses missions, l'ASS « rencontre la personne placée sous main de justice en entretien individuel (...) », la seconde fiche limite son intervention qui ne peut désormais que « rencontre(r) éventuellement, sur demande du CPIP ou de l'encadrement du service, la personne placée sous main de justice ». L'ASS n'a pas la possibilité d'évaluer par lui-même l'intérêt d'un entretien individuel mais doit s'en tenir aux orientations faites essentiellement par le CPIP. On touche à l'un des points sensibles de la profession d'ASS et à toute la difficulté d'articulation avec les CPIP. C'est autour de cette question que les services, et notamment les directeurs interrégionaux des services pénitentiaires (DISP), doivent réfléchir pour trouver une juste place à ce professionnel du SPIP.

Les attentes de l'administration pénitentiaire vis-à-vis du rôle de l'ASS interrogent sur leur relation avec les autres membres de l'équipe du SPIP. Le rôle de l'ASS peut être réduit à régler des situations administratives et à constituer les dossiers de demandes de prestations. Cette vision limitée de l'ASS ne correspond pas à leur compétence, ni à leur formation. La prise en charge globale est au centre de toute la définition de l'activité. Toutes les ASS, en l'occurrence uniquement des femmes, interrogées dans le cadre du travail de Véronique Doumeng ont utilisé le concept de « prise en charge globale ». Le cœur du métier est là, il s'agit d'évaluer la situation de la personne dans sa globalité pour mener avec elle un accompagnement en vue d'une ré-affiliation sociale.

La méthode du diagnostic social, utilisée par les ASS n'est pas figée. Le diagnostic évolue avec la vie de la personne et s'envisage plus comme un processus que comme une évaluation définitive. L'ASS utilise les dispositifs sociaux utiles pour la personne. Si des dossiers pour les demandes d'aides et de prestations sont instruits, ces tâches sont considérées comme des moyens à l'accomplissement de la mission générale qui demeure bien plus large. Aussi, la réduction de leurs missions à l'ouverture de droits sociaux est ressentie comme une méconnaissance de la profession. Deux ASS interrogées par Véronique Doumeng ont évoqué l'existence d'agents administratifs spécialisés capables de remplir les formulaires de demandes d'ouverture de droits. Elles se sont interrogées clairement sur les objectifs de l'administration à leur égard, se demandant s'il n'y avait pas une erreur sur les compétences recherchées.

## **II.2. L'assurance maladie s'organise pour mieux répondre aux besoins des détenus**

### **II.2.1. L'assurance maladie propose une nouvelle organisation centralisée différemment perçue selon les territoires**

#### *II.2.1.1 La nouvelle organisation de la gestion des détenus vise à améliorer leur affiliation*

L'assurance maladie propose depuis 2017 une offre de service national à destination des personnes sous écrou. Cette réorganisation du réseau des CPAM s'inscrit dans le projet Travail en Réseau de l'Assurance Maladie (TRAM) : celui-ci ambitionne, notamment, une harmonisation des pratiques sur des processus « rares », vise un objectif d'efficacité en les concentrant sur quelques caisses, permet enfin de maintenir l'activité dans des petites caisses, en charge de processus nationaux.

Le CNPE gère l'ensemble des processus liés aux assurés en détention : Carte Vitale, CMU-C, ACS, prestations en nature, accident de travail. Sur le plan organisationnel, le CNPE au sein de la CPAM du Lot a fait le choix d'une organisation par population et non par processus. Au contraire, au CNPE au sein de la CPAM de l'Oise, les activités sont organisées par processus et non centralisées au sein d'un pôle unique. Concrètement alors qu'un service unique est dédié à cette population au sein de la CPAM du Lot, l'ensemble des services de la CPAM de l'Oise sont impliqués dans la gestion des détenus.

#### *II.2.1.2. La mise en place d'un processus d'affiliation national a permis d'harmoniser les pratiques d'affiliation à l'assurance maladie et à la CMU-C*

Avant la mise en place du CNPE, de nombreuses dérogations étaient souvent accordées dans l'affiliation à la CMU-C, en vue d'octroyer plus facilement les droits aux détenus, notamment en matière de pièces justificatives à fournir. La création du CNPE a permis l'harmonisation des pratiques pour mieux respecter les procédures. Ces améliorations en cours de déploiement ont paradoxalement pu entraîner des tensions entre le CNPE et le réseau de CPAM.

La direction de la sécurité sociale et la CNAM ont mis en place des mesures de simplification de la procédure d'affiliation, en cours de déploiement. Ainsi, la carte d'identité ainsi que les déclarations de ressources pour les années précédentes ne sont plus demandées tant que l'assuré est en possession d'un NIR certifié. Dans ce cas, seul un CERFA est à remplir. Un modèle de déclaration sur l'honneur est également transmis. Dans le cas où le NIR est inconnu, ces mesures de simplification ne s'appliquent pas.

Si ces mesures de simplification visent ainsi un meilleur accès aux droits des sortants de prison, un fort non-recours persiste, en particulier concernant la CMU-C. Le CNPE du Lot indique que seuls 16% des détenus sont couverts par la CMU-C, alors qu'ils seraient 80% à y avoir droit.

Le DISP de Lille a exposé à l'ensemble des SPIP de son territoire de nouvelles modalités de demande de CMU-C dans le cadre d'une réunion interne. Il attend une communication officielle de la part de l'assurance maladie pour informer plus largement ses partenaires du nouveau fonctionnement. Le CNPE a en charge la recherche des informations concernant le détenu via les accès aux autres administrations. Le fait que les détenus n'aient plus à rechercher les pièces justificatives est une avancée significative dans leur accès aux droits.

Concrètement, désormais pour les sortants de prison, plusieurs situations sont possibles mais une seule demeure problématique :

- ▼ Si le détenu est en situation régulière avec une adresse connue renseignée sur le marque, alors le transfert à la CPAM se réalise facilement,
- ▼ Si le détenu est en situation régulière sans adresse connue, il n'existe pas de risque de rupture de droit, le CNPE garde la personne dans ses bases,
- ▼ Si le détenu est en situation irrégulière avec une procédure de reconduite à la frontière à la sortie de prison, les droits sont fermés,
- ▼ Si le détenu est en situation irrégulière avec une AME ouverte avant son incarcération, la situation varie en fonction de la durée de détention. Le droit à l'AME étant valable un an, si la détention est inférieure à un an, l'assuré retrouve ses droits, dans la limite d'un an, à sa sortie de détention. Dans le cas où la détention est supérieure à la durée de validité de l'AME, l'assuré doit renouveler sa demande.
- ▼ Si le détenu est en situation irrégulière sans AME et sans procédure de reconduite à la frontière, dans ce cas il y a un risque de recul dans les droits. En effet, la demande d'AME ne peut pas être anticipée en prison. Néanmoins, au cours de l'incarcération, le détenu aura bénéficié d'une prise en charge médicale supérieure à ce dont il bénéficiait avant sa détention, quand bien même aucun droit à la CMU-C ne serait ouvert en détention.

La création du CNPE est intervenue pratiquement au même moment que la mise en place effective de la PUMA. L'association de ce dispositif législatif avec ce nouveau dispositif organisationnel a permis de réaliser de grands progrès dans l'exhaustivité des droits maladie des détenus. Ainsi, les motifs pouvant expliquer la rupture ou l'absence de droits maladie pour les détenus sont d'ordre technique et dépendent des ressources humaines qui y sont consacrées. On peut dire que le dispositif est « théoriquement » bouclé.

#### *II.2.1.3. Des réticences demeurent dans les territoires ayant déjà mis en place une offre de service pour les détenus*

La montée en charge de l'activité a débuté au 1er juin 2017 avec la prise en charge des détenus de l'Occitanie. Au 1er octobre 2017, le processus de généralisation a débuté avec 30 000 détenus affiliés à la CPAM du Lot en moins de deux mois. Cette montée en charge est toujours en cours.

Selon la CPAM du Lot, cette nouvelle organisation est bien perçue de l'ensemble de l'administration pénitentiaire : les DISP sont satisfaites de la qualité du service et les relations entre les deux parties sont bonnes.

A ce jour, seuls quelques greffes semblent encore réticents à cette nouvelle organisation. Ce phénomène s'expliquerait par un manque de moyens humains. Cette nouvelle répartition des tâches conduit à une charge de travail supplémentaire pour les greffes qui justifient auprès du CNPE d'un manque de moyens afin d'assurer cette tâche. Les greffes rencontrés au cours de l'enquête de terrain n'ont pas fait part d'une surcharge de travail liée à la création du CNPE. Le greffe du centre de détention de Roanne affirme ainsi : "nous procédions déjà aux mêmes tâches mais sous forme d'envoi papier".

Cependant, les entretiens ont mis en lumière un manque de consensus autour de ce nouveau dispositif. D'un côté, dans les départements où les détenus n'étaient pas une cible prioritaire, le CNPE est jugé comme très réactif et permet des progrès dans la prise en charge : il en est ainsi du département de la Loire. Lors de nos échanges, le directeur du centre de détention de Roanne a souligné une meilleure prise en charge médicale, liée à une meilleure immatriculation des détenus auprès de la CPAM. Le SPIP de Bapaume considère également que la création du CNPE a permis des progrès notamment pour les personnes changeant de département. En effet, les personnes détenues ne le sont pas nécessairement dans leur département d'origine et la centralisation de l'activité d'affiliation des détenus permet d'éviter la rupture de droits. La gestion de la CMU-C semble également facilitée en raison des mesures de simplification des démarches initiées par la direction de la sécurité sociale, la CNAM et le CNPE.

De l'autre, les CPAM et les territoires proactifs sont déçus de cette centralisation. C'est notamment le cas pour le département de Maine et Loire qui proposait une offre relativement complète à destination des détenus avec de nombreux partenariats, notamment avec les professionnels de santé et le secteur sanitaire en général. De même, certaines CPAM qui avaient mis en place des permanences dans les établissements pénitentiaires, fondées sur des conventions, y ont renoncé, notamment la CPAM du Maine et Loire. Ces permanences demeurent encore utiles lorsque les personnes sortent de prison, relevant alors pour leur affiliation de la CPAM de leur résidence.

