

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Interne de Santé Publique

Filière : Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : Avril 2001

**Dépendance pour les actes de la vie
quotidienne en milieu carcéral
dans la région pénitentiaire Ouest**

Laurence Laplace

Remerciements

Dr Daniel, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS 44
Mme Pujazon, professeur au département POLITISS de l'École Nationale de Santé Publique
Dr Belloncle, chef de service de psychiatrie au SMPR du centre pénitentiaire de Nantes
Dr Robert, médecin chef de l'UCSA du centre pénitentiaire de Nantes
M. Perrais, cadre infirmier à l'UCSA et au SMPR du centre pénitentiaire de Nantes
Mme Sampeur, directrice du centre de détention de Nantes
Mme Pondaven, direction pénitentiaire régionale de Rennes
M. Flock, député de l'assemblée nationale
Dr Roquel, Inspection Générale des Affaires Sociales
Pr. Rodat, chef de service de gérontologie et de médecine légale du CHU de Nantes
M. Labat, Observatoire International de Prisons de Nantes

Le groupe national sur le handicap et la dépendance en milieu carcéral dont la réflexion a largement alimenté cet écrit, ainsi que les personnes ayant ponctuellement soutenu le groupe :

Dr Bouchard, médecin à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Dr Benoist, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de Rennes
Mme Collas, pharmacie de l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Daldallian, Direction de l'Administration Pénitentiaire
Mme Dourdaine, infirmière à l'UCSA de la maison d'arrêt de Fresnes
Dr Durand, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis
Mme Duret-Morineau, psychologue de l'UCSA de la maison d'arrêt de Fresnes
Mme Fac, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de Fresnes
Mme Fournier, UCSA de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy
Mme de Galaard, Direction de l'Administration pénitentiaire
Mme Gery, l'Établissement public de santé national de Fresnes
Dr Khodja, médecin à l'UCSA de Fleury Mérogis
Mme Lallemand, infirmière à l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy
Mme Lanchas, pharmacie de l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Le Bras, neuro-psychologue de l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Leroux-Willems, ergothérapeute à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Noaro, infirmière à l'Hôpital Joseph Imbert
Dr Palou, médecin à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Perot, neuro-psychologue à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Dr Pic, médecin à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Mme Pla, responsable de l'unité d'orientation de la région pénitentiaire parisienne
Mme Remy, infirmière
Mme Roberval, Unité Action Sanitaire, Direction Régionale de Paris
Mme Sanchez, infirmière à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Dr Serres, médecin à l'Établissement public de santé national de Fresnes
Dr Sluban, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de Poissy
Mme Wlodarczyc, assistante sociale à la maison d'arrêt de Metz

Sommaire

1	Contexte	2
1.1	Quelques points sur les caractéristiques de la population carcérale	2
1.2	Contexte juridique de la prise en charge sanitaire	4
1.3	Sensibilisation générale de la population et des politiques	5
1.4	Évènements locaux récents	5
2	Problématique et objectifs	6
3	Enjeux sanitaires et institutionnels	6
4	Éléments de faisabilité	7
5	Méthodologie	7
6	Résultats	9
7	Discussion	15
7.1	Limites de l'étude	15
7.2	Sens de la peine	16
7.3	Droits des détenus	19
7.4	Caractéristiques de la population	22
7.5	Personnalisation de la peine	25
7.6	Orientation des détenus	30
7.7	Aides financières	31
7.8	Aides humaines	41
7.9	Aménagement des locaux	43
7.10	Aides médicales et paramédicales	46
8	Perspectives	50
	Bibliographie	54
	Annexes	57

Prise en charge des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne sur la région pénitentiaire Ouest

1 Contexte

Quatre aspects sont importants à considérer pour comprendre le contexte dans lequel se situe cette étude sur la dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral : tout d'abord quelques points sur les caractéristiques de la population carcérale, le contexte juridique de la prise en charge sanitaire, puis la sensibilisation générale de la population et des politiques, et enfin les événements locaux qui ont conduit à mettre en œuvre cette étude.

1.1 Quelques points sur les caractéristiques de la population carcérale

Au premier janvier 2000, la population carcérale (métropole et outre-mer) se composait de 51 441 détenus, dont 18 100 prévenus et 33 341 condamnés (cf. glossaire annexe 1). La population féminine représentait 3,7% de l'ensemble. Depuis 1990, le nombre de condamnés a nettement augmenté (25 000 condamnés en 1990), tandis que le nombre de détenus a diminué (21 000 en 1990). ⁽²⁸⁾

Parmi les détenus, 77,6% sont français tandis que 22,4% sont étrangers. ⁽²⁸⁾

La répartition par classes d'âge au 1^{er} janvier 2000 en métropole et outre-mer était de : 1,4% pour les moins de 18 ans, 70,5 % entre 21 et 40 ans, 28,1% de la population avait plus de 40 ans ⁽²⁸⁾. La population incarcérée est de plus en plus âgée. Au premier janvier 2000, 1564 détenus avaient 60 ans ou plus, soit 3% de la population incarcérée ⁽⁴⁾ tandis qu'en 1988, ils étaient 515 soit 1% de la population de l'époque ⁽⁵¹⁾, et 390 en 1986.

Les durées moyennes de détention sont plus longues, elles ont presque doublé en vingt ans avec une durée moyenne de détention de 8,3 mois en 1999 contre 4,3 en 1975 ⁽⁴⁾. (La durée moyenne de détention provisoire était de 4,2 mois pour l'année 1999 en métropole contre 2,4 mois en 1975.) La répartition des peines s'est donc modifiée avec une augmentation des longues peines : 25,3% des peines sont inférieure à 1 an, 32,9% entre 1 et 5 ans et 41,8% sont supérieures à 5 ans (dont 595 réclusions criminelles à perpétuité, soit 1,8% de l'ensemble des peines) ⁽²⁸⁾.

Les quatre principales infractions commises sont les vols simples et qualifiés (24,9% des causes principales d'incarcération), les viols et autres agressions sexuelles (22,6%), les infractions à la législation sur les stupéfiants (14,8%), les meurtres, assassinats, empoisonnements (10,5%).⁽²⁸⁾

Les détenus font face à une surpopulation en maison d'arrêt (cf. glossaire annexe 1). Au 1^{er} avril 2000, le rapport entre le nombre de détenus et le nombre de places était de 132%⁽⁴⁾. La densité moyenne d'occupation d'une cellule de 10 m² est de 3 à 4 personnes et peut aller dans les cas extrêmes jusqu'à 6 personnes pour 15 m²⁽⁹⁾. Cette surpopulation s'explique par un nombre de détenus maximum limité au nombre de places en centres de détention (cf. glossaire annexe 1), d'où un encombrement en amont.

Les détenus sont en général en situation de précarité à leur entrée en prison : 15% n'ont pas de domicile stable^(29, 49), leur niveau d'instruction est faible et ils sont majoritairement sans emploi ou sans activité déclarée⁽³⁷⁾.

Les détenus présentent souvent de multiples pathologies et cumulent de nombreux facteurs de risque : 4/5 fument, 1/3 ont une consommation excessive alcool, 1/3 déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues⁽⁴⁹⁾.

D'après le rapport du Haut Comité de la Santé Publique de 1993, plus de 50% des détenus présentent des troubles de la santé mentale, avec notamment des taux de suicide en augmentation (12,9/10000 en 1991, 24/10000 détenus en 1996)⁽⁹⁾. Le taux de suicide est 7 fois supérieur en milieu carcéral par rapport au « milieu libre »⁽⁴⁾.

En ce qui concerne les infections virales, 30 à 40 % des détenus sont infectés par le virus de l'hépatite C à leur entrée en prison⁽³⁰⁾. La prévalence de l'infection au VIH en milieu carcéral était 10 fois supérieure à celle de la population générale en 1992⁽⁴⁸⁾. Elle est cependant en déclin (6% des personnes incarcérées à la fin des années 80 et 1,6% en 1999)⁽³⁰⁾.

A leur arrivée en détention, la moitié des détenus ont besoin de soins dentaires, généralement non urgents (95%)⁽⁴⁷⁾. L'importance des problèmes dermatologiques, pulmonaires, cardio-vasculaires et digestifs est également signalée⁽³⁷⁾.

1.2 Contexte juridique de la prise en charge sanitaire

Trois évolutions majeures sont à souligner dans la prise en charge sanitaire des détenus au cours de ces deux dernières décennies. Ces textes sont le reflet d'une modification de la conception de la prison, du sens que la société lui donne et marquent une ouverture de la prison sur l'extérieur.

Le décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 ⁽¹⁸⁾ confie la mission de contrôle sanitaire des prisons aux « services extérieurs du ministère chargé de la santé ». Les modalités sont exposées dans la circulaire DGS/3A/390 du 30 août 1984. L'inspection médicale est alors transférée du ministère de la justice à l'Inspection générale des affaires sociales et aux services déconcentrés de l'Etat. Les médecins inspecteurs de santé publique reçoivent alors la responsabilité de mener au moins une inspection annuelle des prisons de leur secteur et d'investiguer les plaintes des détenus en matière d'hygiène et de santé.

En 1986, le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ⁽²⁰⁾ a créé les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) (cf. glossaire annexe 1). Ces centres sont chargés de la prévention et des soins des pathologies mentales des détenus. Ils sont financés sur le budget départemental d'hygiène mentale pour les dépenses de personnel médical et paramédical, tandis que l'administration pénitentiaire couvre les charges des locaux et l'entretien des détenus. Il existe au moins un SMPR par région pénitentiaire. (La France est découpée en 9 régions pénitentiaires. cf. annexe 2)

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ⁽⁴⁴⁾, suivie du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 ⁽²¹⁾, ont transféré la responsabilité des soins des centres pénitentiaires au service public hospitalier. Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) sont créés et l'ensemble du personnel y exerçant est salarié de l'hôpital (cf. glossaire annexe 1). Par la même occasion, ce dernier s'est vu en charge des actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires. Chaque détenu et ses ayants droit ont pu également dès lors profiter du régime de la sécurité sociale ⁽¹⁰⁾. Cependant, les détenus sont exclus des mesures de la couverture maladie universelle.

1.3 Sensibilisation générale de la population et des politiques

L'incarcération de plusieurs personnes publiques et surtout le livre de Véronique Vasseur (Médecin-Chef à la prison de la santé) ⁽⁵⁵⁾, largement repris par les médias, ont permis d'engendrer une prise de conscience de la part de la population et des politiques sur l'urgence des prisons. Ce dernier ouvrage a été relayé par les rapports des commissions parlementaires de l'Assemblée Nationale et du Sénat aux titres éloquentes « La France face à ses prisons » ⁽⁴⁾, « Prisons : une humiliation pour la République ». L'indignation des parlementaires a été reprise par la presse ^(6, 7), à la plus grande satisfaction des associations de protection des personnes incarcérées ^(42, 45, 47). Le ministère de la justice se situe maintenant dans une conjoncture très favorable pour améliorer les conditions de détention et jouer son rôle de réinsertion : il connaît la situation des prisons sur l'ensemble du territoire via notamment les rapports des commissions d'enquête du Sénat et de l'Assemblée Nationale, il bénéficie du soutien de la population et des politiciens, il dispose d'un budget inégalé jusqu'à présent, même s'il reste insuffisant (7856 millions de francs courants en 2000 contre 5846 en 1990 ⁽²⁸⁾), et des réflexions s'enclenchent sur les alternatives à l'incarcération ⁽⁴⁾.

1.4 Évènements locaux récents

Au début janvier 2000, le responsable des UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) et le chef de service du SMPR de Nantes (Service médico-psychologique régional), ont alerté par courrier l'inspection de la santé de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Loire Atlantique sur « la situation de patients chroniques somatiques et/ou psychiatriques ne justifiant pas de soins aigus, mais justifiant d'une prise en charge constante pour les actes les plus courants de la vie ». Cette information a donné lieu sur Nantes à un bilan du nombre de détenus concernés par cette situation. A l'aide de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), 9 détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne ont été recensés courant février 2000, 2 classés en GIR (2), 4 en GIR (4), et 3 en GIR (5). Regroupés dans un même endroit, ces détenus ne bénéficiaient que de l'aide d'un co-détenu (auxiliaire), posant ainsi un problème éthique et de qualité de prise en charge ⁽¹⁷⁾. Des soutiens personnalisés en fonction des possibilités ont été mis en œuvre : une prise en charge en hospitalisation à domicile (patient décédé depuis) et une hospitalisation en psychiatrie.

Depuis, différentes réunions ont rassemblé la DDASS, l'UCSA, le SMPR, la direction du centre pénitentiaire de Nantes et la direction régionale de Rennes. Cette région pénitentiaire Ouest couvre les régions administratives des Pays de la Loire, la Bretagne et la Basse-Normandie. Une volonté de mieux connaître les besoins sur la région et d'améliorer les modes de prise en charge, ont abouti à la mise en œuvre de cette étude.

2 Problématique et objectifs

La question sous-jacente à l'étude peut se formuler ainsi : quelle offre de soins peut-être proposée aux détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne ?

La dépendance pour les actes de la vie quotidienne a été définie dans la loi du 24 janvier 1997 ⁽¹⁶⁾ comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ».

L'objectif est donc de proposer des solutions de prise en charge de ces détenus en tenant compte de l'aspect sécuritaire et si possible de commencer à les mettre en œuvre.

Pour répondre à cet objectif, trois axes de travail ont été investigués :

- la quantification sur la région pénitentiaire Ouest du nombre des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne et évaluation de l'importance de cette dépendance.
- l'identification de l'offre actuellement apportée à ces détenus en terme d'aides humaines et matérielles.
- et une réflexion collective intégrant différents partenaires de santé et du milieu carcéral.

3 Enjeux sanitaires et institutionnels

Les enjeux sont multiples.

Sur le plan sanitaire, les enjeux sont :

- une meilleure prise en charge des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne par un meilleur accès aux soins de qualité, un respect de l'éthique médical et des droits de chacun.
- et un décroisement entre le sanitaire et le social.

Sur le plan institutionnel, il s'agit de consolider des relations positives entre les institutions de santé de l'Etat, les responsables du milieu carcéral, les collectivités territoriales et les associations de tierces personnes.

Sur le plan culturel, cette étude peut permettre de contribuer à la sensibilisation des professionnels et de la société en générale, via les associations (OIP, CODERPA.), les contributions aux congrès et à la littérature.