De même, certains services sociaux « partenaires » sont sceptiques sur la nouvelle organisation. Le service social du CHU de Lille avait créé des liens privilégiés avec la CPAM de Lille-Douai. Ce partenariat, cadré par une convention, permettait d'échanger sur des situations particulièrement complexes : difficulté à réunir les pièces nécessaires à la complétude du dossier de demande d'ouverture de droit, à établir une résidence stable. Le changement d'organisation des OSS, en particulier de l'assurance maladie, a parfois pu créer une distance préjudiciable pour les détenus. Les échanges téléphoniques entre l'établissement pénitentiaire et la CPAM de référence avec un contact dédié n'existent plus. Les échanges par mail ont été généralisés. Pour autant, ce constat est à nuancer. Au centre pénitentiaire de Laon, dépendant du CNPE attaché à la CPAM de l'Oise, un référent a été mis en place, en charge du lien avec greffe afin de débloquer les dossiers complexes. De même, le CNPE au sein de la CPAM du Lot dispose d'une ligne téléphonique aboutissant sur une plateforme téléphonique.

Enfin, la proximité entre ASS hospitaliers et OSS se traduisait également par l'identification d'une personne ressource au sein des CPAM qui a été supprimée avec la création du CNPE. La suppression d'interlocuteurs privilégiés et dédiés à la prise en charge est considérée par la responsable du service social du CHU de Lille comme une régression.

#### *II.2.1.4. Des marges de progrès dans le processus de réaffiliation à la sortie de détention sont possibles*

A sa sortie, le détenu doit être réaffilié dans la CPAM de son département de résidence, les assurés étant affiliés au CNPE du jour d'entrée au jour de sortie de détention. Les liens du CNPE avec la CPAM de résidence se font par l'outil national Optima. L'affiliation des sortants de prison auprès de leur CPAM de résidence constitue un vrai enjeu de progrès. Celle-ci est rendue difficile pour de nombreuses raisons. Dans certains cas, les CPAM utilisent un autre

logiciel que celui utilisé par le CNPE. Dans d'autres cas, ils demandent un justificatif alors que la vérification des droits a déjà été effectuée par le CNPE. Enfin, selon le CNPE, certaines CPAM rejettent directement l'affiliation. Les détenus dont l'adresse personnelle n'est pas connue restent dans les bases du CNPE car aucun transfert ne peut être effectué.

Par ailleurs, la brièveté de durée de détention peut également expliquer des difficultés dans l'accompagnement social des personnes. Si une peine dure moins de trois mois, il est probable que les détenus n'aient pas eu la possibilité de rencontrer un CPIP ou un ASS. Dans ce cas, seule une information expliquant les démarches à entreprendre à la sortie peut être donnée. Dans cette optique, l'assurance maladie a réalisé un flyer relatif aux droits maladie à la demande des DISP (cf. Annexe 5 : Flyer couverture maladie à destination des sortants de prison) mais il semble encore peu diffusé et utilisé.

## **II.2.2. L'administration pénitentiaire et le CNPE cherchent encore à améliorer leurs échanges**

### *II.2.2.1. Une appropriation de l'offre de service du CNPE par les établissements pénitentiaires est en cours*

Des progrès sont encore possibles. En effet, bien que le CNPE attaché à la CPAM du Lot ait désigné un référent au sein de son équipe pour chaque département, le greffe du centre de détention de Roanne affirme ne pas en avoir connaissance. Une amélioration des échanges semble ainsi nécessaire entre les établissements et le CNPE.

### *II.2.2.2 Les cultures et les langages sont différents : l'exemple des problèmes du logiciel de saisie du CNPE*

Un logiciel spécifique (GESPERE) a été développé en interne par la CPAM du Lot afin de permettre l'échange d'informations entre le CNPE et l'administration pénitentiaire (cf. Annexe 6 : copies d'écran GESPERE). Il autorise la transmission des fiches navettes remplies par l'administration pénitentiaire ainsi qu'une connexion entre les systèmes d'information de l'administration pénitentiaire et de l'assurance maladie. Concrètement, les agents de l'administration pénitentiaire saisissent les informations dans un masque de saisie. L'outil GESPERE les injecte ensuite sur une plateforme d'échanges sécurisée (PETRA).

Des différences de langage sont à noter entre l'administration pénitentiaire et les organismes de sécurité sociale. Le vocabulaire utilisé par chaque acteur est en effet différent et peut être source d'incompréhensions. Tandis que l'assurance maladie parle de fin de droit, l'administration pénitentiaire parle de sortie ou d'arrivée. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) veille à ce que chacun utilise son propre langage. En effet, la CPAM n'a pas le droit de parler d'entrée ou de sortie de détention dans ses bases de données. Ces contraintes ont dû être prises en compte lors du développement de l'outil local GESPERE afin d'adapter le vocabulaire utilisé.

Néanmoins, le logiciel utilisé, GESPERE, ne devait être utilisé que temporairement. Il est prévu qu'il soit remplacé à terme par une injection automatique des informations de l'administration pénitentiaire dans le logiciel de l'assurance maladie. La phase de test a débuté fin 2017. Actuellement, les tests réalisés ne sont pas concluants. Concernant les requêtes automatiques, des informations telles que l'activité professionnelle étaient manquantes, élément constituant un critère d'affiliation au CNPE. Il semblerait que le problème ait été

résolu. La notion d'activité professionnelle a été remplacée par celle d'hébergement, qui permet d'identifier si oui ou non la personne est en activité professionnelle. Il reste toutefois la difficulté des personnes accomplissant leur peine en semi-liberté (cf. II 1. 1.). Néanmoins, d'autres obstacles d'ordre informatique persistent et ne permettent pas la généralisation de l'injection automatique des bases de données de l'administration pénitentiaire dans celle du CNPE. Pour cette raison, le DISP de Lille a fait le choix de confier la phase de test au service informatique.

Cet exemple illustre clairement le décalage entre le langage de l'administration pénitentiaire et celui des organismes de sécurité sociale et les conséquences qui peuvent en découler en termes d'affiliation.

Pour autant, certaines initiatives sont à noter en faveur d'une meilleure connaissance entre les différents acteurs. A ce titre, le DISP de Lille a organisé plusieurs visites d'établissements pénitentiaires pour les agents du CNPE de la CPAM l'Oise. Cette rencontre a été très appréciée par les agents et a permis une meilleure compréhension des contraintes de la détention.

## **II.2.3 L'évaluation de la mise en œuvre des actions déjà engagées permettra des ajustements nécessaires au maintien des droits sociaux des détenus**

### *II.2.3.1 Des indicateurs de processus contribuent à l'évaluation du CNPE*

Dans l'ouvrage intitulé Comment concilier utilité sociale et maîtrise de la dépense publique ? Le cas de la sécurité sociale, Olivier Bachelard s'intéresse au management des processus mis en place au sein des OSS. Selon lui, ce type de management procure aux organismes « *une stratégie d'orientation facilitant le suivi et l'amélioration continue des résultats* ». En vue de faire face aux objectifs qui leur ont été imposés par l'Etat, les OSS ont profondément revu leurs pratiques pour s'orienter vers une performance mesurable. L'introduction au sein des OSS d'une recherche continue de performance impose ainsi « *une évaluation systématique des actions et un suivi précis de l'utilisation des moyens* ».

La création du CNPE n'échappe pas à cette logique. Les indicateurs mis en place au sein du service doivent permettre d'évaluer l'efficacité de cette organisation.

Lors de nos entretiens, le CNPE de la CPAM du Lot a évoqué l'existence des indicateurs suivants :

- ▼ Délai de traitement de l'affiliation,
- ▼ Délai de traitement de la CMU-C,
- ▼ Délai de traitement à la sortie,
- ▼ Taux d'anomalies,
- ▼ Taux de décroché sur la plateforme téléphonique.

L'ensemble de ces indicateurs permet d'établir un bilan de l'efficacité de l'organisation du CNPE. Cependant, la phase de stabilisation n'a pas encore été atteinte au regard de la jeunesse du dispositif (le CNPE a été créé au 1er octobre 2017). La reprise des bases de données des CPAM, la montée en compétence des agents du CNPE mais aussi la fiabilisation en cours des circuits d'échanges doivent être pris en compte afin de permettre une meilleure analyse des résultats. En effet, la création du CNPE constitue la première mutualisation

concernant non pas un processus unique mais une population entière. La montée en charge progressive du CNPE est ainsi à garder en tête lors de l'analyse des indicateurs établis.

### *II.2.3.2 Les indicateurs de délai sont particulièrement importants à suivre pour la population des sortants de prison*

Les performances des deux CNPE n'ont pas pu nous être communiquées, à l'exception de quelques résultats.

Ainsi, le CNPE de la CPAM de l'Oise déclare atteindre un taux de décroché de 90%. En ce qui concerne l'affiliation, l'objectif du CNPE est de réaliser l'affiliation en moins de cinq jours. Selon le CNPE de la CPAM du Lot, ce délai est respecté, les affiliations étant effectuées en deux ou trois jours. Un dépassement de ce délai a pu exceptionnellement se produire, une à deux fois. Le CNPE de la CPAM l'Oise indique un délai d'affiliation allant de 5 à 10 jours. Cependant, il ressort de l'entretien réalisé avec un responsable du CNPE de la CPAM de l'Oise que le délai d'affiliation des personnes sous écrou est supérieur à celui de la population générale. Le centre de détention de Bapaume indique recevoir les attestations d'affiliation de manière dématérialisée dans un délai moyen d'une dizaine de jours. En réalité, l'objectif cible du délai d'affiliation est de 10 jours. Ce délai est réparti entre le greffe (délai de 5 jours pour renseigner le masque) et le CNPE (5 jours pour instruire la demande).

L'affiliation au CNPE reste dépendante de la transmission par l'administration pénitentiaire de l'information d'arrivée du détenu. En théorie, l'administration doit signaler sous 5 jours la mise sous écrou à l'assurance maladie. Dans la pratique, mais de façon marginale, ce délai a déjà atteint 25 jours. Le greffe du centre de détention de Bapaume indique un délai d'envoi des demandes bien inférieur puisque les informations concernant les entrées et les sorties des personnes détenues sont enregistrées à J+1. En effet, si la mission de coordination est confiée à la DISP, les établissements ont une importante liberté dans leur organisation. En fonction de la taille de l'établissement, du flux d'entrants et de sortants, certains greffes saisissent tous les jours quand d'autres le font toutes les semaines. Pour les petits établissements, la saisie peut se faire tous les quinze jours. Au-delà de cette organisation routinière, certaines périodes (période estivale, période de procédure de recrutement) sont propices à l'accumulation du retard, en particulier pour les greffes de petite taille (2 personnes en charge de l'affiliation). Dans ce cas, le DISP est informé par le CNPE des éventuels retards. En cas d'extrêmes difficultés sur un établissement, le DISP a déjà été amené à transmettre lui-même un fichier des nouveaux détenus au CNPE. Les fichiers sont moins complets et des demandes d'informations complémentaires sont alors transmises au greffe concerné.

Concernant l'affiliation à la CMU-C, l'objectif consiste en une affiliation en moins de 30 jours (objectif CPG). Le CNPE attaché à la CPAM du Lot s'est trouvé en difficulté au premier trimestre 2018 et une procédure d'entraide avec d'autres organismes d'assurance maladie (PHARE) a été mise en œuvre. Au moment de notre entretien avec le CNPE au sein de la CPAM du Lot, des heures supplémentaires devaient être accordées afin de permettre un retour dans les délais prévus. Le CNPE de la CPAM de l'Oise indiquait au moment de l'entretien un délai d'affiliation à la CMU-C s'élevant à 14 jours.

En ce qui concerne l'administration pénitentiaire, la mise en place d'indicateurs n'est pas d'actualité. L'affiliation auprès du CNPE, ajoutée aux missions principales des greffes, à savoir le contrôle de la légalité de la détention, est déjà perçue comme lourde. Cela étant, les DISP

ont la possibilité de demander au CNPE des éléments chiffrés sur le profil, les délais et la qualité des demandes d'affiliation saisis dans le masque.

De plus, l'activité du CNPE est en rythme de croisière depuis peu. Jusqu'alors, le transfert de l'ensemble des détenus, la gestion des problèmes informatiques ainsi que la formation du personnel étaient prioritaires. Aujourd'hui, les DISP souhaitent évaluer la performance du dispositif mis en place. Ainsi, depuis cette année, le DISP de Lille réalise en lien avec le CNPE une revue annuelle des indicateurs de performance (nombre d'affiliés, délais d'affiliation, situation des affiliés).

La prochaine étape, actuellement en phase de test, vise à comparer le nombre d'affiliés au CNPE avec le nombre de détenus. Les délais d'enregistrement et d'instruction des demandes créent un biais dans le comptage. Le test sur trois mois va tout de même permettre d'objectiver une amélioration essentielle dans l'ouverture de droits maladie des détenus.

## **II.3. L'assurance retraite se concentre sur la reconstitution des carrières**

### **II.3.1. Les détenus rencontrent des problèmes récurrents en matière de démarches retraite**

#### *II.3.1.1. La reconstitution de carrière pendant l'incarcération demeure un problème majeur*

Lorsque la demande de retraite est réalisée pendant la période d'incarcération, les détenus peuvent rencontrer des difficultés dans la reconstitution de carrière. En effet, la restriction de communication, liée à la détention (pas d'accès internet, téléphone limité ou documents personnels gardés), complexifie la reconstitution de carrière. Le travail des ASS ou des CPIP devient alors central.

#### *II.3.1.2. Les conditions d'accès aux services électroniques des organismes de sécurité sociale au moment de la détention compromettent l'accès aux droits retraite des sortants de prison*

La branche retraite développe actuellement la co-production avec les assurés notamment via la demande de retraite en ligne, au risque de rendre son accès difficile pour les détenus. Or l'administration pénitentiaire interdit pour des raisons de sécurité l'accès aux services électroniques des détenus. Dès lors, l'accès en ligne par les détenus à leur compte retraite ne peut s'effectuer que via les SPIP. Cette problématique n'est pas prise en compte par la CNAV qui considère les détenus comme des « *assurés lambda* ». Sans stigmatiser cette population, une évaluation plus précise de la situation serait probablement nécessaire.

Au-delà de l'accès au numérique par les détenus eux-mêmes, le personnel intervenant en détention est lui aussi fortement contraint par le manque d'accès aux offres de services en ligne proposées par les OSS, et en particulier par la branche retraite.

Les SPIP de chaque département ont un accès limité aux comptes individuels en ligne des détenus. Dans certains départements, un arrangement a été trouvé entre la CARSAT et les SPIP leur donnant la possibilité d'accéder à deux comptes de détenus par établissement. Aucune solution officielle n'existe à ce jour concernant la situation dans laquelle plus de deux détenus auraient à effectuer des démarches auprès de l'assurance retraite. De ce fait, les SPIP utilisent des formulaires papiers.

Par ailleurs, il n'existe pas d'accès à internet en détention : le personnel a une connexion possible dans les bureaux administratifs mais pas dans ceux placés en détention et utilisés par les CPIP pour leurs entretiens avec les détenus. De ce fait, l'absence d'accès à l'Internet

en détention a pour conséquence l'impossibilité pour les assistants sociaux du SPIP de compléter une demande de retraite. *A contrario*, les représentants de Pôle Emploi peuvent emmener en détention un ordinateur portable afin d'accéder à leurs services en ligne. Cette différence de traitement interroge la nature des problèmes de sécurité justifiant l'absence de connexion pour le personnel du SPIP.

### **II.3.2. Les entretiens réalisés démontrent un intérêt limité de l'assurance retraite pour cette population.**

Les contacts auprès de différentes CARSAT témoignent d'un engagement limité de la branche vers cette population.

La première prise de contact avec une CARSAT illustre ce manque d'intérêt pour les anciens détenus. L'attachée de direction de la CARSAT rencontrée n'a pas su identifier un interlocuteur en interne et nous a orienté vers la CPAM.

Le contact pris avec une seconde CARSAT lors du stage « relation clients » va dans le même sens. La CARSAT ne réalise pas d'actions particulières pour les sortants de prison. Lors de la reconstitution de la carrière, il peut être demandé aux anciens détenus de justifier des absences de cotisation. Ces derniers ont simplement à informer de leur incarcération.

L'échange avec la CNAV confirme l'absence d'action ciblée sur cette population : « *Nous n'avons aucun dispositif particulier d'accompagnement pour cette population* », Agent de direction de la CNAV (juin 2018). Cette position se justifie par l'application du droit commun aux détenus et ex-détenus.

Ainsi, les interruptions de carrière sont complétées par une enquête d'abord auprès de l'assuré et ensuite auprès de l'établissement pénitentiaire. Les difficultés pouvant exister afin de justifier d'une période travaillée pendant l'incarcération ont été prises en compte par l'administration pénitentiaire. Désormais, les bulletins de salaires et une attestation de travail sont transmis à l'intéressé à sa sortie de prison.

Cependant, à l'échelle locale, il en va différemment. Ainsi l'entretien réalisé auprès du SPIP du centre de détention de Bapaume a mis en lumière des liens très étroits entre l'ASS du SPIP et la CARSAT. Le centre de détention de Bapaume accueille une population vieillissante, devant effectuer des démarches auprès de l'assurance vieillesse. Cette spécificité du public justifie les liens qui ont pu être tissés entre les deux organisations. Concrètement, l'établissement pénitentiaire essaie de repérer les détenus concernés par les demandes de retraite. Même si généralement ces derniers font eux-mêmes la démarche et sollicitent le SPIP, il est important de rester vigilant pour ceux qui n'auraient pas eu l'information. Une Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) rassemblant tous les services a lieu chaque année afin d'examiner la situation de chaque personne détenue. Il existe une CPU spécifique pour les détenus plus de 60 ans qui permet de poser les questions adaptées, notamment en matière de droit à la retraite. Elle facilite le repérage. Compte tenu de l'effectif du service social, un ASS essaye d'y participer à chaque fois sans pourtant y parvenir. Les échanges avec la CARSAT passent par l'ASS une fois le repérage fait par le SPIP.

La population carcérale ne faisant pas l'objet d'une attention particulière, il n'existe pas dans la branche retraite d'indicateurs de qualité spécifiques pour l'accès à leur retraite des personnes détenues.

### III. LES PROPOSITIONS CONCRETES QUI DECOULENT DU DIAGNOSTIC MENE REPOSENT SUR DEUX AXES MAJEURS : LA MISE EN PLACE D' ACTIONS CIBLEES ET LE RAPPROCHEMENT DE DEUX ADMINISTRATIONS QUI NE COMMUNIQUENT PAS ASSEZ

#### III.1. L'organisation de l'administration pénitentiaire et des organismes de sécurité sociale peut encore progresser afin d'améliorer l'accès aux droits sociaux des détenus et des sortants de prison

##### III.1.1. L'administration pénitentiaire dispose d'une marge importante pour améliorer l'accès aux droits sociaux des détenus et sortants de prison

###### III.1.1.1. Une meilleure préparation de la sortie de prison passe par une coopération accrue entre les acteurs du milieu carcéral

La sortie de détention peut se révéler « sèche » du fait de l'incohérence de temporalité entre les décisions du JAP et les actions entreprises par le SPIP en vue de la sortie de détention. Certaines évolutions pourraient être envisagées pour remédier à cette difficulté :

- ▼ La communication des dates de sortie entre les tribunaux et l'administration pénitentiaire (les SPIP et les greffes) pourrait devenir systématique.
- ▼ Plusieurs centres pénitentiaires regrettent l'absence ou le faible nombre d'assistants de service social. Un recrutement effectif sur des postes ouverts assurerait un meilleur suivi et meilleure préparation de la sortie.