4 *Eléments de faisabilité*

- Cette étude a fait suite à une demande émanant du terrain donc à un problème existant au moins dans certains endroits de la région pénitentiaire.
- Elle a impliqué dans sa mise en œuvre des médecins, les administrations pénitentiaires, le conseil général et les services déconcentrées de l'Etat. Elle a consulté d'autres intervenants comme des personnes de l'IGAS et des associations. Le travail s'est donc situé au plus près du terrain et dans un cadre pluridisciplinaire.
- La région pénitentiaire se constitue de 19 établissements dont une grande partie a rapidement renvoyé ses données. Aucune difficulté majeure de calendrier ne devait donc entacher le travail.
- Des entretiens auprès de professionnels (médecins, infirmières, psychologues, surveillants, IGAS...) et association (O.I.P.), ainsi que l'intégration à un groupe national sur le sujet ont permis une réflexion riche et proche du terrain.

5 *Méthodologie*

Le protocole, le questionnaire et le guide de remplissage ont été validés par le centre pénitentiaire de Nantes et la direction régionale de Rennes. (cf. annexes 3, 4 et 5)

La population cible se composait des détenus, prévenus ou condamnés, dépendants pour les actes de la vie quotidienne. Les établissements pénitentiaires inclus étaient ceux de la région pénitentiaire Ouest soit 19 établissements répartis dans les Pays de la Loire, la Bretagne et la Basse-Normandie.

Durant l'été 2000, un courrier d'information, le questionnaire, l'aide au remplissage et le protocole ont été envoyés par la DDASS de Loire Atlantique à l'administration pénitentiaire régionale de Rennes. Celle-ci a informé les directeurs d'établissement pénitentiaire de cette enquête et a sollicité leur collaboration pour le recueil des reliquats de peine (information détenue par les greffes). Les mêmes documents ont été envoyés aux médecins inspecteurs des DDASS pour diffusion auprès de leurs UCSA et du service médical de l'établissement 13000 d'Argentan (Orne) (cf. glossaire annexe 1).

Les responsables des centres de soins ont repéré les détenus correspondants aux critères, rempli un questionnaire anonyme par détenu et collecté le reliquat de peine auprès du greffe de l'établissement. Ils ont renvoyé les questionnaires au médecin inspecteur de leur DDASS qui les a transmis à la DDASS de Loire Atlantique.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Excel 7 et Epi Info (CDC d'Atlanta, version 6). Une réflexion sur l'offre possible à ces détenus s'est engagée entre la DDASS, les établissements pénitentiaires de la région, les U.C.S.A., des détenus, des élus (député, conseil général, maire), une association (Observatoire International des Prisons) et le groupe de réflexion nationale sur le handicap et la dépendance en milieu carcéral. Ce dernier groupe comporte des médecins, infirmières, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, surveillants, responsables au ministère de la justice.

Le questionnaire se composait de plusieurs parties : l'identification de l'établissement afin de repérer les lieux et types d'établissement confrontés au problème, l'identification anonyme du détenu (âge, sexe, statut prévenu ou condamné, reliquat de peine), le recueil des principales pathologies nécessitant une surveillance médicale, l'évaluation de la perte d'autonomie à partir de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), les aides humaines et matérielles fournies aux détenus et les problèmes résiduels.

La grille AGGIR a été choisie par sa reconnaissance officielle comme outil d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance. Elle permet d'apprécier la plus ou moins grande capacité des demandeurs à effectuer diverses activités de la vie quotidienne ⁽¹⁴⁾. Elle classe les individus en 6 catégories variant en fonction de la charge de travail d'une tierce personne pour prendre en charge les actes de la vie quotidienne. ⁽¹⁶⁾

Les personnes classées en GIR (1) sont confinées au lit ou au fauteuil et ont perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale.

Deux catégories de personnes se trouvent en GIR (2) : les personnes au lit ou au fauteuil avec des fonctions mentales partiellement conservées mais ayant besoin d'une prise en charge pour la plupart des actes de la vie quotidienne ; et des personnes aux fonctions mentales totalement altérées mais avec une partie de leurs capacités motrices.

Dans le GIR (3) sont classées des personnes ayant conservé leur autonomie mentale mais ayant perdu partiellement leur autonomie locomotrice et nécessitant quotidiennement une aide pour leur autonomie corporelle.

Le GIR (4) correspond aux personnes ayant besoin d'aide pour la toilette, l'habillage et les transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement.

Le GIR (5) regroupent des personnes se débrouillant seules mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR (6) rassemblent les personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

6 Résultats

L'ensemble des 19 établissements ont répondu à l'étude.

➤ Répartition géographique

Sur l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région, 32 détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne ont pu être identifiés. 11 étaient incarcérés en maison d'arrêt et 21 en centre de détention. Six établissements sur 19 étaient confrontés au problème. Les villes concernées étaient Nantes (15 détenus), Rennes (12 détenus), Caen (3 détenus) et Argentan (2 détenus).

➤ Description de la population

Sur les 32 détenus concernés, 21 étaient de sexe masculin et 11 de sexe féminin. Les prévalences calculées sur la région pénitentiaire étaient donc de 5,4 hommes dépendants pour 1 000 détenus incarcérés et de 37,3 femmes dépendantes pour 1 000 détenues, soit une prévalence 6 fois plus importante chez les femmes. En extrapolant ces résultats à l'ensemble du territoire français, le nombre de détenus dépendants peut être estimé à 268 hommes et 70 femmes, soit 338 personnes (par rapport à la population en détention au 1^{er} janvier 2000).

La moyenne d'âge des détenus dépendants était de 54,0 ans (écart-type à 12,1) pour une médiane à 53,5 ans. Cependant, les hommes étaient significativement plus âgés que les femmes, avec respectivement une moyenne d'âge à 57,3 ans et 47,8 ans (écart-type respectivement de 11,4 ans et 11,3 ans) et une médiane à 54 et 45 ans.

Parmi les 32 détenus dépendants, 7 étaient prévenus et 25 condamnés.

Pour les 25 condamnés, le reliquat de peine s'étendait de 1 mois à 18 ans avec une moyenne de 4 ans et 3 mois pour une médiane de 2 ans et demi.

L'aménagement de peine possible n'a été renseigné que pour la moitié des fiches, dont 4 mentionnaient une possibilité, à chaque fois par libération conditionnelle.

➤ Pathologies

Les pathologies recensées ont été regroupées comme suit : 13 maladies cardio-vasculaires (soit près d'un détenu dépendant sur 2), 12 problèmes ostéo-articulaires (périarthrite calcifiante, prothèses, ostéotomie, arthrose limitant la mobilité...), 3 démences, 11 pathologies neurologiques (hémiplegies, troubles mnésiques, troubles de la marche, infirmité motrice cérébrale, syndrome tétrapyramidal...), 9 problèmes psychiatriques (dépressions, potomanie, conversion hystérique...), 7 pathologies respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire, asthme...), 5 pathologies endocriniennes (obésité, diabète), 4 problèmes hépatiques (hépatite alcoolique, cirrhose alcoolique), 2 gastrites, 2 problèmes néphrologiques (maladie de Berger, insuffisance rénale) et 7 autres problèmes (problème dentaire, incontinence urinaire, cancer de la prostate...).

Les pathologies mentionnées pour les femmes n'étaient pas différentes de celles des hommes.

Sur les 30 feuilles remplies pour cette rubrique, le nombre moyen de pathologies nécessitant une surveillance médicale était de 2,5 par détenu dépendant.

➤ Dépendance

Parmi les 32 détenus dépendants, 25 présentaient une dépendance purement physique, tandis que 7 (et essentiellement 5) alliaient une dépendance physique et psychique.

L'importance des différentes modalités de dépendance est récapitulée dans le tableau I ci-dessous. Les différences portaient essentiellement sur la toilette du bas du corps, l'habillement moyen et du bas du corps, les transferts et les déplacements. Près de la moitié des détenus, jusqu'au deux tiers suivant les items, ne pouvaient effectuer ces actes correctement et habituellement seuls.

Tableau I : répartition de la gravité des différentes modalités de dépendance

	fait seul correctement	fait partiellement	ne fait pas
cohérence	26	5	1
orientation	27	4	1
toilette haut du corps	18	11	3
toilette bas du corps	14	13	5
habillement haut du corps	23	8	1
habillement moyen	20	11	1
habillement bas du corps	18	13	1
se servir	25	5	2
manger	24	8	0
élimination urinaire	26	5	1
élimination fécale	29	3	0
transferts	15	17	0
déplacements à l'intérieur	10	14	8

La répartition des détenus par établissement et par indice de gravité (codage AGGIR) est fournie dans le tableau II ci-dessous. Aucun GIR (1) n'a été recensé, mais près des deux tiers des détenus étaient moyennement à fortement dépendants pour les actes de la vie quotidienne (GIR 2 à 4).

Tableau II : répartition des détenus par établissement et codage AGGIR

Centres	GIR (2)	GIR (3)	GIR (4)	GIR (5)	GIR (6)	Total
MA Nantes	0	1	3	4	2	10
CD Nantes	1	1	3	0	0	5
MA Rennes	0	0	1	0	0	1
CD Rennes (F)	0	0	6	4	1	11
CD d'Argentan	0	0	0	2	0	2
CD Caen	1	0	2	0	0	3
Total	2	2	15	10	3	32

➤ Aides aux détenus

Aides humaines

Les aides fournies et le statut des aidants sont récapitulés dans le tableau III ci-dessous. Quatre détenus bénéficiaient de l'aide d'une personne qualifiée.

Tableau III : aides humaines aux détenus et statut des aidants

nombre de détenus	type d'aide reçue	statut de l'aidant (nombre de détenus en bénéficiant)
10	nettoyage de cellule linge, vaisselle, lit	co-détenus (10)
8	apporter repas, médicaments, cantine porter les choses, couper la viande	co-détenus (8)
7	hygiène corporelle (toilette)	co-détenus (3), IDE (1), AS (3)
5	habillement	co-détenus (3), AS (2 détenus)
5	aide aux déplacements	co-détenus (5)
4	éducation sanitaire, kinésithérapie réorientation dans le temps et l'espace	IDE (1), kinésithérapeute (1), surveillante (1), NP (1)
2	courrier, écoute	co-détenus (2)

IDE : infirmière diplômée d'État ; AS : aide-soignant ; NP : non précisé

13 détenus ne bénéficiaient pas d'aide humaine. Parmi ces détenus, 1 était coté en GIR (3), 5 en GIR (4), 4 en GIR (5) et 3 en GIR (6).

Aides matérielles

Les aides matérielles fournies aux détenus et le nombre de détenus en bénéficiant sont regroupés dans le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : répartition des aides matérielles aux détenus

nbr pers.	types d'aide matérielle
5	béquilles
4	fauteuil roulant
3	petits matériels (balai, moulin, garnitures hygiéniques)
2	poste de travail aménagé
2	rampes d'escalier
2	chaussures orthopédiques
2	cellule aménagée (large porte, grande cellule, barre de soutien aux toilettes, Rez de Chaussée)
2	douche pour fauteuil roulant à l'infirmerie
2	assistance respiratoire de nuit
1(+2)	barres de soutien (douches, évier) (+ cellules aménagées)
1	fermeture eau courante (potomane)
1	cellule d'accueil (surveillants identiques)

13 détenus ne bénéficiaient d'aucune aide matérielle, 1 détenu GIR (3), 5 GIR (4), 4 GIR (5) et 3 GIR (6).

Sur les 32 détenus dépendants, 9 n'avaient aucune aide humaine ni matérielle identifiée. Il s'agissait de 4 détenus cotés GIR (4), 3 GIR (5) et 2 GIR (6).

➤ Autres problèmes évoqués

En ce qui concerne les problèmes médicaux et leurs prises en charge, plusieurs aspects ont été mentionnés : l'amélioration impossible de l'état de santé de certains patients, des prises en charge parfois très compliquées (dextro pour le suivi des diabétiques, les stylos n'étant pas autorisés en cellule), une communication difficile avec le patient par l'incohérence de ses propos et son état psychologique, un manque d'hygiène corporelle et/ou de la cellule parfois non réalisé par le détenu et enfin le cercle vicieux des difficultés à la mobilisation entraînant un cloisonnement dans la cellule et une aggravation de la dépendance.

Les conditions matérielles ont également été mentionnées.

Par exemple pour un détenu obèse, monter dans son lit haut superposé (le lit du bas étant déjà occupé par un détenu obèse) impose de tirer la table pour monter dessus (effort pouvant être difficile pour la personne), la fine épaisseur du matelas amplifie la douleur liée au sommier, et se relever implique que le détenu se tourne dans son lit (puisqu'il ne peut physiquement s'asseoir directement) et donc se roule sur la barre de fer du lit pour atteindre la table et redescendre. Ceci est le cheminement quotidien d'un détenu de 210 kilogrammes. Les personnes ayant des difficultés à se baisser ont aussi mentionné leurs problèmes pour s'agenouiller au sol et frotter le plancher de leur cellule pour le nettoyer.

Un souci à la fois matériel et financier rencontré par certains détenus obèses est la difficulté de se vêtir. Les adultes handicapés en prison ne touchent plus que 12% de leur allocation (429 francs/mois). La commande de vêtements de grande taille ne se fait pas sur catalogue standard et coûte très chère. Les changes de certaines personnes s'en trouvent particulièrement restreints.

Enfin, certains détenus ne pouvant plus avaler des morceaux de viande ne mangent plus de viande, le hachoir à main de l'auxiliaire n'étant pas suffisamment efficace pour les réduire.

Sur le plan architectural, plusieurs problèmes ont été signalés. Des cellules sont souvent trop petites pour le passage d'un fauteuil roulant. L'utilisation d'une canne peut également être difficile, s'accrochant partout dans la cellule lors des déplacements. Ce dernier aspect peut obliger certains détenus à circuler à quatre pattes dans leur cellule. La circulation des personnes dépendantes n'est pas facilitée par les escaliers, l'absence fréquente d'ascenseur et de rampes au niveau des escaliers. Enfin, l'utilisation de la douche peut être limitée par la hauteur d'une marche pour accéder au bac et le fait que celle-ci soit très glissante. De même, l'accès aux douches est limité pour les gens particulièrement obèses, par le faible espace entre les planches séparant les douches et celles fixées pour poser les vêtements. Les douches semblent être un endroit où la personne dépendante soit particulièrement vulnérable, ne serait ce que par les problèmes d'accès aux douches, le fait de se laver, se sécher et se rhabiller seul, le risque de glissade et de malaise, et le fait de dépendre des autres détenus présents à ce moment là. Peu de détenus demandent de l'aide et certains ont signalé qu'ils avaient tenté de rémunérer un co-détenu pour être aidé mais que la transaction était très vite devenue malsaine pour le dépendant, un système de racket s'instaurant rapidement.

Le problème de l'encadrement a également été signalé, essentiellement pour les déments qui nécessitent une présence et une surveillance constantes.

7 Discussion

Après avoir évoqué les limites de l'étude, certains aspects du sens de la peine, des droits des détenus et quelques caractéristiques les concernant, la personnalisation de la peine et les orientations des personnes seront débattues, puis les différentes aides envisagées, tant au plan humain, financier qu'architectural.