Par ailleurs, il existe des différences liées à la nature des établissements pénitentiaires. Leurs actions lors de la sortie de prison ne sont donc pas les mêmes.

Les quartiers sortants des maisons d'arrêt intègrent une politique d'aménagement de peine et préparent le détenu à retrouver une place dans la société à sa sortie. Cependant lorsqu'ils existent, ils ne sont pas utilisés pour parler des droits sociaux. Dans d'autres établissements, existe un processus d'examen systématique des droits. Ces quartiers pourraient utilement compléter leur action par un rappel des principaux droits sociaux. En centre de détention, la sortie est préparée à l'avance du fait de la longueur de la peine favorisant un meilleur accès aux droits et une prévention de la récidive. Les CPIP peuvent entreprendre le travail de réinsertion et programmer des actions qui préviendront toute récidive.

Enfin, une initiative intitulée « Quartiers de préparation à la sortie » (QPS) a été mise en place par l'administration pénitentiaire. Dans le budget immobilier 2018 de l'administration pénitentiaire, 26 millions d'euros serviront à financer la rénovation de la Santé à Paris, l'ouverture de deux établissements à Aix et Draguignan, et celle de six quartiers de préparation à la sortie (QPS) : ces QPS sont destinés à certains condamnés en fin de peine afin qu'ils préparent leur sortie, leur aménagement de peine ou encore leur libération sous contrainte. S'engageant à respecter les règles de vie propres aux QPS, ils y bénéficieront d'un suivi poussé et seront davantage responsabilisés. Adossées à des prisons mais situées hors de leur enceinte, ces structures pourraient concerner un grand nombre de détenus, puisque près de 40% d'entre eux n'ont plus qu'un an de peine à purger : les deux CNPE ont de fortes attentes quant à leur mise en place car ces QPS constituent une opportunité majeure pour l'accès aux droits.

### III.1.1.2. Les centres pénitentiaires doivent mieux assurer leur mission de lutte contre l'illectronisme et d'accès, même restreint, à certains outils informatiques en détention

L'accès à l'Internet est restreint en détention, alors que les offres des organismes de sécurité sociale passent de plus en plus par les interfaces numériques. Plusieurs pistes d'amélioration pourraient être envisagées à court terme et sans engagement budgétaire important.

- ▼ Le personnel pénitentiaire (CPIP, ASS) pourrait être accrédité pour la consultation des sites institutionnels, en utilisant un réseau sécurisé et dédié,
- ▼ Un accès à des ordinateurs pourrait être proposé aux détenus, permettant uniquement la consultation de sites de services publics.

Cette proposition est conditionnée à la prise en compte des contraintes techniques liées à la vétusté et à l'ancienneté des bâtiments pénitentiaires.

A côté de cette dimension technique et logistique, s'ajoute le problème de l'illectronisme. Cette difficulté est renforcée en détention, car les personnes écrouées sont souvent dans une situation de grande précarité.

L'illectronisme est défini, en 2000, par Elisabeth Noël<sup>4</sup>, comme « un *néologisme*, traduction de information-illiteracy, qui transpose le concept d'*illettrisme* dans le domaine de l'*informatique* : il s'agit d'un manque ou d'une absence totale de connaissance des clés nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources électroniques ».

Elisabeth Noël recense deux types de difficultés éprouvées au niveau de la lecture et de l'accès aux ressources électroniques : d'un côté celles qui sont liées à la pratique et à la manipulation de ces nouveaux outils, et d'un autre côté celles qui sont liées au contenu et à la vérification des informations véhiculées.

Afin de pallier en partie cette difficulté, les centres de détention pourraient être chargés de mettre en place des actions dédiées et de formats différents :

- ▼ Les ateliers d'aide à la maîtrise des outils numériques qui existent actuellement dans les centres pénitentiaires pourraient travailler sur la maîtrise des sites institutionnels, pôle emploi, caf.fr, ameli.fr, assurance-retraite.fr. Une expérimentation pourrait être faite dans un centre de détention, comme celui de Bapaume. Les résultats obtenus permettraient à moyen terme de se diriger vers une généralisation du processus ou bien d'abandonner cette proposition.
- ▼ Pour les sortants de prison, une orientation vers les ateliers numériques proposés gratuitement par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) pourrait être envisagée. Les missions locales pourraient être associées à cette dynamique en proposant aux sortants de prison d'y participer.

---

<sup>4</sup> Responsable du service Diffusion des savoirs à l'École nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques

### **III.1.2 Les organismes de sécurité sociale doivent développer une offre adaptée à un public particulier pour mieux prendre en compte les problématiques d'accès aux droits**

#### *III.1.2.1. La branche maladie doit poursuivre la simplification de la gestion des droits maladie des personnes détenues*

Au-delà de l'amélioration des outils informatiques qui permettent des échanges simplifiés entre les établissements pénitentiaires et le CNPE, il conviendrait de se pencher sur les complexités actuelles de la réglementation en vigueur. Ainsi, les personnes sous écrou en semi-liberté ayant une activité professionnelle doivent être affiliées à leur CPAM de résidence. (cf. Annexe 3 : Critères d'affiliation au CNPE) Pour autant, si leur activité professionnelle s'interrompt, elles doivent être réaffiliées au CNPE. Les signalements de travail et de cessation de travail sont au demeurant assez problématiques. Il semble plus pratique et pragmatique de modifier les critères d'affiliation au CNPE afin de maintenir l'affiliation au CNPE pour l'ensemble des personnes en semi-liberté.

#### *III.2.2. La branche vieillesse doit mener des actions spécifiques, face à un problème dont elle n'a pas saisi les enjeux*

##### *III.1.2.1.1. La CNAV doit être sensibilisée aux problématiques de continuité de la protection sociale des détenus*

Lors des entretiens menés, ni la CNAV ni les CARSAT n'ont semblé intéressées à cette thématique. Les difficultés que peuvent rencontrer les détenus pour faire une demande de retraite ne sont pas traitées de manière particulière. Les problématiques propres à cette population ne sont pas envisagées, comme le montre la réponse de la CNAV : « *les détenus sont traités comme les autres assurés du régime général* ». L'argument premier avancé par la caisse nationale repose sur l'âge moyen des détenus, ces derniers étant souvent jeunes. Toutefois, cela ne masque pas l'hétérogénéité des personnes écrouées et le vieillissement de cette population, en lien notamment avec le durcissement de la politique pénale.

Dès lors, la CNAV et des CARSAT devraient mesurer les enjeux que recouvre le traitement des personnes écrouées dont la volumétrie modeste en nombre et la concentration sur quelques établissements de longue peine autoriseraient des actions ciblées. Certaines pistes sont exposées ci-dessous. Cette impulsion relèverait de la CNAV en tant que tête de réseau de la branche retraite.

##### *III.1.2.1.2. Les agents des CARSAT qui se déplacent en détention doivent être mieux équipés*

L'absence d'outils numériques en détention est particulièrement problématique pour les agents des CARSAT qui se rendent en détention pour la saisie d'un dossier de demande de retraite puisqu'ils ne disposent pas d'un accès aux sites de l'assurance retraite pour des raisons de sécurité. Toutefois, cet obstacle ne semble pas pertinent, quand les représentants de Pôle Emploi peuvent emmener en détention un ordinateur portable pour accéder à leurs services en ligne. Cette différence de traitement interroge de fait sur la nature des problèmes de sécurité identifiés.

Face à ce constat, munir les agents des CARSAT d'un ordinateur portable permettant l'accès à l'Internet lors du rendez-vous avec la personne écrouée semble être une piste. D'une part, cela faciliterait les échanges lors des entretiens de saisie des dossiers. D'autre part, cela rapprocherait le traitement des dossiers des personnes détenues de celui du reste des assurés et éviterait la possible stigmatisation de cette population.

### *III.1.2.1.3. Le service social des CARSAT, rattaché aux CPAM, pourrait être l'acteur d'actions nouvelles vis-à-vis des sortants de prison*

Pour le sortant de prison, le recours aux droits retraite reste un enjeu qui n'est pas toujours saisi par les caisses de retraite.

L'action sociale des CARSAT est reconnue par l'ensemble de ses partenaires. Sa visibilité et son expérience pourraient être des atouts pour lancer une action spécifique en direction des anciens détenus. Un référent pourrait par exemple être créé dans les caisses des départements où est implanté un centre de détention (longues peines), ce qui permettrait d'identifier le public des anciens détenus comme une cible particulière. Si la branche retraite entendait développer les parcours attentionnés vers les publics fragiles, une meilleure prise en compte des spécificités des sortants de prison s'inscrirait naturellement dans ce schéma. En lien avec la CPAM à laquelle elle est rattachée, le service social de la CARSAT pourrait appréhender avec facilité les assurés afin de leur proposer une offre dédiée.

La mise en place de cette proposition semble réaliste. Les SPIP pourraient établir la liste des sortants de prison à transmettre au service social, ce dernier s'engageant à assurer un traitement de ces assurés dans un délai raisonnable et cohérent avec la demande de retraite.

## **III.2. Assurer la continuité de la protection sociale des sortants de prison doit passer par un rapprochement entre les acteurs du milieu carcéral et les organismes de sécurité sociale**

### **III.2.1. Les cultures et les langages utilisés doivent être mieux connus des différents acteurs**

#### *III.2.1.1. Les OSS doivent être sensibilisés aux problématiques des assurés en milieu carcéral*

Les CPAM et les CARSAT n'ont pas de connaissance particulière du milieu carcéral. Les problématiques rencontrées par les détenus et les sortants de prison leur sont pour le plus souvent inconnues. Tout particulièrement, les enjeux relatifs à l'accès à l'Internet et aux documents administratifs ne sont pas intégrés par les organismes.

La mise en place d'une formation ou bien simplement d'un référentiel des particularités de ce public pourrait faciliter le suivi des sortants de prison et permettrait d'éviter des incompréhensions entre l'administration pénitentiaire et les organismes de sécurité sociale.