7.1 Limites de l'étude

Plusieurs limites peuvent être identifiées, portant soit sur les résultats eux-mêmes, soit sur l'extrapolation des données.

- Tout d'abord il est possible que l'estimation de la perte d'autonomie ne soit pas tout à fait exacte et ceci pour trois raisons. Les utilisateurs de la grille AGGIR n'avaient certainement pas l'habitude de cet outil et de plus, de part leur charge de travail, ils n'ont peut-être pas systématiquement pris le temps de voir chaque détenu pour poser chaque question, vérifier par exemple leur orientation dans le temps et l'espace, leur demander s'ils arrivaient correctement et habituellement à se laver les pieds, à enfiler leurs chaussettes, s'ils recevaient l'aide d'un codétenu pour nettoyer la cellule, pour s'habiller... Ces difficultés sont des exemples de celles les plus fréquemment citées mais qui ne sont pas systématiquement connues de l'équipe soignante. Cependant, les équipes connaissent assez bien les détenus posant problèmes et il est possible d'espérer que le codage et les informations sur les aides fournies étaient proches de la réalité. A ce manque d'habitude d'utilisation de la grille et des conditions de remplissage, vient s'ajouter une probable surestimation de la dépendance par l'item « déplacement à l'intérieur ». La grille AGGIR ne prend en compte que les faits, quelle que soit la raison pour laquelle ils ne sont pas faits, par volonté, par connaissance, par capacité. Plusieurs détenus ont signalé ne jamais sortir de leur cellule, non seulement pour des difficultés de mobilité mais aussi et de façon non négligeable, par la peur de se faire agresser par d'autres détenus. Cependant, même si sur cet item la non-réalisation relève plus de la volonté, les détenus dépendants rencontrés ont manifesté une forte volonté d'assumer seul le plus possible leurs difficultés, malgré tous les obstacles matériels et architecturaux auxquels ils sont confrontés, la perspective de demander de l'aide étant parfois trop effrayante.

- Une sous-estimation du nombre de détenus dépendants est également possible. En effet, une méconnaissance par l'équipe soignante des difficultés rencontrées par certains détenus est envisageable, ces derniers pouvant se faire aider par d'autres détenus de manière informelle. Cependant, ces aides, ignorées par l'équipe soignante, pallient probablement des besoins limités, donc des dépendances légères. Le défaut d'exhaustivité peut donc exister mais à la marge et sur des détenus faiblement dépendants.
- L'estimation du nombre de détenus dépendants sur l'ensemble du territoire au moment de l'étude est également à interpréter avec précautions, tout d'abord par un manque possible d'exhaustivité sur la région (cf. § ci-dessus), et par des variations interrégionales très probables. En effet, certains établissements, tels que dans la région parisienne, sont fortement confrontés aux problèmes des détenus dépendants, tandis que d'autres ne semblent absolument pas gênés. Pour illustrer les disparités pouvant exister, même si la population n'est pas tout à fait superposable (cf. glossaire annexe 1), les taux de détenus handicapés identifiés en 1990 par l'IGAS ⁽⁵²⁾ variaient de 2,7 % dans la direction régionale de Paris à 0,9% dans les directions régionales de Lyon et de Dijon pour un taux moyen d'handicapés parmi les détenus de 1,6%.

7.2 Sens de la peine

Du sens de la prison et de la peine découlera l'évolution des prisons, et la place qu'elles donneront à la réinsertion. Ce sens a été et sera modifié par le regard du citoyen sur la prison, le regard du détenu sur sa peine, le regard des professionnels exerçant dans un établissement pénitentiaire sur leur travail. ^(4, 6)

Pour cette réflexion, il est important de distinguer la sanction et l'enfermement qui sont deux notions différentes ⁽⁴⁾. Une personne peut être sanctionnée mais non privée de liberté, si par exemple, seulement une amende est à payer ou si la personne est contrainte à des travaux d'intérêt général. De l'autre côté, un enfermement n'est pas toujours lié à une sanction, tel est le cas pour les prévenus. Il doit alors être motivé et réfléchi. La différence entre ces deux notions est fondamentale pour le sens de la peine et les modalités de celle-ci. Les alternatives à l'incarcération peuvent sanctionner sans forcément placer la personne en détention. La personne est alors reconnue coupable mais les modalités d'exécution de la peine varient. Ainsi, la peine peut être repensée pour de nombreux cas comme pour une

personne jugée bien après les faits et ayant depuis perdu ses capacités intellectuelles, ou pour une personne ayant purgé une partie de sa peine et dont l'état physique et/ou intellectuel s'est nettement détérioré. L'enfermement est une privation de liberté qui a pour but de protéger la société, punir la personne ayant commis un délit et essayer de la réinsérer à sa sortie.

Il y a par rapport à la victime un devoir de réparation et par rapport à la société un devoir de protection. Or, une privation de liberté n'a plus les mêmes raisons d'être pour une personne moyennement à fortement dépendante pour les actes de la vie quotidienne, elle est déjà, dans une certaine mesure, privée de liberté. La protection de la société ne devrait plus se penser à la même échelle. De même, punir un détenu, le faire réfléchir sur l'acte commis et essayer de le réinsérer n'a plus de sens lorsque le détenu est devenu dément...

Il est également utile de distinguer deux conceptions différentes de la justice : soit la sanction et les modalités d'exécution de la peine punissent un acte, soit ils punissent une personne. Ces deux approches posent toujours les questions de l'utilité de la prison et du temps de détention. ⁽⁴⁾

Dans le cas où l'acte est puni, le détenu doit payer pour ce qu'il a fait ; une fois la peine écoulee, la société doit considérer que la dette est payée et la personne doit retrouver une place ordinaire au sein de celle-ci. Cependant en pratique, la sanction ne se limite actuellement pas au temps de l'incarcération. Les anciens prisonniers n'ont pas les mêmes droits que n'importe quel citoyen, une vérification du casier judiciaire est parfois exigée pour obtenir certains postes, le regard de la société est lourd à porter et la mise à l'écart de celle-ci fréquente ⁽³⁷⁾...

Lorsque ce sont les hommes qui sont punis, l'objectif est de dissuader les éventuels criminels et protéger la société. Les peines peuvent alors être particulièrement longues. Notre système judiciaire n'a pas tranché en faveur d'une conception et passe de l'une à l'autre.

Ces différents aspects portent un regard particulier sur la durée de la peine. La suppression de la peine de mort peut être l'une des raisons de l'allongement de l'incarcération. La peine doit théoriquement permettre au détenu de s'amender et se reclasser. La protection de la société passe par la réinsertion de l'individu. Or, l'impact déstructurant de la prison pour certaines personnes et notamment pour les longues peines est reconnu ⁽⁴⁾. La commission prison de la Ligue des droits de l'Homme propose des peines plus positives et plus courtes, en se demandant même s'il ne serait pas préférable que les personnes incarcérées depuis de nombreuses années ne sortent jamais⁽⁴⁾. Plus les peines sont longues, plus la personne se détruit, et le travail sur le sens de l'acte commis et sur la réinsertion est anéanti.

Le sens de la peine pose également le problème de la responsabilité de la personne et donc de l'expertise psychiatrique. De moins en moins de personnes sont déclarées irresponsables au moment des faits ⁽⁴⁾ et les prisons se remplissent de détenus souffrant de troubles psychiatriques ^(4, 14, 30). Plusieurs médecins ont dénoncé un système où les experts sont souvent des praticiens connaissant mal le milieu carcéral et qui savent que s'ils déclarent une personne non responsable au titre de l'article 122-1 du code de procédure pénale, ils vont la retrouver dans leur service et probablement pour de nombreuses années ⁽⁴⁾, la levée de la mesure nécessitant l'accord de deux experts. Ils ne peuvent se permettre d'engorger leur lit de cette manière. Les experts sont alors à la fois juges et parties. De plus, il n'y a pas de présence sécuritaire dans les services de psychiatrie ⁽⁴⁾, la peur d'un nouvel acte et le souci de protection du personnel et des autres patients peuvent mener l'expert à préférer orienter le patient en prison. La prison se trouve alors obligée de palier à l'accueil de ces malades, l'hôpital psychiatrique n'assurant plus l'ensemble de ses missions ⁽⁴⁾. Les problèmes générés par la prise en charge de ces détenus se multiplient par des durées de peines culturellement plus longues que pour les autres ⁽⁴⁾ et se répercutent non seulement sur la vie des patients mais aussi sur le personnel exerçant dans l'établissement et sur les autres détenus.

Ainsi, le sens de la peine devrait se trouver au cœur de la réflexion du milieu pénitentiaire et donner lieu à un débat politique plus important. Le conseil constitutionnel du 20 janvier 1994 a décrit les missions de la prison comme « l'exécution des peines privatives de liberté... conçue non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi pour favoriser l'amendement de celui-ci et préparer son éventuelle réinsertion » ⁽⁴⁾. Une définition plus précise et hiérarchisée des missions de l'administration et les moyens pour les mettre en œuvre permettraient de mieux appréhender la vie en détention ⁽⁴⁾. De même, une réflexion sur l'appréciation de la responsabilité psychiatrique des personnes et sur leur prise en charge devrait être menée. L'idéal serait d'obtenir une expertise indépendante. Enfin, une définition des critères de « troubles de l'ordre public » serait nécessaire pour limiter les détentions en prévention et aménager les peines des détenus ne représentant plus un danger pour la société.

7.3 Droits des détenus

Les droits des détenus ont varié au cours du temps avec le sens donné à la peine. Lors des déportations, les personnes étaient complètement rejetées par la société qui ne voulait plus les voir ni entendre parler d'eux. La prison a également longtemps été synonyme de souffrance physique et psychologique. La souffrance infligée faisait partie intégrante du châtimeur. Il s'agissait de dissuader les délinquants en infligeant des conditions de vie inhumaines. Puis, la conception de l'incarcération comme seulement la privation de liberté et l'apparition de la mission de réinsertion ont fait évoluer les droits ⁽⁴⁾. Les détenus bénéficient par exemple pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Depuis 1994, les privations des droits de vote, de témoigner en justice, d'exercer certains droits familiaux, ne sont plus automatiques. ⁽³⁸⁾

A partir du moment où une durée d'incarcération a été fixée lors d'un jugement, la société s'engage à libérer la personne à la fin de la période et à le réintégrer comme citoyen « ordinaire ». Elle se doit donc de respecter un minimum l'homme et la femme placés en détention, puisqu'ils font toujours partie de la société. Ce devoir n'existait pas avec la conception de la déportation. De plus, la sécurité de la société passe par une bonne réinsertion des anciens détenus. Il est donc important de ne pas faire du détenu une victime mais de respecter ses droits et d'essayer de le responsabiliser. Une détention particulièrement difficile avec des conditions de vie dégradantes et des droits bafoués, ne conduiront pas un détenu à se repentir et respecter une société qui ne le respecte pas.

Actuellement, les détenus sont théoriquement uniquement privés de liberté et devraient conserver le droit à la santé. Ce droit est inscrit dans le préambule à la Constitution de 1946 qui « garantit à tous, notamment à l'enfant, la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé » ⁽¹⁴⁾. Lors du Conseil de l'Europe du 18 octobre 1993, le Comité des ministres a rappelé que les soins médicaux et les mesures de protection de la santé doivent être considérés comme un droit fondamental pour les personnes privées de liberté ^(9, 14). Enfin, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection ⁽⁴⁴⁾ confiait à l'hôpital la mission d'assurer aux personnes incarcérées, une qualité et une continuité des soins équivalentes à celle offerte à l'ensemble de la population. Plusieurs textes internationaux réitèrent ce droit fondamental.

Non seulement l'accès aux soins doit être préservé mais également la qualité de ceux-ci devrait être équivalente, et le secret médical également respecté ^(37, 48). L'article 7 du code de déontologie médicale ⁽¹¹⁾ stipule que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou

soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ». S'occuper d'un détenu, c'est porter un regard différent sur lui, non pas voir les faits commis mais le considérer comme un individu dont nous sommes en charge et dont il faut soulager la souffrance inutile ⁽¹⁴⁾.

Le contrôle de ce respect de la prise en charge sanitaire est confié par le décret n°84-77 ^(18, 48) du 30 janvier 1984 à l'Inspection générale des affaires sociales et aux médecins inspecteurs des DDASS.

Or, le droit à la santé est inégalement assuré ^(4, 8, 48), notamment pour les détenus nécessitant des soins psychiatriques. Des disparités géographiques existent en terme d'offres humaines et matérielles ⁽⁴⁸⁾. Mais ces disparités sont particulièrement importantes par rapport à la qualité de prise en charge du milieu libre ^(4, 7). Les hôpitaux psychiatriques sont très réticents à accepter des détenus, surtout qu'aucune garde statique n'existe dans ce secteur contrairement aux services de médecine, chirurgie et obstétrique. Les quatre unités pour malades difficiles (UMD) ont, de plus, des capacités d'accueil réduites et les délais d'hospitalisation peuvent être très longs, par le manque de lits, la longueur des procédures, l'organisation du trajet... Cependant, les détenus peuvent être prioritaires : le délai d'attente pour l'unité Cadillac est ainsi d'environ un an ⁽⁴⁾ pour les personnes libres, mais certains détenus peuvent y être hospitalisés en une à deux semaines...

Au vue de l'article D.398 du code de procédure pénale qui stipule qu'une personne en état d'aliénation ne peut pas être maintenue dans un établissement pénitentiaire, l'importance du nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques graves dont les déments, peut surprendre. Il est de plus étonnant que l'incompatibilité avec la détention ne soit inscrite que pour l'état mental et non physique ⁽³⁷⁾. En effet, ne pas pouvoir par exemple se laver, s'habiller, manger correctement, devoir se déplacer à quatre pattes ou être à la merci d'un autre détenu peu scrupuleux portent atteinte à la dignité de l'homme, dignité comme droit « inaliénable et sacré » selon le conseil constitutionnel ⁽⁴¹⁾.

Le Code de procédure pénale prévoit que des établissements ou des quartiers d'établissements appartenant à la catégorie des maisons d'arrêt, des maisons centrales (cf. glossaire annexe 1) et des centres de détention, doivent avoir une vocation sanitaire et être aménagés pour que les détenus reçoivent des soins ou qu'ils soient soumis à la même surveillance médicale requise par leur âge ou leur handicap. Six centres ont été aménagés

et plus ou moins spécialisés ^(4, 14) : l'établissement public de santé national de Fresnes, le sanatorium de Liancourt, le quartier pour condamnés handicapés physiques d'Eysses, le quartier pour asthmatiques de Pau, et les maisons centrales sanitaires pour psychopathes de Château-Thierry et de Metz. L'enquête de l'IGAS ⁽⁵²⁾ de 1990 sur le handicap en prison illustre bien les lacunes majeures de prise en charge de ces détenus, notamment suite à des difficultés architecturales, d'équipement, d'hommes et de compétences humaines.

La présence de détenus âgés ou gravement malades posent la question de la mort en prison ^(14, 50). Ni le détenu concerné, ni les surveillants, ni les autres détenus ne sont préparés et accompagnés dans cette situation. Mourir en prison c'est mourir seul, sans avoir revu ses amis, ses petits-enfants, c'est également ôter la possibilité à la famille et aux amis d'accompagner le mourant. Des hospitalisations ont parfois lieu lors des problèmes médicaux aigus, mais le retour est rapidement programmé, sans parfois véritablement prise en compte que le patient n'est pas renvoyé à son domicile mais en prison, avec toutes les difficultés de prise en charge et de conditions de vie que cela peut entraîner ⁽⁴⁾.

Au-delà du droit à la santé, la prise en charge non adaptée de détenus dépendants peut aggraver leur santé physique et morale. Une personne non aidée pourra en effet rester dans sa cellule, se refermer, ne pas faire parler d'elle et un cercle vicieux pourra s'enclencher : le moins elle en fera, le moins elle pourra en faire et vice-versa.

Enfin, le dernier point important touchant notre population de détenus dépendants, soit directement (pour les personnes handicapées) soit indirectement par les classés (détenus travaillant pour le bon fonctionnement de la détention et rémunérés par l'administration pénitentiaire) est le problème du droit du travail qui n'est toujours pas entré en prison. Les salaires des détenus travaillants sont particulièrement bas (environ 2000 francs par mois), aucun contrat n'est signé, il n'y a pas de congés payés ⁽⁴⁾... Un auxiliaire (classé rémunéré pour l'aide aux déplacements des détenus dépendants, le nettoyage de leur cellule, etc.) touche environ 700 francs par mois.

Les handicapés peuvent exceptionnellement se déplacer sans problème dans la prison et les travaux des concessions sont généralement payés à la pièce. Il leur est alors difficile de travailler ⁽⁵²⁾. Certains obtiennent cependant de travailler en cellule et deux personnes sur la région pénitentiaire Ouest ont obtenu un atelier protégé (leur temps de déplacement autorisé entre deux points de la prison est plus long ainsi que le temps de confection de chaque pièce). Une sensibilisation de l'administration pénitentiaire, des surveillants et des concessionnaires permettrait que ces aménagements se développent, que les détenus dépendants de moins de 60 ans puissent travailler et avoir plus de relations sociales.

7.4 Caractéristiques de la population

La population des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne est hétérogène et peut présenter plusieurs caractéristiques non négligeables dans leur manière de vivre et leur prise en charge.

➤ Population jeune et peu suivie médicalement

En France, l'étude de la dépendance porte essentiellement sur les personnes de 60 ans et plus, tandis que les incapacités liées à l'âge apparaissent surtout à partir de 75 à 80 ans ^(13, 36).

Dans notre population de détenus, 13 hommes sur 21 et 9 femmes sur 11 ont moins de 60 ans, soit respectivement 62 et 82 % des hommes et des femmes dépendants. Cet âge précoce de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne implique des recours administratifs d'allocations différents de ceux généralement utilisés en milieu libre. Cette différence d'âge peut s'expliquer par le cumul des facteurs de risque ⁽⁴⁹⁾, de pathologies découvertes fortuitement à un stade avancé, d'absence de traitement, de traitements partiels ou tardifs.

L'âge moyen particulièrement jeune des femmes dépendantes dans notre population ne s'explique pas par des pathologies spécifiques. L'échantillon étant petit dans notre étude, l'étude nationale pourra peut-être apporter quelques explications. Ce besoin de soins plus important chez les femmes incarcérées par rapport aux hommes est noté dans la littérature ⁽⁴⁹⁾ sans justification associée.

➤ Une population masculine constituée essentiellement de délinquants sexuels

Le viol et les agressions sexuelles sont devenus en 1999 la première cause d'incarcération des condamnés ⁽⁴⁾. Cette population peut avoir commis les actes à un âge bien plus avancé que ne le sont les délinquants dans leur ensemble (moyenne d'âge des personnes incarcérées de 34,2 ans ⁽⁴⁾), et être incarcérée des années après les faits.

De plus, les crimes sexuels sont considérés comme particulièrement monstrueux par notre société et sont fortement condamnés, les peines sont très longues avec des périodes de sécurité importantes. La gravité de la peine répond à une demande de sécurité de la société ⁽⁴⁾.

Cette population de délinquants sexuels, les « pointeurs », souffre d'une violence particulièrement agressive, verbalement et physiquement, de la part des autres détenus (4, 55). Dans ce milieu regroupant des personnes ayant commis (ou fortement suspectées d'avoir commis pour les prévenus) des actes répréhensibles, une certaine hiérarchie d'« éthique » des délits règne. Les pointeurs subissent directement ces représailles, qui ne sont, là aussi, que le reflet des valeurs de la société mais de manière plus exacerbée. Cette population est une victime d'autant plus facile qu'elle est classiquement composée de personnes assez timides, ne ripostant pas, regardant par terre, le regard fuyant... Cette faiblesse combinée à une agressivité des autres détenus poussent les établissements pénitentiaires à les regrouper pour leur permettre d'avoir au moins des contacts sociaux entre eux et leur assurer une certaine sécurité s'ils se déplacent en groupe.

La timidité excessive et la fuite de relations sociales de cette population expliquent certainement en partie leur absence de revendication. Les souhaits émis par les détenus lors du remplissage de la grille AGGIR ont été exceptionnels et tout à fait légitimes : planche pour poser un extracteur respiratoire, échelle pour monter sur un lit superposé, possibilité d'accéder à une douche.

➤ Augmentation du nombre de détenus dépendants possible

Du fait de l'âge, des dépendances et des pathologies (hémiplégié sur accident vasculaire cérébral, syndrome tétrapyramidal, invalidité avec prothèse...), certains détenus ne verront pas leur état s'améliorer et beaucoup se dégraderont. Si les caractéristiques d'incarcération persistent (moyenne d'âge augmentant, allongement des peines et aménagements de peine exceptionnels), l'ampleur du problème de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral ne peut que s'aggraver. A Nantes par exemple, un jeune myopathe de 31 ans et un jeune homme de 28 ans avec une fraction d'éjection systolique à 16% secondaire à un infarctus circonférentiel, viendront rapidement grossir la liste des dépendants et ceci pour de nombreuses années. Cependant, la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 et le décret n° 2000-1213 du 13 décembre 2000 (24) offrent un espoir de sortir à plusieurs détenus. Ainsi, les deux détenus cotés en GIR (2) dans l'étude, ont pu obtenir un aménagement de peine.

➤ Problèmes liés à la détention

Problèmes d'hygiène

Des difficultés importantes concernant l'hygiène sont à signaler. Tout d'abord le décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 prévoit l'accès aux douches 3 fois par semaine. Dans de nombreux établissements pour peine cet accès n'est pas limité ainsi que dans les quartiers de mineurs. Cependant, pour généraliser la possibilité d'une douche quotidienne, 20 % du parc sanitaire devrait être réaménagé ⁽⁴⁾. Comme nous l'avons vu (cf. § résultats), même lorsque les douches existent, elles sont très souvent inutilisables pour les détenus dépendants (marche trop haute et glissante, espace trop étroit d'accès entre les planches de séparation des douches et de déshabillage, pas d'aménagement pour les handicapés). Ceci peut conduire une personne à ne pas prendre de douche pendant des années...

Il faut rajouter que dans de nombreux établissements, il n'y a pas d'eau chaude dans les cellules : le lavabo ne comprend qu'une arrivée d'eau froide. Ceci n'est pas particulièrement motivant pour se laver...

Certains établissements jonglent avec les difficultés et possibilités de prise en charge. Ainsi au centre de détention de Caen, une grande cellule en rez-de-chaussée a été partiellement aménagée pour un détenu en fauteuil roulant. Ce détenu est l'un des rares à bénéficier de la présence d'une personne qualifiée à ses côtés (aide-soignant). Malheureusement, aucune douche n'est accessible avec son handicap et il n'y en a pas d'installée dans sa cellule. L'aide-soignant fait donc des allers-retour entre la cellule et les douches pour faire couler de l'eau chaude et laver la personne au lavabo.

En ce qui concerne la propreté des locaux, les situations sont très diverses. L'entretien de la cellule est à la charge de chaque détenu, sauf lorsque celui-ci bénéficie de l'aide d'un auxiliaire. Le nettoyage des lieux communs est à la charge des autres « classés » (détenus rémunérés par la pénitencière pour le bon fonctionnement de l'établissement). Certaines cellules sont très bien entretenues et la décoration est parfois personnalisée par l'occupant (photographies, plantes, affiches pornographiques...). D'autres sont dégradées à une vitesse spectaculaire. Tout dépend de l'occupant. Le coût de remise en état pour la pénitencière est important. L'état des cours de promenades est souvent beaucoup plus catastrophique, et ceci essentiellement en maisons d'arrêt. Des déchets de toutes sortes jonchent le sol, évidemment surtout sous les fenêtres des détenus. Cette saleté et les restes alimentaires attirent les oiseaux qui s'installent et contribuent à cette détérioration par l'ampleur des fientes qui se surajoutent. La situation est d'autant plus difficilement supportable l'été avec la chaleur et la macération.

Le manque d'hygiène et la promiscuité, surtout en maison d'arrêt, sont sources d'infections, notamment cutanées.

Problèmes d'alimentation

Suivant les établissements et la localisation de la cellule au sein de l'établissement, peu de détenus ont la possibilité de manger chaud ^(4, 14, 55). Le manque de chariot de distribution, éventuellement par impossibilité de leur utilisation au vue de l'architecture, leur vétusté ou les défauts d'entretiens sont diverses raisons à l'ampleur du problème.

L'hygiène des cuisines, le respect des circuits propre/sale et la qualité de la nourriture sont parfois décrits, notamment dans des rapports d'inspection. Cependant, il faut reconnaître la difficulté de nourrir la population incarcérée qui mange peu équilibrée et peu de légumes. Le cuisinier de la maison d'arrêt de Nantes estime que seulement 10% de la nourriture servie est mangée, le reste repartant avec le plateau ou servant de projectile pour l'extérieur. Les innovations et repas améliorés sont peu appréciés, les écrevisses des fêtes de Noël ayant par exemple finies dans la cour de promenade.

Ces difficultés d'alimentation poussent les détenus à cantiner très fréquemment, tout pouvant être commandé et certains plats pouvant être préparés en cuisine (chocolat, œuf, steak/frites...).

7.5 Personnalisation de la peine

Comme nous l'avons vu au paragraphe « sens de la peine », la sanction doit être distinguée de l'enfermement. Partant du principe que la dignité humaine est un droit inaliénable et sacré, la peine nécessite parfois d'être personnalisée pour prendre en compte l'état physique et psychologique de la personne et les besoins qui en découlent. Cette nécessité est inscrite dans l'article 1^{er} de la loi du 22 juin 1987 : « le service pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sanctions pénales et au maintien de la sécurité publique ; il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire ; il est organisé de manière à assurer l'individualisation des peines. » Les cas des prévenus et des condamnés sont à distinguer dans leurs modalités.

Les prévenus

Le placement en détention provisoire est ordonné soit pour des éléments propres à une enquête (éviter les pressions sur les témoins, les concertations avec les complices en fuites...), soit pour des mesures de sûreté (maintien de l'ordre public). Le code de procédure pénale ne mentionne pas la question de l'incompatibilité avec l'état de santé de la personne⁽⁴¹⁾. La notice individuelle rédigée par le magistrat lors de l'incarcération prévoit cependant des informations sur la situation médicale de la personne. Le prévenu peut, quant à lui, solliciter une remise en liberté à tout moment de la procédure, soit au magistrat instructeur soit à la chambre d'accusation qui doit fournir une réponse motivée et dans des délais brefs. En cas de refus du magistrat instructeur, il peut émettre un recours auprès de la chambre d'accusation qui a 20 jours pour répondre sous peine de remise en liberté à l'expiration du délai. La multiplicité des demandes possibles et la non-restriction à une période donnée fournissent une certaine souplesse au système qui pourrait permettre à de nombreuses personnes d'en bénéficier. Cependant, les demandes sont soit peu formulées soit elles n'aboutissent pas, mais jusqu'au début de l'année 2000, aucune jurisprudence n'a été prononcée invoquant l'état de santé de la personne. Au lieu d'être incarcérée, une personne peut également être directement placée sous contrôle judiciaire et être alors soumise soit à un contrôle judiciaire effectué par la gendarmerie ou la police, soit à un contrôle judiciaire socio-éducatif confié à des associations habilitées⁽²⁶⁾.

Les condamnés

En ce qui concerne les condamnés, les possibilités se compliquent et sont limitées⁽⁴¹⁾. Elles sont notamment soumises à des expertises médicales dont les frais sont financés par le Trésor Public. Leur recours est de moins en moins fréquent⁽⁴⁾. Cinq mesures d'aménagement de peine existent, chacune soumise à des conditions précises⁽⁴¹⁾.

◆ La libération conditionnelle

La libération conditionnelle est régie par les articles 729 et suivants du code de procédure pénale. Elle peut être prononcée en fonction de la durée de la peine soit par le juge d'application des peines après avis de la commission d'application des peines, soit par la juridiction régionale de la libération conditionnelle⁽⁴⁾. La décision prend notamment en compte les capacités de réinsertion de la personne et peut être assujettie à une obligation de soins. Pour en bénéficier, le détenu doit avoir exécuté au moins la moitié de sa peine (ou les deux tiers en cas de récidive) et sa peine de sûreté s'il en avait une. Ces conditions excluaient jusqu'aux réformes de l'année 2000 les personnes en début de peine, et les délais d'instruction des dossiers limitaient l'intérêt pour les personnes en fin de peine⁽⁴¹⁾.

Au cours de ces dernières années, les réponses positives aux demandes ont diminué à 14 % en 1999 contre 23 % en 1986 ⁽⁴⁾. De plus, 20% des personnes proposables ont refusé cet aménagement et ceci pour deux raisons essentielles : elles croyaient peu en sa concrétisation et elles préféraient parfois sortir complètement libres, sans contrainte, en profitant de 3 mois par an de réduction de peine pour bonne conduite, que de sortir et être soumises à des mesures de contrôle (résider au lieu fixé par la décision de libération ; répondre aux convocations du juge d'application des peines ou de l'agent de probation ; recevoir et répondre aux questions de l'agent de probation...) ^(19, 26).