L'initiative du DISP de Lille pourrait également être généralisée. Des visites d'établissements pénitentiaires ont été organisées pour l'ensemble des agents du CNPE. Ces visites visent à créer une culture commune et une cohérence dans la prise en charge des détenus.

#### *III.2.1.2. L'administration pénitentiaire doit être mieux sensibilisée à la thématique des droits sociaux*

L'administration pénitentiaire est parfois mal informée sur les services que proposent les organismes de sécurité sociale. A titre d'exemple, les CPIP sont souvent mal renseignés sur l'offre de services des CPAM (PFIDASS, centres d'examen de santé, etc.).

La formation des CPIP relative aux questions sociales à l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) pourrait être approfondie. Elle favoriserait l'accès aux droits des détenus face à la législation sociale souvent complexe. Le défaut de maîtrise de cette matière par ces intervenants constitue un risque de difficulté dans la réinsertion des détenus.

### **III.2.2. Des partenariats doivent être institutionnalisés entre l'administration pénitentiaire et les OSS**

#### *III.2.2.1 Des relations approfondies doivent être développées entre les acteurs concernés*

Les OSS et les services de l'administration pénitentiaire ne parlent parfois pas le même langage. Dès lors, ils doivent être amenés à se rencontrer pour discuter des méthodes de travail et des procédures à suivre. Cela permettrait de mettre en lumière certains dysfonctionnements dans les relations et d'améliorer les liens entre les institutions.

- ▼ Une convention pourrait être conclue entre le SPIP et la CARSAT. Des réunions régulières, mensuelles par exemple, seraient mises en place pour aborder les dossiers complexes.
- ▼ Une réflexion pourrait être entreprise sur la tenue de permanences des CPAM et de certaines CARSAT dans les centres pénitentiaires afin d'assurer la cohérence des parcours de droits à la sortie de détention : l'opportunité de les généraliser pourrait être évaluée après appréciation de leurs bénéfices.

#### *III.2.2.2. Les initiatives locales de promotion des droits sociaux en détention pourraient être plus largement pratiquées*

Certains centres de détention proposent des partenariats ciblés avec des structures visant l'accès aux soins ou, plus généralement, aux droits sociaux. Ces initiatives spécifiques pourraient être généralisées à l'ensemble des centres, en collaboration avec les OSS. Néanmoins, une généralisation complète des initiatives locales semble difficile, ces partenariats étant issus de configurations locales différentes. Il s'agit alors de concilier bonnes pratiques et réalités territoriales.

A titre d'exemple, la semaine de la santé et du bien-être est un événement qui a été mis en place à la maison d'arrêt de Tulle. Cette opération a débouché sur la formalisation d'un nouveau partenariat entre le SPIP 19 et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA). Cette dernière a constaté que les jeunes détenus ont un rapport à la santé axé sur la notion de soins dans l'urgence et font preuve d'une méconnaissance du système de protection sociale pour accéder aux soins. L'action mise en œuvre a eu pour objectif général d'informer les jeunes détenus pour préparer la sortie de détention. L'organisation de cinq séances ont permis d'aborder, avec les sept détenus présents, la santé, l'accès aux soins et le droit aux soins. Les ateliers ont été coanimés par les assistantes de service social de l'ANPAA, de la CARSAT et une socio esthéticienne de l'ANPAA. D'autres centres de détention pourraient nouer des partenariats durables avec les OSS et des associations pour mettre en place ce type d'actions, en fonction des caractéristiques des détenus.

- ▼ Les centres de détention où les détenus sont jeunes, comme le centre de semi-liberté de Lyon, pourraient s'inspirer de ce type de partenariats, rassemblant des OSS et des associations, pour mieux informer sur les droits et pour sensibiliser les personnes détenues à des comportements responsables, relayant ainsi l'action des unités sanitaires. Dans ce cadre, une référente de l'action sanitaire et sociale rencontrée s'est déclarée en attente d'un modèle national détaillant les prérogatives des CPAM locales, notamment en termes de prévention et d'éducation à la santé.

- ▼ Les centres de détention où les détenus sont plus âgés pourraient nouer un partenariat plus poussé avec la CARSAT de référence. Ces partenariats existent mais ils ne sont pas pratiqués partout.

### *III.2.2.3. La diffusion des bonnes pratiques pourrait être un nouvel axe des relations entre l'administration pénitentiaire et la sphère sociale*

Dans un premier temps, les bonnes pratiques doivent être évaluées. Au niveau institutionnel, il existe un comité interministériel santé et justice. Il assume un rôle d'instance politique de référence pour le suivi de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice, dont l'avancée lui est présentée lors des réunions annuelles au cours desquelles il est habilité à proposer des orientations nouvelles. Un comité de suivi de cette stratégie de santé est présidé par le directeur général de la santé, composé des directions centrales des ministères de la santé et de la justice, de représentants des ARS, DISP, Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DIRPJJ) et de représentants d'associations de professionnels et d'associations représentant la société civile. Cette instance, qui se réunit au moins deux fois par an, est informée de l'avancement global de la mise en œuvre de la stratégie. Elle est consultée sur les priorités d'actions à mener.

La mise en œuvre opérationnelle est suivie par une équipe projet interministérielle, coordonnée par un chef de projet positionné à la Direction Générale de la Santé (DGS) : cette équipe projet est chargée d'organiser les travaux de déclinaison des axes de la stratégie en actions, de proposer au comité de suivi les priorités d'actions, de suivre leur déclinaison régionale et leur évaluation. Elle rend compte au comité de suivi.

La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) est absente de ce comité. Son intégration serait souhaitable. Elle pourrait ainsi être destinataire des informations nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits et relayer la stratégie auprès des caisses de sécurité sociale. Cette instance constitue un lieu de débat utile à la convergence d'action et la cohésion des politiques publiques. Assurer la présence de la DSS, ou bien même des caisses nationales de sécurité sociale, permettrait de recenser les bonnes pratiques qui ont vocation à être étendues, et ainsi faciliterait leur déploiement sur le territoire, pour aboutir en outre à une harmonisation des pratiques.

En étudiant la continuité des droits retraite et maladie à la sortie de prison, le présent rapport met en avant certains dysfonctionnements structurels et organisationnels, causes potentielles de rupture des droits. En effet, malgré l'égal accès de tous aux droits sociaux garanti par les textes, les personnes détenues qui sortiront de prison connaissent un risque accru de rupture de leur couverture sociale.

Cela s'explique en partie par les spécificités de la population carcérale. En France, les personnes détenues sont un peu nombreuses (moins de 70 000) et connaissent un important taux de pauvreté et d'illectronisme. De ce fait, cette population demande un accompagnement renforcé pour accéder à ses droits, sujet qui par ailleurs trouve peu d'écho dans la population générale mais aussi dans certaines caisses de sécurité sociale, gestionnaires de « masse ».

Le second facteur susceptible d'expliquer les ruptures de droits réside dans l'organisation même des acteurs en charge de l'accompagnement administratif et social des détenus. Nombreux à intervenir, venant d'univers différents, ils peinent à entretenir une coopération nécessaire. L'administration pénitentiaire, si elle identifie le sujet des droits sociaux comme important, rencontre des difficultés pour mettre en place et conserver des organisations efficaces.

En matière de sécurité sociale, les choix organisationnels diffèrent en fonction des branches.

La CNAM a mis en place un réseau particulier -le CNPE- hors du réseau traditionnel des CPAM. Cette gestion regroupée a permis des avancées considérables. Des progrès sont toutefois souhaitables, notamment en matière de CMU-C et d'information des personnes détenues à la sortie de détention.

La CNAV, quant à elle, en développant un service tout électronique n'a pas pris en compte les particularités et les besoins de cette population captive qui n'y a pas accès.

Si la multiplication des offres de services électroniques permet aux OSS de composer avec un contexte financier contraint et de simplifier l'accès aux droits sociaux d'une grande partie de la population, elle met à l'écart certaines catégories « vulnérables ». Les personnes détenues en sont l'illustration avec une double peine : confrontées à la fracture numérique, elles ne bénéficient pas non plus des services de proximité des OSS.

Face à ces constats, des solutions imaginatives sont à mettre en place. Elles doivent se structurer autour de deux axes : une meilleure coordination des acteurs et un accès accru au numérique, en partant de dispositifs déjà existants ou d'initiatives locales qui pourraient être généralisés.

L'administration pénitentiaire a demandé aux élèves de l'EN3S de préserver l'anonymat des personnes interrogées.

**Administration pénitentiaire :**

**Directeur :**

- ▼ Entretien avec un directeur de centre pénitentiaire

**DISP :**

- ▼ Echanges par mail avec une référente de l'action sanitaire et sociale
- ▼ Entretien avec la responsable santé et prévention suicide

**Greffes :**

- ▼ Deux entretiens avec deux responsables de greffes
- ▼ Echanges par mail avec plusieurs greffes

**SPIP :**

- ▼ Entretiens avec 3 DSPIP

**Unités sanitaires :**

- ▼ Entretien avec une cadre de santé
- ▼ Entretien avec une responsable du service social de CHU
- ▼ Entretien avec une assistante sociale
- ▼ Entretien avec un cadre de santé

**Organismes de sécurité sociale :**

**CNAM :**

- ▼ Entretien avec Nathalie Julien, Consultante en organisation et accompagnement du changement, Direction déléguée aux opérations, CNAM

**CNAV :**

- ▼ Entretien avec Christine Cambus, Directrice juridique et de la réglementation nationale, CNAV

**CARSAT :**

- ▼ Echanges par mail avec Cécile Van Bockstaël, Attachée de Direction, Partenariat et relations externes, Direction du Social et de l'Informatique, CARSAT Nord Picardie
- ▼ Entretien avec Claudine Midon, agent de production se rendant en détention, CARSAT Auvergne

**CNPE :**

- ▼ Entretien avec Laura Zanin, Directrice adjointe, CPAM du Lot et visite du CNPE du Lot
- ▼ Entretien avec Carla Martins, Manager de secteur, CNPE du Lot
- ▼ 10/09/2018, entretien avec Christophe Calus, Chargé de partenariats et Christine Caillon, Responsable du département de Gestion des bénéficiaires et des projets Planir et Pfidass, réalisé par téléphone

**Grille d'entretien à destination des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP)**

**1. Rôle du SPIP et des CPIP**

- 1.1. Décrire le rôle du SPIP.
- 1.2. Décrire le métier de Conseiller pénitentiaires d'insertion et de probation
- 1.3. De combien d'agents disposez-vous en ETP ? Sur un an, quelle a été votre activité ?
- 1.4. Quels sont les partenaires de votre activité au quotidien ?
- 1.5. Lors de votre formation, un module spécifique traite-t-il de la protection sociale des détenus ?
- 1.6. Dans le cadre de votre mission de réinsertion, quelle place est accordée au maintien ou à la restauration de droits sociaux ?

**2. Organisation de l'accès aux droits des détenus**

- 2.1. Décrire la procédure mise en œuvre à l'entrée et à la sortie de détention concernant les droits maladie. (procédure d'affiliation, mutation, etc.)
- 2.2. La procédure est-elle différente pour les détenus mineurs ?
- 2.3. Comment gérez-vous la situation des détenus en courtes peines ? Existe-t-il une procédure spécifique à cette catégorie de détenus ?
- 2.4. Quels acteurs rencontrez-vous au cours de ces démarches ?
- 2.5. Etes-vous en lien avec le centre national des personnes écrouées (CNPE-Beauvais ou Cahors)
- 2.6. Comment s'effectue la demande de CMU-C ? (Qui est responsable de la demande ? A qui est envoyée l'attestation de CMU-C ?)
- 2.7. Décrire la procédure mise en œuvre par le SPIP pour l'actualisation des droits retraite du détenu.
- 2.8. Accompagnez-vous les détenus proches ou ayant atteint l'âge de départ à la retraite dans leur demande de liquidation de la pension ? Décrire le processus.
- 2.9. Etes-vous en contact avec les CARSAT ?
- 2.10. Quels outils informatiques utilisez-vous au quotidien ? (pour contacter les OSS, suivre les demandes, etc.)
- 2.11. Etes-vous en lien avec d'autres SPIP ? Avez-vous connaissance de réussites particulières ou de difficultés rencontrées par les autres SPIP ?

**3. Limites de l'accès aux droits**

- 3.1. Décrire les principales difficultés rencontrées en détention par les détenus en matière de droits maladie
- 3.2. Comment organisez-vous la sortie de détention ? (notamment quand la date de sortie de détention est inconnue/imprévue)
- 3.3. Décrire les principales difficultés rencontrées à la sortie de détention en matière de droits maladie.
- 3.4. Quels problèmes spécifiques, l'affiliation à la CMU-C pose-t-elle ?
- 3.5. Comment sont remplies les demandes d'affiliation ou de CMU-C ? Quelles sont les difficultés liées à l'utilisation de formulaires en ligne ?
- 3.6. Délais :  
Quels sont les délais d'affiliation d'une personne détenue ?  
Quelles sont les délais d'affiliation à la CMU-C ?  
Quelles sont les délais de ré affiliation à la CPAM de résidence à la sortie ?

#### **4. Pistes d'amélioration**

- 4.1. Selon vous, pourquoi existe-t-il une rupture des droits des détenus ?
- 4.2. Quelles réussites ?
- 4.3. Quelles contraintes perdurent ?
- 4.4. Quelles marges de progression ?
- 4.5. Pensez-vous que la situation s'est améliorée depuis la création en 2017 du centre national des personnes écrouées pour la gestion des droits maladie ?
- 4.6. Quelles seraient, selon vous, les solutions concrètes afin de permettre un meilleur accès aux droits des détenus ?

## **Grille d'entretien à destination du centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées**

### **1. Rôle du CNPE**

- 1.1. Décrire le rôle du CNPE
- 1.2. Le rôle du CNPE s'étend-il à l'affiliation à la CMU-C ?
- 1.3. De combien d'agents disposez-vous en ETP ? Sur un an, quelle a été votre activité (affiliation, transferts..) ?

### **2. Relations CNPE – administration pénitentiaire**

- 2.1. Comment l'administration pénitentiaire et les établissements ont-ils été informés du transfert de l'affiliation aux CNPE ?
- 2.2. Comment les caisses de résidence des établissements pénitentiaires ont-elles été associées à l'information sur la mise en place du CNPE et ses procédures ?
- 2.3. Comment ont été formés les personnels de l'administration pénitentiaire à ce changement ? au logiciel de transmission des affiliations ?
- 2.4. Le logiciel de transmission des informations entre les établissements et le CNPE est-il efficace ? quels sont les principaux problèmes rencontrés ?
- 2.5. Décrire les évolutions de maintenance ou de contenus du logiciel depuis sa mise en place. Quelles évolutions sont prévues ?
- 2.6. Comment caractériseriez-vous vos relations avec les différentes administrations pénitentiaires (qualité des échanges, liens fréquents, personne ressource identifiée, nombre de postes de saisie...) ? Quels sont les principaux problèmes rencontrés ?
- 2.7. Existe-t-il des disparités de traitement/de liens avec les différents établissements pénitentiaires ou direction interrégionales de l'administration pénitentiaire ? (adhésion au dispositif ? cohérence des systèmes d'information...)
- 2.8. Décrire les processus d'affiliation à la CMU-C.
- 2.9. Quels problèmes spécifiques, l'affiliation à la CMU-C pose-t-elle ?

### **3. Relations CNPE-Détenus**

- 3.1. Comment faites-vous parvenir les attestations de droit aux détenus ?
- 3.2. Qui détient la carte vitale du détenu ?
- 3.3. Jusqu'à quand les détenus sont-ils affiliés au CNPE ?
- 3.4. Comment êtes-vous informés de la sortie de détention ?
- 3.5. Quels liens avec les caisses primaires du lieu de résidence du détenu à la sortie de détention ? Comment se passe le transfert du dossier à la sortie de détention ?

### **4. Bilan**

- 4.1. Délais :  
Quels sont les délais d'affiliation d'une personne détenue (délais entre la transmission par l'administration pénitentiaire et la transmission de la carte vitale)  
Quelles sont les délais d'affiliation à la CMU-C ?  
Quelles sont les délais de ré-affiliation à la CPAM de résidence à la sortie ?
- 4.2. Quels sont les indicateurs de qualité qui ont été mis en place à l'installation du CNPE ?
- 4.3. Quel bilan pour l'accès au droit ? Quelles difficultés identifiez-vous encore dans l'accès au droit des anciens détenus ?
- 4.4. Quelles réussites ?
- 4.5. Quelles contraintes perdurent ?
- 4.6. Quelles marges de progression ?

- 4.7. Est-ce que vous allez participer au groupe de travail piloté par la CPAM du Maine et Loire relatif à la démarche PLANIR vis-à-vis des détenus ?
- 4.8. Quelles perspectives à venir ? (actions de promotion des droits ?)

**5. Lien entre organismes de sécurité sociale**

- 5.1. Quels liens avec le CNPE de l'Oise/du Lot ?
- 5.2. Quels liens avec les autres organismes de sécurité sociale (notamment CARSAT) pour un accompagnement du détenu dans l'ensemble de ses droits sociaux ?

## Grille d'entretien à destination des Caisses nationales de sécurité sociale

### 1. Caisse nationale et protection sociale des détenus

- 1.1. Décrire le système de protection sociale des détenus ?
- 1.2. Quel niveau de connaissance des besoins des détenus possède la Caisse nationale ?
- 1.3. Des moyens sont-ils mis en œuvre pour améliorer la connaissance des besoins des détenus ? Si oui, lesquels ?
- 1.4. Quelle est le niveau d'implication des caisses nationales dans la politique sociale des détenus ?
- 1.5. Quels sont les difficultés récurrentes rencontrées dans les dossiers des détenus ?
- 1.6. La simplification des démarches administratives à destination des personnes incarcérées fait-elle partie des objectifs de la Caisse nationale (pièces justificatives à fournir notamment) ?
- 1.7. Quelle appropriation de la dématérialisation ? Une offre adaptée est-elle proposée ?
- 1.8. La Caisse nationale entretient-elle des relations avec l'administration pénitentiaire ?
  - A. Comment caractériseriez-vous ces relations ?
  - B. Ces relations sont-elles utiles pour améliorer la prise en charge des détenus ?
- 1.9. Quelles marges de progression peuvent être dégagées ?

*Pour la CNAM :*

- 1.10. Quels objectifs poursuivait la centralisation dans un pôle national de la gestion des personnes écrouées ?
- 1.11. Comment s'est passé le déploiement du regroupement de la gestion des dossiers ?
- 1.12. Quelles conséquences cela a-t-il eu pour les détenus ?
- 1.13. Quel bilan peut être tiré du regroupement de la gestion des dossiers sur les sites de Beauvais et Cahors ? (qualité des traitements, délais, chiffres clés)
  - A. Quelles réussites ?
  - B. Quelles marges de progression ?
- 1.14. Des difficultés spécifiques à la centralisation de l'attribution de la CMU-C ont-elles été rencontrées ?
- 1.15. Quelles évolutions sont à prévoir dans le traitement des dossiers des détenus ?
- 1.16. En termes de systèmes d'information, comment sont organisées actuellement les relations entre l'administration pénitentiaire et le CNPE ?
- 1.17. Une évolution des liens informatiques entre CNPE et l'administration pénitentiaire est prévue (injection automatique des données de l'administration pénitentiaire dans le logiciel du CNPE), où en est ce projet ?