La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 prévoit que la libération conditionnelle pourra également être accordée à tout condamné d'une peine privative de liberté inférieure ou égale à 4 ans, en dehors des condamnations pour crime ou pour délit sur mineur. Elle étend également les domaines de compétences du juge d'application des peines, ce qui a facilité la libération de quelques détenus de la région. Une augmentation des libérations conditionnelles pour raison de santé peut donc être espérée dans un avenir proche.

◆ La semi-liberté

La semi-liberté est soumise aux articles 132-25 et 132-26 du Code pénal et 723-1 et D.138 du Code de procédure pénale. Elle peut être proposée à un détenu soumis à des soins. Ces derniers peuvent être pratiqués au cours d'une hospitalisation continue, les journées d'hospitalisation étant alors comptabilisées comme journées d'incarcération. Cependant, ne peuvent en bénéficier que les détenus dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Ces conditions limitent l'intérêt aux détenus dont les peines ne permettent pas ou peu la libération conditionnelle (début d'une peine d'un an ou reliquat de peine inférieur à un an) ⁽⁴¹⁾.

◆ Le placement extérieur

Celui-ci est défini par les articles 723-1 et D.131 du Code de procédure pénale. Le juge d'application des peines peut placer le détenu dans une structure extérieure, telle qu'un hôpital, après avoir passé une convention avec l'établissement pénitentiaire. La prison finance la prise en charge du condamné à la structure d'accueil en fonction du prix de journée. Le reliquat de peine doit généralement être inférieur à un an, sauf pour les longues peines où il peut être proposé à partir d'un reliquat de trois ans ⁽⁴¹⁾.

◆ La suspension de peine

Elle est régie par l'article 720-1 du code de procédure pénale. Elle permet au juge d'application des peines de suspendre l'incarcération pendant au maximum trois mois pour motif médical. Elle ne peut être proposée que pour des reliquats de peine inférieurs à un an.

Si la santé de la personne s'améliore, elle devra reprendre l'intégralité de sa peine depuis la décision de suspension. Ces conditions de 3 mois maximum ne constituent pas une solution d'aménagement de peine pour nos détenus dépendants, dont le reliquat de peine est en moyenne assez long (4 ans et 3 mois)⁽⁴¹⁾.

◆ La grâce du président de la République

Elle est le seul recours pour les longues peines ne remplissant pas les conditions suscitées. Cette grâce est discrétionnaire et indiscutable, et n'est rendue qu'après un parcours de la requête long et périlleux. Une expertise médicale y est pratiquée⁽⁴¹⁾. Cette mesure est peu proposée et encore moins acceptée : en 1998, 27 dossiers ont été présentés et 14 acceptés et en 1999, 33 furent présentés et 18 acceptés⁽⁴⁾. Cette mesure est la dernière relevant du président de la République et le rapport des députés de l'Assemblée nationale propose de transmettre la compétence aux juges d'application des peines⁽⁴⁾ qui pourraient la développer notamment pour les détenus âgés et dépendants.

De manière générale, ces aménagements de peine sont peu utilisables pour notre population qui purge des peines particulièrement longues, avec parfois des périodes de sûreté. Leurs problèmes de dépendance ne sont pas aigus mais bien chroniques, et ne peuvent donc se limiter à une prise en charge de quelques mois.

D'autres alternatives à l'incarcération sont en cours d'expérimentation. Le bracelet électronique est testé sur 4 régions pour les détenus dont le reliquat de peine est inférieur à un an⁽⁴⁾. Une attention particulière est développée pour ne pas étendre sur une longue durée cette surveillance. En effet, il semblerait que l'impact psychologique de son utilisation sur du long terme pour une même personne soit très mal vécu et remplacerait le boulet du forçat. Cet aménagement de peine est décidé par le juge d'application des peines et interdit au condamné de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge en dehors des périodes fixées par celui-ci. Ces périodes peuvent être motivées entre autres, par une participation à la vie familiale ou pour traitement médical (art. 723-7 du CPP). Le développement de son utilisation pour les détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne peut être envisagé, mais avec précautions quant à la faisabilité et la durée octroyée.

Une autre possibilité évoquée par certaines personnes est le placement des détenus très dépendants en maison de retraite. Au lieu de financer la présence du détenu en prison (environ 300 francs par jour), l'établissement pourrait prendre en charge les frais

d'hébergement en maison de retraite. Sur le fond, l'idée est séduisante mais il ne s'agit alors pas d'une mesure générant une économie, puisque l'établissement payerait le placement du détenu en maison de retraite et que sa cellule serait occupée par une autre personne. En pratique, il s'avère que les filières de financement ne sont pas les mêmes. Un établissement parisien a tenté de mettre en place ce système, il s'est en fait avéré que le détenu devait rémunérer lui-même son séjour. Par ailleurs, le placement en maison de retraite nécessite une libération conditionnelle ou un placement extérieur au préalable, et comme décrit plus haut, ces mesures sont actuellement peu mises en œuvre et le placement extérieur est peu intéressant pour une gestion à long terme au vue du reliquat de peine exigé.

Les difficultés à concrétiser et développer des alternatives à l'incarcération, s'expliquent notamment par la peur de la récidive. L'opinion publique, la presse, la police, tout le monde est particulièrement sensible à une récidive, surtout lors de délits sexuels sur les mineurs. Après avoir été échaudés à plusieurs reprises, les législateurs ont rigidifié les textes et les libérations conditionnelles ont diminué. Cet aspect sécuritaire est important à prendre en compte car il nécessite de prévoir, dès la sortie de la détention, une surveillance très vigilante de la personne et de ne les développer que pour des personnes reconnues moyennement à fortement dépendantes.

La préoccupation de l'aménagement de la peine est primordiale pour tous les intervenants du terrain. Il est en effet plus logique d'aménager les peines que d'aménager les prisons pour des personnes dépendantes. Le rapport de l'IGAS de 1990 ⁽⁵²⁾ concernant la prise en charge des détenus handicapés dans les établissements pénitentiaires concluait que les détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne, de part leur spécificité de prise en charge, devaient « être exclus du milieu carcéral tout venant ». Le présent dossier a été transmis au ministère de la justice d'une part, par le rapporteur du budget de la justice, d'autre part par le groupe national sur le handicap et la dépendance en milieu carcéral. La quantification du nombre de détenus concernés, l'estimation de l'importance de la dépendance, les moyens disponibles et les difficultés rencontrées permettront d'alimenter la réflexion sur la loi pénitentiaire. Cependant, d'ici que cette loi soit votée et que les décrets d'application apparaissent, les bénéfices ne peuvent être attendus que dans du moyen terme. D'ici là et pour tous les détenus qui ne pourront profiter des nouveaux aménagements de peine, une prise en charge plus digne et adéquate doit être tentée. C'est dans ce sens que la réflexion et les démarches suivantes ont été menées. Il ne s'agit pas de faire de la prison un lieu d'accueil suffisamment correct pour y accueillir habituellement des détenus dépendants, mais bien de prendre en charge ceux qui ne peuvent en sortir.

7.6 Orientation des détenus

Le seul moyen pour qu'un condamné dépendant soit orienté dans un établissement pénitentiaire où il peut être un minimum pris en charge, est d'une part de savoir si le détenu a des besoins particuliers, et d'autre part, de connaître les lieux où se situent les cellules d'accueil et équipes adéquates.

Lorsqu'une personne est condamnée et que son reliquat de peine est supérieur à un an, un dossier d'orientation est rempli entre autre par le greffe, les travailleurs sociaux et par l'équipe médicale. L'affectation est décidée à l'échelon régional pour les détenus dont le reliquat de la peine ou des peines n'excèdent pas 2 ans d'emprisonnement. Dans les autres cas, le détenu est transféré dans un établissement national ⁽¹⁹⁾. Cette orientation tient compte de plusieurs données : le reliquat de peine, la nature de l'acte commis, la personnalité du détenu, les places disponibles, les liens familiaux géographiques, l'état de santé de la personne. Actuellement, 90% des orientations sont effectuées sur rapprochement familial. Il se trouve que l'utilité de l'emplacement réservé à l'équipe médicale est mal voire généralement non connue des médecins. Ceci a pour conséquence un non-remplissage presque systématique de cette partie du dossier. Cet aspect avait déjà été relevé dans le rapport de l'IGAS de 1990 ⁽⁵²⁾. Or, sans dévoiler le secret médical, le médecin peut indiquer si le détenu présente des difficultés locomotrices (s'il se déplace en fauteuil, avec un déambulateur...), s'il a besoin d'un auxiliaire de vie, s'il a besoin d'un plateau technique particulier pour sa ou ses pathologies... Une information sur le processus d'affectation des condamnés et les rôles de chacun est indispensable pour assurer une communication efficace. Cette information a eu lieu au congrès des UCSA de la région Ouest en décembre 2000 et directement individuellement auprès des différents responsables d'UCSA de la région pénitentiaire confrontés à la prise en charge des détenus dépendants.

Le second type d'information nécessaire à l'orientation est la connaissance des cellules pouvant accueillir des détenus faiblement et fortement dépendants voire des handicapés. Ce recensement a eu lieu au cours du dernier semestre 2000 dans la région pénitentiaire parisienne. Ce recueil a été complété par l'état des lieux des cellules aménagées (partiellement et totalement) qui a eu lieu lors de l'étude nationale sur la dépendance en milieu carcéral menée par le groupe national sur le handicap et la dépendance.

Fort des ces deux types d'information, le service d'orientation, qui a aucun moment ne voit le détenu, pourra proposer une orientation plus adaptée au condamné.

En ce qui concerne les prévenus, les juges d'instruction doivent les incarcérer dans la ou les maisons d'arrêt de leur ressort. Le choix est donc très limité. Cependant, certains juges d'instruction, sensibilisés aux problèmes de ces détenus, demandent une expertise médicale avant l'incarcération, et les orientent si besoin dans un établissement ne relevant pas de leur ressort pour raisons médicales.

7.7 Aides financières

Tout d'abord un mot sur le financeur de la tierce personne. L'aide aux détenus portant essentiellement sur la toilette et l'habillement, et ces catégories n'étant pas clairement classifiées ni dans le sanitaire ni dans le social, le conseil général et la sécurité sociale se renvoient parfois la responsabilité de la prise en charge.

Plusieurs allocations sont envisageables suivant l'âge et l'importance du handicap ou de la dépendance de la personne. L'établissement pénitentiaire devant assurer l'hébergement et la préparation des repas, ces allocations ne peuvent être versées qu'au titre du handicap ou pour la rémunération d'une tierce personne suppléant la dépendance. Les modalités des principales allocations et les difficultés dans leur mise en œuvre pour une population incarcérée sont rappelées ci-après.

Les prestations d'aide sociale sont réparties en 3 catégories différentes qu'il faut bien distinguer pour effectuer les demandes adéquates ⁽¹⁵⁾ :

- les aides au maintien à domicile qui regroupent les aides ménagères, les frais de repas en foyers restaurants et le portage de repas, les aides à l'accompagnement à la vie sociale.
- les aides à l'hébergement comprenant les frais d'hébergement et le placement familial social.
- les aides à l'autonomie à domicile ou en hébergement avec l'allocation compensatrice tierce personne et l'allocation compensatrice pour frais professionnels.

Les aides ménagères seront discutées dans le paragraphe « aides humaines ».

Une précision pratique générale concernant les demandes : le détenu ne participant pas aux frais d'hébergement qui sont à la charge de la pénitencière, les demandes d'aides sociales

doivent être stipulées à domicile et non en établissement, comme cela semblerait normal instinctivement.

Pour les moins de 60 ans

Ces allocations sont limitées aux personnes handicapées.

➤ L'allocation adulte handicapé

L'allocation adulte handicapé (AAH) est essentiellement régie par les articles R 821-1 et suivant du Code de la sécurité sociale. Le droit du travail n'étant pas encore rentré en milieu carcéral, ne peuvent bénéficier de cette allocation que les détenus handicapés à plus de 80% par la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel). Le handicap considéré peut être physique et/ou psychique. Un dossier complet doit être adressé à la Caisse d'allocations familiales (CAF) du lieu de résidence. Celle-ci saisie la COTOREP qui prendra la décision d'attribution. Le versement est effectué par la CAF ⁽²⁷⁾. L'allocataire peut être de nationalité française ou étrangère mais doit être en situation régulière sur le territoire. Le plafond de ressource s'élève à 43 512 francs par an pour un célibataire, 87 024 F pour un couple et est majoré de 21 756 F par enfant à charge ⁽¹⁾.

En cas d'incarcération, le détenu ne touche que 12 % de l'AAH soit 429 francs ⁽¹⁾. Aucune réduction ne devrait être effectuée si ⁽¹²⁾ :

- « le bénéficiaire est marié, sans enfant, si son conjoint ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission technique d'orientation ou de reclassement professionnel ;
- le bénéficiaire a un ou plusieurs enfants ou un ou plusieurs ascendants à sa charge au sens de l'article L 313-3. »

L'allocation est reversée dans sa totalité à la sortie de détention.

L'allocation est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien du handicapé. En cas de non-paiement, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice que celle-ci lui soit versée directement (art. L. 821-5).

➤ L'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

Pour bénéficier de l'allocation compensatrice tierce personne, le sujet doit avoir une incapacité reconnue à au moins 80% par la COTOREP et résider sur le territoire français en toute légalité. Le plafond de ressources est identique à celui de l'AAH majoré du montant de cette allocation. Contrairement à l'allocation adulte handicapé, elle est soumise au recours d'une tierce personne et est versée par le conseil général ^(1,27).

Le dossier doit être déposé soit à la mairie ou au CCAS de la résidence qui transmettra au conseil général, soit à la COTOREP qui transmettra à la mairie ou au CCAS de la commune du demandeur. Le montant est fixé en fonction du taux de sujétion attribué par la COTOREP, du plafond de ressources et du revenu net imposable de l'année civile précédente. Elle varie en milieu libre de 2 301,85 F à 4 603, 71 F ⁽¹⁾. Une suspension du versement s'effectue après 45 jours d'hospitalisation. Le contrôle de l'aide effective d'une tierce personne se fait sur pièce. Les droits des bénéficiaires sont révisés chaque année. Pour les personnes hébergées en établissement, le montant est diminué en fonction de l'aide apportée par le personnel de l'établissement. Or, en milieu carcéral, en dehors de la préparation des repas, le personnel pénitentiaire n'a pas vocation ni qualification à palier aux besoins de la vie quotidienne des détenus. En cas d'incident lors de l'aide d'un détenu par un surveillant (pour se laver par exemple), la responsabilité incomberait au surveillant ⁽³⁷⁾.

L'allocation compensatrice pour tierce personne est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien du handicapé. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale, l'organisme qui en assume la charge peut obtenir du conseil général que celle-ci lui soit versée ⁽⁴³⁾.