### 2. Caisse nationale et continuité des droits à la sortie de prison

- 2.1. Quel est le rôle de la Caisse nationale dans la continuité des droits à la sortie de prison ?
- 2.2. Quelles politiques sont mises en œuvre au niveau national ? Combien d'ETP sont mobilisés sur ce sujet ?
- 2.3. Quel déploiement des politiques est assuré sur le territoire ?
- 2.4. Existe-t-il des coopérations entre les caisses locales pour assurer la transition des détenus ? Si oui, quelles formes prennent-elles ? La Caisse nationale pilote-t-elle des coopérations ?
- 2.5. Une hétérogénéité est-elle notable sur le territoire ? Si oui, comment s'organise-t-elle et comment s'explique-t-elle ?
- 2.6. La Caisse nationale dispose-t-elle de statistiques ?
- 2.7. Quel est le taux de non recours ? Quels sont les droits concernés ? Comment expliquer ce non recours ?

- 2.8. Un suivi sur le long terme est-il réalisé ? Si oui, qu'apprend-il à la Caisse nationale ?
- 2.9. Quelles sont les perspectives ?

*Pour la CNAM :*

- 2.10. Des difficultés sont-elles notées lors du transfert entre le CNPE et la caisse primaire du lieu de résidence ?
  - A. Quel délai ?
  - B. Hétérogénéité forte selon les départements ?
- 2.11. Comment l'expliquer ? Comment y remédier ?

## **Grille d'entretien à destination de l'Unité sanitaire**

### **1. Rôle**

- 1.1. Décrire le rôle de l'Unité sanitaire.
- 1.2. Quelles relations avec les composantes de l'administration pénitentiaire ? (SPIP, greffe, etc.)

### **2. Aspect administratif de la prise en charge médicale**

- 2.1. Décrire le processus de prise en charge d'un détenu (orientation du détenu avant prise en charge, lieu de prise en charge, etc.)
- 2.2. Comment se passe la facturation des soins ? (accès à la carte Vitale, problèmes rencontrés)
- 2.3. Des problèmes liés à la CMU-C existent-ils ?
- 2.4. A qui s'adresser en cas de problème sur la facturation ?
- 2.5. A qui s'adresser en cas de problème sur l'affiliation à la CPAM ou à la CMU-C ?
- 2.6. Avez-vous des liens avec le CNPE ?

### **3. Spécificités de la prise en charge médicale d'un public en détention**

- 3.1. Quelles spécificités médicales des détenus ?
- 3.2. Comment s'organise l'accompagnement médical des détenus (suivi régulier ou bien uniquement en cas d'urgence, activités spécifiques vis-à-vis de certaines pathologies, etc.)
- 3.3. Des actions de prévention sont-elles mises en place en détention ? (Troubles psychiatriques, VIH, addictologie, maladies chroniques, etc.)
- 3.4. Des actions de promotion des droits à l'assurance maladie sont-elles mises en place en détention ?

## Grille d'entretien à destination des greffes

### 1. Rôle des greffes

- 1.1. Décrire le rôle général des greffes.
- 1.2. Quelle est l'articulation des greffes par rapport au SPIP ?
- 1.3. Quel rôle dans l'affiliation à l'assurance maladie ? à la CMU-C ?
- 1.4. Combien d'ETP ? Combien de personnes ont pour activité la gestion des droits assurance maladie/assurance retraite ?
- 1.5. Quel volume d'activité par mois ? par an ? (nombre d'affiliations)
- 1.6. Quelles sont les activités qui ont été reprises par les greffes avec la création du CNPE (reprise d'activités précédemment effectuées par les CPAM) ?
- 1.7. Quel impact sur votre activité (chiffres clés)
- 1.8. Quelles mesures ont été prises pour faire face à ce surcroît d'activité ?
- 1.9. Quel est le délai d'envoi des demandes d'affiliation (à partir de l'entrée ou de la sortie des personnes détenues) par les greffes au CNPE ?

### 2. Relations avec le CNPE

- 2.1. Comment caractériseriez-vous vos relations avec le CNPE (qualité des échanges, liens fréquents.) ?
- 2.2. Quels sont les principaux problèmes rencontrés ?
- 2.3. Quelles informations transmettez-vous au CNPE ?
- 2.4. Quelles informations le CNPE vous transfère-t-il ?
- 2.5. Le CNPE vous informe-t-il des modifications réglementaires ou de procédures dans l'affiliation des détenus ? Comment ? Exemples.
- 2.6. Délais ?
- 2.7. Quel est le délai de réponse du CNPE ?
- 2.8. Quel est le délai d'affiliation du détenu au CNPE ?
- 2.9. Quel est le délai pour une demande de CMU-C ?
- 2.10. Avez-vous un interlocuteur identifié au sein du CNPE ? Est-il accessible ?
- 2.11. Le logiciel de transmission des données entre l'établissement pénitentiaire et le CNPE vous semble-t-il satisfaisant ?
- 2.12. Comment s'effectue le transfert des dossiers des détenus lors de leur changement d'affectation d'établissement pénitentiaire ?
- 2.13. A la sortie de détention, informez-vous le CNPE ?

### 3. Bilan

- 3.5. Selon vous, pourquoi existe-t-il une rupture des droits des détenus ?
- 3.6. Quelles réussites ?
- 3.7. Quelles contraintes perdurent ?
- 3.8. Quelles marges de progression ?
- 3.9. Pensez-vous que la situation s'est améliorée depuis la création en 2017 du centre national des personnes écrouées pour la gestion des droits maladie ? (délais de traitement, qualité)
- 3.10. Quelles seraient, selon vous, les solutions concrètes afin de permettre un meilleur accès aux droits des détenus ?

## **Grille d'entretien à destination des CARSAT**

### **1. La prise en charge des ex-détenus par la CARSAT**

- 1.1. Existe-t-il un dispositif particulier à destination des détenus ? et des ex-détenus ? (Services ou personnes dédié(e)s, processus ou circuits particuliers)
- 1.2. Les ex-détenus représentent-ils une population vulnérable pour la CARSAT ? Pourquoi ?
- 1.3. Quelles sont vos priorités d'actions vis-à-vis de cette population ?
- 1.4. Quels points de vigilance avez-vous vis-à-vis de cette population concernant le maintien voire l'ouverture de leur droit à la retraite
- 1.5. Le fonctionnement actuel pourrait-il être amélioré ? Si oui, de quelle manière ?

### **2. L'anticipation de la sortie de prison**

- 2.1. Quelle est la nature des liens entre les services de la CARSAT et les services pénitentiaires ? (Rythmes, fonctionnement des échanges, motifs)
- 2.2. Quels liens avez-vous avec les autres organismes de sécurité sociale et de protection sociale pour cette population ?
- 2.3. Selon vous, la sortie de prison pourrait-elle être améliorée afin de faciliter l'accès aux droits sociaux des ex-détenus ? de quelle manière ?
- 2.4. A quelles difficultés êtes-vous confronté avec cette population ?

### **3. La co-production avec les ex-détenus**

- 3.1. Les détenus sont-ils sensibles et intéressés par la question de leur droit à la retraite ?
- 3.2. Le développement de la co-production au sein des CARSAT est-il adapté à cette population ? Pourquoi ?
- 3.3. Comment combiner développement des démarches en ligne et la situation particulière des détenus ?
- 3.4. Existe-t-il des dispositifs dédiés aux populations vulnérables qui pourraient être adaptés aux ex-détenus ?

### **4. Les pistes d'actions**

- 4.1. Au sein des CARSAT, comment améliorer l'accompagnement des ex-détenus dans l'ouverture de leur droit à la retraite ?
- 4.2. Au sein du monde carcéral, comment améliorer l'accompagnement des ex-détenus dans l'ouverture de leur droit à la retraite ?
- 4.3. La CNAV est-elle impliquée dans l'accompagnement de cette population ?

## **Grille d'entretien à destination des DISP**

### **1. L'anticipation de la sortie de prison**

- 1.1. Quel est le rôle de la DISP concernant les droits sociaux des détenus ? des ex-détenus ?
- 1.2. Quel est le processus d'accompagnement de la DSIP dans le cadre du maintien voire de la restauration des droits sociaux à la sortie de prison ?
- 1.3. Comment anticipez-vous la sortie de prison et le maintien des droits sociaux dans ce cadre ? Quels sont vos priorités ?
- 1.4. Quelles sont les principales contraintes auxquelles vous devez faire face ?
- 1.5. L'accompagnement des détenus dans ce cadre, est-il différencié selon le type et la durée de la peine ?

### **2. Liens avec les partenaires**

- 2.1. Quels sont les partenaires avec qui vous travaillez pour les questions d'ouverture de droits sociaux ?
- 2.2. Quels sont les modalités de cette coordination ?
- 2.3. Quels liens existe-t-il entre les différents services pénitentiaires ?
- 2.4. Quels sont les modalités de cette coordination ?
- 2.5. Quels sont les axes d'amélioration que vous percevez ?

### **3. L'implication des ex-détenus dans le maintien voire la restauration de leurs droits sociaux**

- 3.1. Les détenus sont-ils sensibilisés à la question de leurs droits sociaux, notamment dans le cadre de leur sortie de prison ?
- 3.2. Comment combiner développement des démarches en ligne et la situation particulière des détenus ?