La récupération des allocations fournies par le conseil général est soumise à l'article 146 du Code de la famille et de l'aide sociale. Elle survient dans trois circonstances ^(15,27) :

- à l'encontre du bénéficiaire s'il revient à une meilleure fortune (héritage...).
- à l'encontre du donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'allocation ou dans les 10 ans qui l'ont précédée.
- à l'encontre de la succession du bénéficiaire sur la partie de l'actif net successoral supérieure à 300 000 F pour l'allocation versée à domicile, lorsque les sommes versées sont supérieures à 5 000F. Sont exclus de cette récupération le conjoint du défunt, ses enfants ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante la charge du handicapé.

Si la logique des textes réglementaires était suivie, que ce soit pour l'AAH ou l'ACTP, soit les détenus devraient toucher la quasi-totalité de cette aide (indirectement via les associations prestataires pour l'ACTP, cf. *contrat de travail avec le détenu non autorisé en détention* ci-dessous), soit l'établissement d'accueil devrait pouvoir être destinataire de cette somme pour palier à la mise en place d'aides humaines spécifiques pour ces détenus. La possibilité du versement de l'allocation compensatrice tierce personne à l'établissement pénitentiaire a été évoquée dans le rapport de l'IGAS de 1990 ⁽⁵²⁾.

Pour les 60 ans et plus

➤ La prestation spécifique dépendance

La prestation spécifique dépendance (PSD) est une aide sociale instruite et financée en totalité par le conseil général. Elle peut être versée à toute personne résidant en France, avec une dépendance cotée en GIR (1), (2) ou (3) par la grille AGGIR, et ayant des ressources inférieures au plancher fixé par voie réglementaire (6 066 F/mois pour une personne seule et 10 110 F pour un couple) ⁽¹⁾.

Les dossiers doivent être déposés auprès des mairies (ou CCAS) ou du conseil général du département de résidence ⁽²²⁾ et doivent être instruits dans un délai légal de deux mois. L'équipe médico-sociale du conseil général, composée d'un médecin, d'une assistante sociale et d'évaluateurs chargés des visites à domicile, élabore un plan d'aide en fonction de l'état de la personne, de son environnement et des aides déjà reçues. Le montant du financement dépend de ce plan d'aide ⁽¹⁵⁾.

Si le conseil général du domicile de résidence estime que la personne ne relève pas de son département, il transfère le dossier après instruction, soit au département concerné (domicile de secours) ⁽²²⁾, soit à la commission centrale d'aide sociale. Cette commission tranchera de quel conseil général relève la personne ou si l'État doit la prendre en charge.

Dans le mois qui suit l'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit signaler au conseil général la ou les personnes ou le service d'aide à domicile qui intervient. Ces services doivent être agréés par le conseil général en question. En cas de non-déclaration, le versement de la prestation est suspendu ⁽²²⁾.

Un projet de loi remplaçant la PSD par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est en cours d'examen ^(5, 31, 46). Cette nouvelle prestation devrait être uniformément appliquée sur le territoire (contrairement aux inégalités départementales de la PSD) et devrait toucher une population beaucoup plus large en limitant moins les conditions de ressources (800 000

personnes concernées au lieu des 135 000 de la PSD). Le montant de l'aide financière varierait de 600 F à 7000 F par mois en fonction des revenus, avec un barème national. Le coût de cette prestation serait de 23 milliards de francs, supportée essentiellement par les conseils généraux. Les autres ressources sont en discussion. Enfin, le recouvrement de la succession ne se ferait plus au-delà de 300 000 F d'actif net successoral, mais à un seuil de 1 million de francs et pour une récupération partielle.

Autres sources de financement

Tout d'abord un mot sur les prises en charge par la sécurité sociale. Les détenus y étant systématiquement affiliés depuis 1994, elle devient un financeur potentiel pour chacun d'eux. La prescription d'une infirmière à domicile pour la toilette et l'habillage, telle que cela est possible en milieu libre, semble peu probable pour les médecins des UCSA. Beaucoup considèrent en effet que l'UCSA étant située dans l'enceinte de la prison, faire venir une infirmière en détention reviendrait, même si la situation est légèrement différente, à faire venir une infirmière libérale deux fois par jour pour un patient hospitalisé. L'UCSA peut cependant également être considérée comme un cabinet de consultation à l'intérieur de l'enceinte pénitentiaire et délivrer des soins ambulatoires et non à domicile (en cellule). L'ambiguïté est d'autant plus présente que, lorsqu'un patient ne peut se déplacer, les visites et la délivrance des prescriptions se font dans la cellule. Un système d'hospitalisation à domicile est par ailleurs envisageable pour les problèmes aigus (cf. § 7.10 « aides médicales »).

Des établissements pénitentiaires financent des intervenants extérieurs. A Caen par exemple, l'établissement paie 2 aide-soignants. Cela lui revient à 100 000 F par an. Il n'est évidemment financièrement pas envisageable que cette pratique se généralise dans les limites des enveloppes budgétaires actuelles. Par contre, l'utilisation de codétenus comme auxiliaires est fréquente. Ceux-ci sont rémunérés par l'établissement pénitentiaire à hauteur d'environ 700 francs par mois. Les problèmes posés par cette prise en charge sont développés dans le paragraphe 7.10 « aides humaines ».

Pour les détenus ayant un revenu assez important, tel que cela s'est avéré lors d'une enquête financière pour une demande de prestation spécifique dépendance (17 000 francs par mois entre le capital et la retraite), il semblerait « normal » de demander au détenu une participation financière, surtout que celui-ci bénéficiait de l'aide d'un auxiliaire financé par l'établissement. Si les personnes étaient libres et qu'elles n'avaient personne autour pour les

aider, elles devraient participer au financement d'une aide ménagère. D'un autre côté, si la personne bénéficiait d'une infirmière à domicile, cette dernière serait prise en charge intégralement par la sécurité sociale, mais ne s'occuperait pas des repas et du ménage. En détention, l'hébergement et la préparation des repas relèvent des obligations de l'établissement. Les parts financées et non financées ne portent donc plus sur les mêmes aspects. Certains détenus refuseraient sûrement de participer au financement mais il pourrait également sembler normal, aux yeux de l'administration pénitentiaire et de la société, qu'ils participent s'ils en ont les moyens. Cependant, le contrat n'étant pas autorisé en prison, une procédure juridiquement autorisée devrait être identifiée pour prélever légalement sur le compte du détenu. Si la personne mentionnée plus haut avait refusé de participer financièrement, l'établissement lui aurait retiré l'auxiliaire. En fait, ce détenu a bénéficié d'une libération conditionnelle et a été placé en maison de retraite médicalisée qu'il finance lui-même. Cet aménagement de peine a été possible sous condition préalable que le détenu dédommage la partie civile de ce qu'il devait.

Enfin, l'État via les directions départementales sanitaires et sociales et les mairies (notamment via les CCAS) peuvent financer un auxiliaire de vie par des prestations d'actions sociales.

Les personnes en situation irrégulière sur le territoire, pouvant représenter suivant les données jusqu'à 30% des détenus suivis régulièrement par les UCSA ⁽⁵⁰⁾, ne peuvent bénéficier des prestations d'aides sociales mais peuvent demander un financement Etat d'action sociale à la DDASS dont il dépend, un financement par les mairies ou les lieux agréés, tels que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Simplement pour illustrer les conséquences d'une offre humaine non pourvue, un détenu a mentionné avoir tenté de financer un codétenu pour l'aider dans ses difficultés de la vie quotidienne. Ce détenu n'a malheureusement pas « engagé » une personne de confiance et est rentrée dans un système de racket dont elle a eu du mal à sortir. Cette personne, traumatisée par son expérience, ne veut plus entendre parler d'aide, de qui que ce soit. Ce dernier mode de financement est à éviter à tout prix pour la sécurité des détenus et le respect des règlements intérieurs des établissements, mais ne peut être connu puisque non autorisé. Il est la résultante des déficiences d'une prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Difficultés rencontrées par la population concernée

- Domicile de secours et domicile de résidence

Les prestations relevant du conseil général ou de l'État nécessitent de distinguer le domicile de secours et le domicile de résidence.

D'après les articles 193 et 194 du code de la famille et de l'aide sociale ⁽³⁾, « le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé... ». « Le domicile de secours se perd par une absence interrompue de trois mois postérieurement à la majorité ou à l'émancipation..., par acquisition d'un autre domicile de secours. Si l'absence résulte de circonstances excluant toute liberté de choix du lieu de séjour..., le délai de trois mois ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus ».

Le domicile de secours n'est donc pas le département de la prison pour les personnes qui habitaient dans un autre département avant l'incarcération. Ceci explique que les détenus votent pour toutes les élections ayant cours sur la municipalité du lieu de détention, qu'ils soient recensés sur cette même municipalité, puisqu'elle est leur domicile de résidence, mais qu'ils ne relèvent pas du conseil général du lieu de détention s'ils n'y étaient domiciliés avant leur incarcération.

Cette distinction de domicile pose deux problèmes essentiels pour notre population :

- tout d'abord, dans certains départements, une non-transmission du dossier du conseil général l'ayant instruit au conseil général dont relèverait le détenu, ni à la commission centrale d'aide sociale. Des demandes de prestations spécifiques dépendances n'ont ainsi pas pu aboutir, et l'établissement pénitentiaire ignorant l'existence de cette commission n'a pu passer outre le conseil général.
- le second problème réside dans le fait que les détenus peuvent développer le besoin de cette prestation sociale des années après leur incarcération, lorsqu'ils deviennent dépendants en prison. Il leur est alors d'autant plus difficile de prouver un lieu stable d'hébergement 5 ou 10 années auparavant, preuve nécessitant d'avoir archivé et conservé des documents, ce qui n'est pas dans les habitudes ni même parfois dans les possibilités de ces personnes. En fait, une jurisprudence constante de la commission centrale d'aide sociale prévoit une reconnaissance du domicile de secours sous simple déclaration solennelle de la personne.

La méconnaissance d'un financement Etat pour les détenus n'ayant pas de domicile fixe avant la détention a également probablement limité le nombre de demandes effectuées. Il faut rappeler qu'une personne sur 5 n'a pas de domicile fixe en entrant en détention ⁽⁴⁹⁾.

- Connaissance des revenus des détenus

Lorsqu'une personne est incarcérée, l'établissement agit comme une banque. Il ouvre un compte à chaque personne. Les rémunérations des détenus qui travaillent y sont notamment versées. Le détenu est cependant libre de ne pas y faire transférer l'ensemble de ses revenus. Ainsi, il peut bénéficier d'une retraite, d'une rente, de capitaux importants, etc., sans que l'établissement pénitentiaire ne le sache. La décision des détenus de ne pas rapatrier leurs comptes peut être motivée par plusieurs raisons : la présence d'une famille pouvant vivre des versements effectués sur le compte de ville, la non-diminution de certaines aides sociales comme l'allocation adulte handicapé par manque d'information de la caisse, et la sauvegarde de leur patrimoine. En effet, l'argent mis sur le compte de la prison est en partie bloqué pour assurer au détenu un minimum en sortant de détention, et une autre partie est prélevée si la personne est condamnée à verser un dédommagement financier à la victime. L'administration ne connaît donc pas toujours les revenus dont dispose le détenu et ignore ainsi les prestations dont pourraient bénéficier certaines personnes.

Une autre conséquence de la méconnaissance des revenus est le remplissage partiel des demandes d'allocation. Beaucoup de détenus n'ont pas fait de déclaration de revenu depuis de nombreuses années, et parfois bien avant l'incarcération. Les feuilles de non-imposition sont ainsi rarement disponibles et la justification des biens difficiles. Cet aspect va nécessiter de la part des conseils généraux qui auront à traiter des demandes d'aide sociale, une certaine souplesse sur la qualité et l'exhaustivité des informations.

Il est également possible qu'une partie non négligeable de la population concernée ne remplissent pas les conditions de ressources pour bénéficier de l'aide d'une tierce personne. Le cas d'un détenu touchant 17 000 francs par mois entre ses capitaux et sa retraite en est une illustration. Ces personnes âgées n'ont en effet pas le même profil que le petit délinquant. Elles ont pu avoir un parcours professionnel long et très satisfaisant, avoir des capitaux non négligeables et toucher une retraite importante. Ce cas risque de ne pas être isolé.

- Recours sur succession

Plusieurs détenus ont refusé la possibilité de la prestation spécifique dépendance à cause de la reprise sur succession. Une méconnaissance des conditions de cette reprise a probablement motivé ces refus (recours sur succession nette de plus de 300 000F et seuil plus élevé pour la future allocation personnalisée d'autonomie). Là aussi une information plus complète permettra probablement un meilleur recours à ces aides. Ce recours sur succession concerne également l'allocation compensatrice pour tierce personne.

L'instauration de ces aides financières peut détériorer dans certains cas le peu de liens parfois existants entre le détenu et sa famille, surtout lorsque celui-ci a été condamné pour inceste. La famille, déjà victime lors de l'acte, peut se sentir à nouveau dépossédée mais cette fois matériellement. Cependant, jusqu'à son décès, la personne est responsable et gestionnaire de son capital. Ces difficultés peuvent être utiles à considérer, surtout si le détenu doit être libéré dans un délai relativement court et quand une réinsertion dans une partie de la famille est envisageable.

- Contrat de travail par le détenu non autorisé en détention

En milieu libre, les prestations peuvent être versées soit directement au bénéficiaire soit à la tierce personne ou l'association mettant à disposition celle-ci. Si le bénéficiaire reçoit directement le versement, il doit passer contrat avec la tierce personne et devient ainsi employeur. Or ceci n'est pas autorisé en détention, le détenu ne peut passer contrat. Un moyen de contourner cette difficulté est d'effectuer le versement directement à la tierce personne ou son association. Il s'agit alors d'identifier sur la liste des associations agréées par le conseil général, celles qui sont prestataires et d'écarter celles qui ne sont que mandataires.

- Inégalité entre établissements pénitentiaires d'une part et par rapport au milieu libre d'autre part

En dehors des inégalités du montant de la prestation spécifique dépendance en fonction des départements (inégalité identique pour les personnes libres mais devant être résolue avec l'allocation personnalisée d'autonomie qui devrait remplacer la PSD ^(5, 31, 46)), des conditions de détention et de la présence d'un auxiliaire, vient s'ajouter pour les détenus une inégalité les uns par rapport aux autres en fonction des départements. En effet, comme cela a déjà pu être constaté, l'instruction d'un dossier incomplet et la transmission à un autre conseil général ou instance sont deux exemples où la bonne volonté de chaque partie peut permettre à un dossier d'aboutir ou d'échouer. A cette bonne volonté viennent s'ajouter des interprétations différentes des textes régissant les modalités et les montants des retenues nécessaires au paiement des frais d'entretien d'un détenu handicapé ⁽⁵²⁾. Au-delà du

traitement des dossiers litigieux, l'adhésion de certains conseils généraux à se pencher sur la question n'est pas systématique, aboutissant à des refus d'instruction de dossier ou des reports d'instruction particulièrement longs. Ceci est d'autant plus grave que cette prestation relève de leurs missions et que les conditions d'accès sont fixées par voie réglementaire. L'application de la loi ne devrait en aucun cas relever de la bonne volonté des personnes sur le terrain. La connotation de la prison dans notre société n'est probablement pas étrangère à certaines réactions, le transfert de dossier d'un conseil général à un autre ne semblant pas par exemple poser de problème pour les personnes libres... Une évolution des mentalités s'est certainement engagée, mais beaucoup reste à faire.