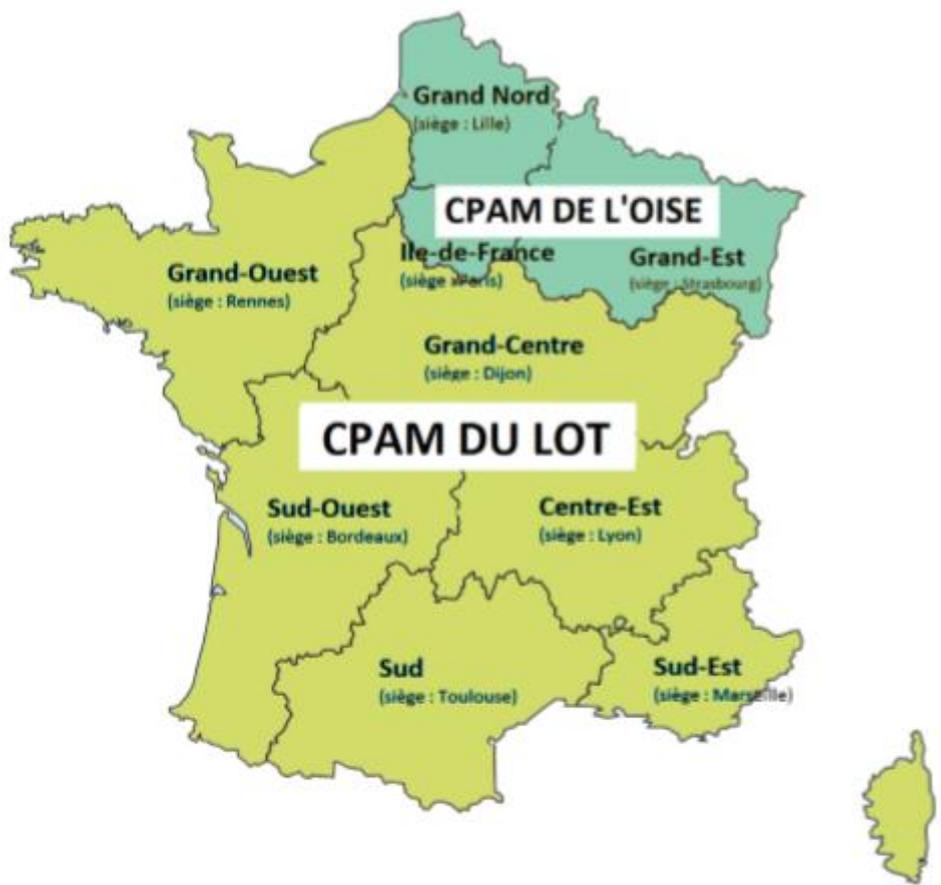
### **4. Les pistes d'actions**

- 4.1. Selon vous, quels sont les pistes d'amélioration de l'accompagnement des détenus dans l'accès à leurs droits sociaux ?
- 4.2. Quelles seraient les solutions concrètes que vous préconiserez afin d'assurer le maintien des droits sociaux des ex-détenus ?

**ANNEXE 3 : CRITERES D’AFFILIATION AU CNPE**

Type d'exécution de peine	Activité professionnelle	CPAM d'affiliation
Incarcération	Non	CNPE
Semi-liberté	Non	CNPE
	Oui	Caisse du lieu de résidence
Placement sous surveillance électronique	Non	CNPE
	Oui	Caisse du lieu de résidence
Placement à l'extérieur	Non	CNPE
	Oui	Caisse du lieu de résidence

**ANNEXE 4 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE ENTRE LES DEUX CNPE**





## Ma situation en sortie de détention

Pour toute question concernant l'Assurance Maladie, je peux contacter le CNPE\* au **09 74 75 75 50** pour bénéficier d'un **accompagnement personnalisé**.

### Quelle protection sociale à ma sortie de détention ?

Je reste provisoirement affilié(e) à la Caisse d'Assurance Maladie du lieu de mon établissement pénitentiaire, le temps d'effectuer les démarches nécessaires au transfert de mon dossier auprès de la CPAM de mon lieu de résidence.

### Quelles sont les aides possibles ?

Selon mes ressources, je peux demander à bénéficier de l'une de ces aides.

- ▶ La **CMU-C [Couverture Maladie Universelle Complémentaire]** c'est la gratuité de mes soins à condition de respecter le parcours de soins.
- ▶ L'**ACS [L'Aide à la Complémentaire Santé]** est une aide financière pour souscrire un contrat santé auprès d'une mutuelle.
- ▶ **Je suis en situation irrégulière** et je vis de manière stable en France depuis au moins 3 mois, je demande une **AME [Aide Médicale Etat]**.

### Quelles sont les démarches à effectuer dès ma sortie ?

- ▶ **Je mets à jour ma carte Vitale** pour continuer à bénéficier de la prise en charge de mes frais de santé
- ▶ **Je mets à jour mon dossier** auprès de la CPAM de mon lieu de résidence, en fonction de ma nouvelle situation (reprise d'une activité professionnelle, changement d'adresse, mise à jour de mes coordonnées bancaires...)
- ▶ **Je choisis et déclare un médecin traitant**
- ▶ **J'ouvre mon compte ameli**, c'est un service de l'Assurance Maladie accessible depuis internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)  
Le compte me permet de télécharger mon attestation de droits et de réaliser bien d'autres démarches en ligne !

Egalement disponible en application mobile



\* CNPE : Centre National de gestion de la protection sociale des Personnes Ecroutées

**ameli.fr**

## ANNEXE 6 : COPIES D'ECRAN DU MASQUE DE SAISIE GESPERE

Gestion des détenus CPAM du Lot v0.31

 **Numéro d'écrou**

**Nouvelle arrivée** | **Changement de situation** | **Sortie** | **Demande attestation**

<b>Nom de famille *</b>	<input type="text"/>	<b>Prénom *</b>	<input type="text"/>
<b>Date de naissance *</b>	<input type="text"/>	<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>
<b>NIR</b>	<input type="text"/>	<b>Demande de carte vitale</b>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
<b>Situation familiale</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse :</b>	
<b>Date d'écrou *</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse 1</b>	<input type="text"/>
<b>Situation</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse 2</b>	<input type="text"/>
<b>Date prévisionnelle de fin de peine</b>	<input type="text"/>	<b>Code postal</b>	<input type="text"/>
		<b>Ville</b>	<input type="text"/>

\* Champ obligatoire

Gestion des détenus CPAM du Lot v0.31

 **Numéro d'écrou**

**Nouvelle arrivée** | **Changement de situation** | **Sortie** | **Demande attestation**

<b>Nom de famille *</b>	<input type="text"/>	<b>Prénom *</b>	<input type="text"/>
<b>Date de naissance *</b>	<input type="text"/>	<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>
<b>NIR</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse :</b>	
<b>Date de levée d'écrou *</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse 1</b>	<input type="text"/>
<b>Evasion</b>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<b>Adresse 2</b>	<input type="text"/>
<b>Décès</b>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<b>Code postal</b>	<input type="text"/>
		<b>Ville</b>	<input type="text"/>

\* Champ obligatoire

Gestion des détenus CPAM du Lot v0.31

 **Numéro d'écrou**

Nouvelle arrivée | Changement de situation | Sortie | Demande attestation

<b>Nom de famille *</b>	<input type="text"/>	<b>Prénom *</b>	<input type="text"/>
<b>Date de naissance *</b>	<input type="text"/>	<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>
<b>NIR</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse établissement ou du domicile si PSE :</b>	
<b>Situation familiale</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse 1</b>	<input type="text"/>
<b>Date de changement de situation *</b>	<input type="text"/>	<b>Adresse 2</b>	<input type="text"/>
<b>Activité professionnelle *</b>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<b>Code postal</b>	<input type="text"/>
<b>Si PSE : Date de début de l'activité professionnelle</b>	<input type="text"/>	<b>Ville</b>	<input type="text"/>
<b>Date prévisionnelle de fin de peine</b>	<input type="text"/>	* Champ obligatoire	

Gestion des détenus CPAM du Lot v0.31

 **Numéro d'écrou**

Nouvelle arrivée | Changement de situation | Sortie | Demande attestation

<b>Nom de famille *</b>	<input type="text"/>	<b>Prénom *</b>	<input type="text"/>
<b>Date de naissance *</b>	<input type="text"/>	<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>

\* Champ obligatoire

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

ACS : Aide à la complémentaire santé

AME : Aide médicale d'Etat

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie

ARS : Agences régionales de santé

ASS : Assistant de service social

CAF : Caisses d'allocations familiales

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CH : Centre hospitalier

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNPE : Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées

COG : Convention d'objectifs et de gestion

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPG : Contrat pluriannuel de gestion

CPIP : Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

CPU : Commission pluridisciplinaire unique

CSL : Centre de semi-liberté

DAP : Direction administrative pénitentiaire

DGS : Direction générale de la santé

DIRPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires

DPIP : Directeur ou directrice pénitentiaire d'Insertion et de probation

DSS : Direction de la sécurité sociale

ENAP : Ecole nationale d'administration pénitentiaire

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

NIR : Numéro d'inscription au répertoire (numéro de sécurité sociale)

OSS : Organismes de sécurité sociale

PFIDASS : Plate-forme d'Intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

PLANIR : Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

PUMA : Protection universelle maladie

QPS : Quartiers de préparation à la sortie

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TRAM : Travail en réseau de l'assurance maladie

UCSA : Unité de consultation de soins ambulatoires

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

USN : Unité de soins normalisée

**Ouvrage**

Didier Fassin, « L'Ombre du monde », Seuil, 2015

**Rapport/ article**

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n° 94, « La santé et la médecine en prison », 26 octobre 2006.

Ministère de la Justice, Prévention de la récidive et individualisation des peines, juin 2014.

INSEE références, Fiches thématiques, « Patrimoine - Les revenus et le patrimoine des ménages - Édition 2016 », juin 2016

INSEE, « Etablissement pénitentiaire », « Définitions », 2016

La cour des comptes, Le service public pénitentiaire : « Prévenir la récidive, gérer la vie carcérale », la documentation française, juillet 2010.

Aline Chassagne, « Les temporalités de la vieillesse en prison. Le temps oublié des « vieux » détenus », ethnographiques.org, Numéro 35 - Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Nouvelles populations, nouveaux lieux, nouvelles pratiques, in Revue en ligne de sciences humaines et sociales, 2017

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité annuel, Dalloz, 2016.

Direction de l'administration pénitentiaire, « Guide des droits sociaux accessibles aux personnes placées sous main de justice », 2016.

Direction de l'administration pénitentiaire, « Mesure mensuelle de l'incarcération », 2018.

Ministère de la justice, « Prévention de la récidive et individualisation des peines – Chiffres clefs », 2014

Ministère de la justice, « Peines alternatives à l'emprisonnement et aménagements de peine », Actualité du ministère, 2008

**Site Internet**

Ameli.fr, droits-démarches-situations-particulières-détention

Justice.gouv.fr, Chiffres de la population écrouée et détenue au 1er janvier 2018