Les établissements pénitentiaires doivent être mieux informés des droits des détenus pour les faire valoir. Des contacts doivent être pris entre la DDASS, l'établissement pénitentiaire et le conseil général, notamment pour sensibiliser ce dernier à ce problème spécifique des détenus dépendants. Une visite de l'établissement et des échanges entre l'équipe médico-sociale du conseil général et le personnel de l'UCSA ainsi que celui de la pénitencière peuvent permettre à l'équipe du conseil général de se familiariser avec l'organisation et les besoins de ces détenus. En cas de réticence particulière pour l'instruction d'un dossier, une pression par courrier du directeur de la DDASS sur le conseil général peut faire évoluer la prise en charge.

- Information des travailleurs sociaux et de l'équipe soignante en détention

Deux problèmes se posent actuellement pour les demandes d'aides sociales.

La première est de savoir de qui relève la responsabilité d'effectuer les dossiers, des travailleurs sociaux de l'établissement pénitentiaire ou des assistantes sociales de l'hôpital auquel est rattaché l'UCSA. Cette question a été posée à la direction régionale de Rennes qui a clairement et sans hésitation affirmé que cette mission relevait de l'établissement pénitentiaire. Les missions des services socio-éducatifs sont par ailleurs définies dans le décret n°85-836 du 6 août 1985 ⁽¹⁹⁾. Or les travailleurs sociaux en détention sont essentiellement des conseillers d'insertion et de probation, donc des personnes qui reçoivent une formation interne et ayant peu de connaissances sur les aides sociales et leurs modalités. Par ailleurs, l'équipe soignante des UCSA les méconnaissant également, les demandes sont peu évoquées et encore plus rarement effectuées. Une information de ces personnes est fondamentale. Le groupe national sur le handicap et la dépendance élabore un petit dossier récapitulatif ces aides, les conditions d'attribution et les difficultés auxquelles il faut être vigilant. Ainsi, une information simple et claire sera diffusée. Ceci ne pallie cependant pas au manque de formation des conseillers d'insertion. La direction régionale de Rennes en a été informée et a émis la possibilité de compléter leur formation.

7.8 Aides humaines

L'aide humaine au détenu pour les actes de la vie quotidienne pose le problème de la tierce personne. De plus, quel que soit l'aidant, en dehors des personnes exerçant quotidiennement dans la prison, un temps de prise en charge plus long qu'en milieu libre doit être prévu pour évaluer la faisabilité et le financement nécessaire (l'accès de l'entrée de la prison à la cellule et le retour étant soumis à des contraintes).

➤ Le codétenu

Actuellement, sur les 32 détenus dépendants de l'étude, 13 bénéficient d'une aide humaine. En dehors de trois détenus, cette aide est fournie par un codétenu, parfois rémunéré (auxiliaire), parfois sous la forme simplement du bénévolat. Une aide limitée à la seule présence d'un codétenu pose des problèmes éthiques, de qualité et de continuité des soins. Les auxiliaires ne sont en général pas formés. Ils sont choisis parmi des détenus en fin de peine et avec une forte probabilité de réinsertion. Même s'ils peuvent être considérés comme plus fiables et plus constants que d'autres détenus, leur bonne volonté se borne forcément à des limites. Qui pourrait aider quotidiennement une personne à se lever, se laver, s'habiller, lui servir le repas, l'aider dans ses placements, et ceci 7 jours sur 7 (contrairement aux autres classés en dehors des détenus travaillant aux cuisines), et qui plus est pour 700 F par mois, pendant des mois ? L'aberration est encore plus nette pour les personnes aidant bénévolement...

Cependant, la participation d'auxiliaires dans la prise en charge des détenus dépendants n'est pas forcément à supprimer complètement et ceci pour deux raisons. La présence d'une tierce personne extérieure à l'établissement ne pourrait se réaliser que 2 à 3 fois par jour, essentiellement pour assurer le lever, la toilette, l'habillage et le coucher. Mais, au vu des résultats, les déplacements nécessitent également très fréquemment l'aide de quelqu'un. Cette tierce personne ne peut être là en permanence, d'où l'utilité d'un auxiliaire pour cette partie spécifique. De plus, la réinsertion fait partie des missions de la prison et pouvoir prendre soin de quelqu'un, avoir une responsabilité, être utile, peut aider des détenus à trouver une raison d'être, à les stabiliser dans leurs pensées et actions. L'auxiliaire de Nantes a nettement mentionné l'importance que ce travail avait eu pour lui.

➤ L'auxiliaire de vie ou l'aide-soignant extérieur à l'établissement

Comme nous l'avons vu, la tierce personne peut également être un auxiliaire de vie ou un aide-soignant extérieur à l'établissement. Celui-ci doit être rattaché à une association agréée par le conseil général s'il finance cette prestation. Cette prise en charge nécessite de trouver une association acceptant de travailler en milieu carcéral, qu'il y ait une bonne collaboration

entre la détention et les personnes extérieures, et que les aidants soient toujours les mêmes. En effet, un roulement des personnes nécessiterait des laissez-passer multiples pour l'accès à la détention et cette lourdeur administrative pourrait faire échouer l'entreprise.

Le centre de détention de Caen fait appel aux services de deux aide-soignants. Lors de la recherche des tierces personnes, ce centre a également mis la condition d'embaucher des hommes et non des femmes. Cette condition complique singulièrement la recherche d'aidants possibles mais se justifie : 90% des personnes incarcérées à Caen le sont pour délits sexuels. L'importance de cette distinction peut se discuter dans les autres établissements pénitentiaires, en gardant à l'esprit que le délit sexuel est la première cause d'incarcération des condamnés ⁽⁴⁾. La nouveauté de cette prise en charge, les changements de culture qu'elle générerait et l'adaptation au milieu carcéral, ne pourraient certainement pas permettre qu'une agression survienne sans qu'elle ne traumatise et n'engendre un retour en arrière dans la prise en charge.

➤ L'aide-soignant ou l'infirmier hospitalier

Le personnel des UCSA ne comprend actuellement aucun aide-soignant sur la région pénitentiaire. La charge de travail et la pénurie des infirmières sont tellement importantes qu'il n'est en pratique pas envisageable de leur confier cette tâche supplémentaire. Cependant, cette tierce personne peut être un aide-soignant de l'hôpital auquel est rattachée l'UCSA. L'hygiène pouvant être reliée aux soins, cette possibilité a le mérite de présenter une certaine logique malgré le manque de personnel dans les hôpitaux, ce qui ne facilitera pas sa réalisation. La présence de cet aide-soignant n'étant pas nécessaire toute l'année actuellement, sauf sur certains sites, une convention peut être signée entre l'établissement et l'hôpital pour mettre à disposition cette personne en cas de nécessité. Un établissement de la direction régionale de Paris a signé ce type de convention.

➤ Le surveillant

L'aide aux détenus pour les actes de la vie quotidienne ne faisant pas partie des missions du surveillant, il en cours de sa propre responsabilité en cas d'accident ⁽³⁷⁾. Les surveillants ne peuvent et ne doivent donc pas servir de tierce personne auprès des détenus.

7.9 Aménagement des locaux

Au plan réglementaire, le principe de l'encellulement individuel est posé par l'article 716 du Code de procédure pénale pour les mises en examen et par l'article 719 pour les condamnés. Le code prévoit cependant une dérogation : « le régime appliqué dans les maisons d'arrêt est celui de l'emprisonnement individuel de jour et de nuit dans toute la mesure où la distribution des lieux le permet et sauf contre-indication médicale. » Si ce principe était respecté, de nombreuses difficultés seraient résolues. Au 1^{er} avril 2000, la surpopulation des maisons d'arrêt était en moyenne de 132 % ⁽⁴⁾, et 7 avaient une surpopulation de plus de 200 %. Quelques hébergements en dortoirs persistent actuellement. La situation est d'autant plus cruciale dans certains endroits qu'un directeur de maison d'arrêt ne peut refuser l'affectation d'un détenu.

La rénovation des établissements, non seulement pour mettre en œuvre l'encellulement individuel mais également pour la mise aux normes (électrique, sécurité...) est de grande ampleur et consommatrice de temps et d'argent. En effet le parc pénitentiaire est particulièrement vétuste. Sur les 196 établissements, 108 ont été construits avant 1912 et 2800 détenus sont placés dans des centres construits avant 1830 ⁽⁴⁾. Les établissements ont par ailleurs été globalement très peu entretenus. Les coûts de la réhabilitation et de rénovation sont estimés à 6,6 milliards de francs. Au rythme actuel de financement, des dizaines d'années seront nécessaires à leur rénovation ⁽⁴⁾.

Pour cette rénovation se pose la question des travaux et dispositions particulières pour certains établissements. Jusqu'à présent, quelques rares centres ou quartiers étaient spécialisés (asthme, psychopathes, handicapés physiques...) ⁽⁷⁾. D'après le rapport de l'Assemblée nationale ⁽⁴⁾, la fermeture des établissements spécialisés est « peu appropriée », ceux-ci paraissant « incontournables ». L'unité de long séjour ou d'handicapés évoquée à Fresnes ⁽⁵²⁾ n'apparaît finalement pas dans le projet médical. Le regroupement des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne dans un même lieu aurait certainement des avantages, mais aussi plusieurs inconvénients non négligeables. Les rassembler permettrait de ne pas multiplier les financements de cellules aménagées qui ne seraient que partiellement occupées, fournir une équipe soignante adéquate dans une structure adéquate pour une prise en charge de qualité, pouvoir former des détenus au métier d'auxiliaire de vie... Cependant, il faut garder à l'esprit que les détenus vont sortir et que les isoler géographiquement de leur famille et amis ne facilitera pas leur réintégration. De plus, ces personnes étant essentiellement des délinquants sexuels, ce sont souvent des

personnes dans le dénie des faits. Les regrouper ne serait peut-être pas profitable pour la prise de conscience de la gravité des actes commis. Les professionnels sur le terrain ne sont également majoritairement pas non plus pour le regroupement des détenus par troubles présentés.

Comme signalé plus haut, l'IGAS a considéré dans son rapport de 1990 ⁽⁵²⁾, que les détenus dépendants devaient « être exclus du milieu carcéral tout venant ».

En ce qui concerne la vie dans l'établissement, les dépendants pour les actes de la vie quotidienne, et notamment les handicapés dépendants devraient en théorie pouvoir mener une vie « normale ». Or, tant sur le plan de l'architecture que de l'aménagement interne, la vie « sociale » est impossible dans certains domaines et dans de nombreux endroits. L'inadaptation des locaux avait déjà été soulignée dans le rapport de l'IGAS de 1990 ⁽⁵²⁾. Les accès aux ateliers, aux salles de sport, aux activités ludiques et culturelles (cours de promenade, bibliothèque...), aux parloirs, voire très souvent aux UCSA sont très difficiles. La localisation des cellules accueillant des personnes dépendantes devrait prendre en compte ces critères. Si l'accès à ces endroits clés de la détention n'est pas possible, des astuces doivent être trouvées pour apporter ces services dans la cellule de la personne. Un détenu de Nantes peut ainsi travailler dans sa cellule, l'auxiliaire peut apporter des revues ou les produits cantinés aux personnes qu'il a en charge. Le problème de la localisation est complexe et parfois insoluble. Au centre pénitentiaire des femmes de Rennes par exemple, une personne présentant des difficultés pour les déplacements a refusé une cellule près de son atelier de travail (en étage) pour rester avec ses amies. Il faut souligner que les établissements sont rarement équipés d'ascenseur permettant un déplacement plus aisé des détenus. Au centre de détention de Nantes, les personnes dépendantes sont regroupées dans un quartier particulier, bénéficient de l'aide d'un auxiliaire et d'un petit patio de promenade.

La situation vis à vis de l'aménagement des cellules n'a guère changé depuis 1990 ⁽⁵²⁾ : lit trop bas, peu d'accès aux interrupteurs pour une personne allongée sur son lit, toilettes trop basses et peu accessibles, lavabo et armoires difficilement utilisables pour une personne sur une chaise ou dans un fauteuil roulant, encombrement de la surface au sol par une table et d'autres objets, portes trop étroites pour le passage d'un fauteuil, peu de barres d'appui... Le problème de l'accès aux douches a déjà été évoqué et est majeur.

Sans nécessité de gros moyens, certains aménagements faciliteraient nettement la vie des détenus dépendants.

Parmi ceux-ci peuvent être envisagés :

- la non-utilisation de lits superposés pour les personnes à mobilité réduite. Par exemple, les deux détenus obèses regroupés notamment suite au bruit engendré par leur extracteur la nuit (appareil respiratoire pour les syndromes d'apnée du sommeil), une cellule assez large pourrait être trouvée pour placer deux lits côte à côte. Ces cellules existent déjà mais accueillent un plus grand nombre de détenus. Si cela est impossible, une échelle pourrait au moins être fournie au détenu pour qu'il puisse monter et descendre de son lit sans monter sur la table, avec toutes les difficultés que ses 210 kg représentent. Pour ne pas multiplier les frais et en cas de crainte de l'établissement pénitentiaire de détérioration du matériel lors de l'occupation de la cellule par d'autres personnes, l'administration pourrait se procurer une ou deux échelles et ne les fournir qu'aux détenus nécessaires.
- une cellule légèrement plus grande serait également souhaitable pour le détenu nécessitant un fauteuil ou une canne. Cela lui éviterait de se déplacer à quatre pattes dans sa cellule, sa canne se coinçant dans les pieds du mobilier.
- des barres de soutien pourraient être posées dans quelques cellules, notamment au lavabo et aux toilettes pour aider les détenus à se lever.
- une chaise en plastique pourrait être fournie aux secteurs accueillant des personnes ayant des difficultés à rester debout. Ainsi, certaines personnes pourraient prendre des douches ou se laver plus facilement au lavabo dans leur cellule.
- quelques douches pourraient être accessibles à des personnes en fauteuil roulant, ou au moins la marche d'accès à la douche (souvent haute et glissante) pourrait être rabotée dans certains endroits.
- des rampes seraient utiles au niveau des escaliers. Bien sur, l'idéal serait évidemment l'installation d'un ascenseur... Dans certains établissements, les personnes se déplaçant avec difficultés sont autorisées à utiliser les monte-charges pour éviter les escaliers, mais ceci génère des problèmes de sécurité et d'assurance.
- pour les personnes édentées ou avec des troubles de la déglutition, des repas mixés devraient être systématiquement possibles. Lorsque les plats sont conditionnés en cuisine, il semble qu'il n'y ait pas ou peu de problèmes. Dans certains établissements, les repas sont transportés dans des grosses casseroles et les détenus se servent directement. Là, il est plus difficile de résoudre le problème. Dans un centre, un moulin à main a été confié à l'auxiliaire mais les morceaux de viande ne passent pas. Il serait possible, soit de faire conditionner un plateau en cuisine (mais les relations sont conflictuelles), soit de confier un moulin électrique à l'auxiliaire.
- des balais pourraient également être fournis aux détenus ne pouvant s'agenouiller pour nettoyer le plancher de leur cellule avec leur éponge ou serpillière.

Des aménagements plus importants peuvent être envisagés comme l'adaptation d'une cellule pour handicapé avec un lit plus élevé, des WC surélevés, une large porte permettant le passage d'un fauteuil, une surface au sol suffisante pour permettre la circulation du fauteuil, des barres de soutien, et soit un accès à une douche adaptée avec un anti-dérapant au sol, soit une douche permettant l'usage d'un fauteuil.

Un listing des aménagements nécessaires pour une cellule partiellement aménagée et totalement aménagée a été rédigé par le groupe national sur le handicap et la dépendance en milieu carcéral. Il sera également l'objet d'une information.

Evidemment, il est souhaitable de consulter un expert avant d'effectuer des travaux dans une cellule afin de l'aménager au mieux et à moindre coup. Certains travaux ont été effectués sans avis préalables et ont conduit à des défauts d'aménagement qui auraient pu être évités⁽⁵²⁾.

Dans la grosse majorité des établissements, il semblerait qu'une, voire deux cellules aménagées, suffiraient à pourvoir aux besoins principaux des détenus. D'autres établissements sont nettement plus confrontés au problème. Les gestions financières et géographiques des aménagements des cellules partiellement et totalement aménagées pourraient être organisées par les directions régionales pour les maisons d'arrêt et les centres de détention et par l'administration centrale pour les maisons centrales, telles que cela était recommandé en 1990 par l'IGAS⁽⁵²⁾.

Une partie de ces aménagements pourrait être négociée par l'administration pénitentiaire sur des crédits d'action sociale avec par exemple la mairie, les caisses primaires d'assurance maladie, le conseil général, la DDASS.

7.10 Aides médicales et paramédicales

La prise en charge sanitaire des détenus relève depuis 1994 (loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la protection sociale) du service public hospitalier, en dehors des établissements du programme « 13 000 » où les soins étaient une des activités privées. Au mois de mars 2001, cette activité est redevenue publique pour l'ensemble des établissements.

Le manque de personnel dans les UCSA est relativement important, vu la lourdeur de certaines pathologies et les contraintes administratives pour les prises en charges (extraction impossible par manque d'escorte, difficulté à trouver des ambulances acceptant d'être dédommagées plusieurs mois plus tard, report d'examen nécessitant de reprendre tout le processus...). Ce manque de personnel est particulièrement crucial pour la psychiatrie, les problèmes rencontrés étant fréquents et graves. La reconnaissance de l'irresponsabilité psychiatrique se raréfiant, les conditions de détention étant difficiles et la montée des délits liés notamment à des troubles psychiatriques (délits sexuels) ne laissent pas présager une amélioration. Le passage des centres de soins des établissements 13 000 au secteur public et donc sous dotation globale des centres hospitaliers de rattachement, a conduit certains directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (ARH) à refuser une augmentation prévue de la quantité de personnel des UCSA déjà existants. L'un des problèmes générés par ce défaut de personnel est l'absence de garde médicale systématique de nuit. Dans certains endroits, cette situation se complique par l'absence de garde sur place d'un surveillant gradé ayant les clés des cellules (celui-ci ou celle-ci pouvant être d'astreinte au domicile). La gestion de l'urgence ne peut alors être que très relative. Cet aspect a été notamment souligné dans le rapport de l'assemblée nationale ⁽⁴⁾. L'instauration d'un climat de confiance entre la pénitencier et les médecins de garde ainsi que l'hôpital est important pour que, malgré les conditions, la prise en charge puisse se faire au plus vite pour le patient.

Les personnes travaillant dans les UCSA sont volontaires, mais les conditions de travail et l'évolution des mentalités devraient faire évoluer la conception de cette activité non plus comme un sacerdoce mais comme une part intégrante de notre système de soins ⁽³⁴⁾. Il serait aussi souhaitable qu'à l'avenir, l'approche curative évolue vers une approche plus communautaire ⁽⁴⁸⁾.

Les problèmes de santé liés à l'âge ou à la dépendance en général sont nouveaux et spécifiques en détention. Les UCSA ne peuvent matériellement, médicalement et humainement gérer cette évolution. Par exemple, des lits anti-escarres ne peuvent être utilisés facilement en détention car ils ne sont pas homologués. Les matelas doivent remplir des conditions de résistance au feu. Un lit médicalisé est trop grand pour être placé dans une cellule « standard ». L'entrée de ce dernier, comme celui d'un fauteuil roulant, pose d'ailleurs problèmes par son matériau de construction, la difficulté pour vérifier que rien n'a été caché dans les conduits et la présence de la potence pour le lit pouvant générer ou faciliter des actes déplorables.

Pour les épisodes aigus (fin de vie et autres), une hospitalisation à domicile peut être mise en place, le domicile d'hébergement étant bien la détention à l'inverse du domicile de secours. Les frais sont en totalité couverts par la sécurité sociale, les détenus y étant affiliés d'office maintenant. En ce qui concerne l'équipe soignante, un ou des services à domicile peuvent être contactés pour connaître leur perception vis à vis d'un exercice en détention, éventuellement les rassurer et les familiariser avec le milieu (visite de la prison, contact avec les surveillants, le personnel de l'UCSA et le malade). Une convention peut alors être signée entre le service à domicile et la pénitencière. Les établissements en milieu rural seront probablement défavorisés par rapport aux grandes villes en fonction des services à domicile existants et de leur mobilisation.

Cette expérience a été tentée à Nantes courant 2000 pour un détenu en fin de vie. Les soignants ont été nommés individuellement afin d'autoriser leurs entrées et sorties. Les horaires de passage ont été réfléchis pour faciliter la rapidité du passage de l'entrée à la cellule et vice versa. A Nantes, l'expérience s'est rapidement concrétisée pour une première tentative (8 jours) et s'est bien déroulée. L'équipe passait 2 fois par jour pour la toilette, la vérification de l'état cutané, l'administration des traitements, la prise en charge de la douleur et la délivrance des soins de kinésithérapie. Le bilan de l'équipe extérieure s'est dressé ainsi.

Les points forts soulignés ont été :

- la connaissance d'un environnement nouveau.
- la remise en question des préjugés.
- le fait que le personnel soit extérieur à l'établissement à faciliter le dialogue avec le patient et les surveillants.
- le faible nombre de personnes (2 infirmières et 1 kinésithérapeute) a permis des relations plus faciles avec l'administration et le détenu, ainsi qu'une bonne coopération des surveillants.

Les points faibles ont porté sur :

- la perte de temps à l'intérieur des locaux.
- une information insuffisante des surveillants sur l'intervention de l'équipe extérieure (travail, matériel...).
- une cellule non adaptée, trop exiguë entraînant des difficultés d'agencement du matériel (lit électronique, matelas anti-escarre...).
- l'éloignement de la cellule par rapport à l'UCSA.
- l'absence de personnel infirmier à l'UCSA le week-end pour le suivi de la prise en charge.
- l'impossibilité d'agir en dehors des heures d'ouverture si l'état du patient s'aggrave.

L'équipe extérieure a dû accepter les contraintes d'organisation de la prison, de place dans la cellule, de matériel restreint qui ont limité son efficacité dans sa prise en charge, notamment par rapport à la douleur du patient. L'équipe de l'UCSA a apprécié le soutien apporté et les bonnes relations établies. Cependant, celle-ci a reconnu avoir vécu cette situation avec un sentiment d'insuffisance important. Elle aurait souhaité pouvoir accompagner le patient, pensant que ceci relevait de ses attributions. Mais elle a dû admettre ne pas avoir les moyens humains pour le faire. Cette prise en charge a duré six semaines puis le patient a été transféré à l'hôpital où il est décédé. Un autre centre pénitentiaire a tenté de mettre en œuvre une hospitalisation à domicile pour un patient mais les délais de mise en œuvre ont fait échouer le projet. L'instauration de liens entre les équipes en dehors de l'urgence permettrait une instauration du dispositif plus rapide et effective.

Certains médecins considèrent que l'hospitalisation à domicile, en reculant ou évitant l'hospitalisation, « cautionne la mort en prison » (propos tenus au congrès des UCSA de la région Ouest en décembre 2000), et à ce titre doit donc être évitée. Cependant, les difficultés d'hospitalisation et de maintien à l'hôpital légitiment le développement de cette prise en charge, certes imparfaite vu les conditions de travail, mais ayant le mérite d'accompagner le patient et de le soulager physiquement.

La création des unités d'hospitalisation sécurisées permettra d'assurer dans chaque région pénitentiaire au plus tard fin 2003 ⁽²⁾, la présence de chambres à l'hôpital pouvant accueillir habituellement et correctement des détenus. Les interventions programmées pourront ainsi plus facilement se réaliser en réduisant les gardes policières au strict nécessaire ⁽³⁷⁾. Le nombre de lits limitera cependant certainement l'utilisation de ces chambres aux soins aigus et non aux soins de longue durée. Pour la région Ouest, cette unité sera localisée au centre hospitalier universitaire de Rennes.

La dépendance n'étant pas que physique, la prise en charge psychiatrique va maintenant être évoquée. L'organisation en psychiatrie est régie par le décret n°86-602 du 14 mars 1986 créant « les secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire », l'arrêté du 14 décembre 1986 fixant le règlement intérieur de ces structures et une circulaire conjointe n°1164 du 5 décembre 1988 du ministère chargé de la santé et du garde des sceaux ⁽³⁷⁾. Cependant, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont les seules offres véritablement structurées en matière de psychiatrie qui ont émergé. Les missions de ces SMPR sont ⁽³⁷⁾ la prévention des affections mentales, la mise en œuvre des traitements psychiatriques, le suivi psychiatrique et psychologique de la population post-pénale, la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Sur la région pénitentiaire Ouest, deux SMPR existent, un à Nantes et l'autre

à Caen. En dehors des établissements bénéficiant d'un SMPR, les détenus n'ont que quelques vacations de psychiatre par semaine, non appuyées par un travail d'équipe pluridisciplinaire et posant les difficultés d'un travail de fond avec les patients ^(4, 14, 30).

Enfin, en ce qui concerne la prise en charge de déficit générant une dépendance, les manques de kinésithérapeutes et ergothérapeutes sont flagrants et anciens ⁽⁵²⁾. Dans notre étude, seul un détenu bénéficiait de la présence d'un kinésithérapeute, théoriquement au rythme d'une séance par semaine mais réalisée en pratique irrégulièrement.

8 Perspectives

La présence concomitante de fonds, de mobilisations des politiciens et de la société, et la révision de la réglementation en matière d'aménagement de peines font de cette période un moment particulièrement propice pour agir. Cette occasion doit être saisie sans délai, car, comme le rappelle Robert Badinter, « ces périodes cessent par le jeu des circonstances : que survienne une prise d'otage, qu'un gardien soit, hélas victime d'un grave attentat dans une prison et aussitôt le climat change » ⁽⁴⁾. La situation a été ignorée pendant des années malgré les revendications des surveillants, l'histoire peut se répéter.

Agir pour améliorer la situation des prisons nécessite de se poser la question suivante : Comment en est-on arrivé à cette situation de crise, à ce surpeuplement, à ces personnes âgées en prison, à ces mineurs en prison, à ces suicides, à ces récidives... ? Pourquoi ces échecs ? Les réponses ne se situent certainement pas seulement dans la réglementation, qui est plutôt le reflet d'une exigence de sécurité de la société et d'une volonté de mise à l'écart des trouble-fêtes. Elle prend plutôt racine dans la dislocation de la société. En effet, le nombre de détenus le plus bas en France a été recensé juste après la guerre de 1914, alors que le pays entre 1904 et 1912 se portait économiquement très bien, que les foyers familiaux étaient très soudés, que les associations religieuses et culturelles étaient très impliquées ⁽⁴⁾. Aujourd'hui, avec l'éclatement des familles, les difficultés économiques, la solitude, les violences se multiplient et les prisonniers aussi. Enfin, peu d'efforts sont faits pour considérer et réinsérer les détenus. Même si le détenu est passé d'un statut de personne devant souffrir physiquement pour payer, à celui de citoyen avec le droit de vote, il n'est toujours pas vraiment intégré dans la société. Prenons un exemple simple mais élogieux. Au Canada tout est fait pour intégrer la prison et la peine dans la société. Les prisons sont d'ailleurs situées dans la ville et non en périphérie comme cela est souvent le

cas en France. Malgré les difficultés financières et sécuritaires de ces localisations, il paraît important pour les Canadiens de ne pas considérer les détenus comme en dehors de la société mais bien à l'intérieur, car faisant partie d'elle-même. Les détenus sont d'ailleurs responsabilisés et organisés en comités. Ils participent ainsi, en dehors de l'aspect sécuritaire, à la vie et aux orientations de chaque établissement pénitentiaire. L'accent est véritablement mis sur la réinsertion, les classes défavorisées bénéficiant de plus de soutien ⁽⁴⁾. En France, malgré le fort taux de personnes condamnées pour délits sexuels, peu prises en charge, personnes qui vont sortir et récidiver, l'idée des parloirs sexuels pour garder une certaine stabilité et limiter de trop déstructurer la personnalité, a du mal à se frayer son chemin. Ceci pour des raisons d'architecture et de surveillance mais probablement surtout pour des raisons idéologiques. La prévention de la récidive devrait pourtant être un axe fort d'actions. Les détenus sont en France logés, nourris, beaucoup ont la télévision (moyennant finances pour certains), certaines personnes pensent qu'il n'est pas normal qu'ils vivent mieux en prison que les plus défavorisés à l'extérieur ⁽⁴⁾. Elles oublient que notre justice est républicaine et que l'inhumanité n'engendrera que l'inhumanité de personnes qui sortiront de ces murs un jour. L'humanité, c'est non seulement humaniser les établissements mais c'est aussi se poser les questions « qu'est-ce que la prison va apporter à ce détenu ? », « est-elle souhaitable pour lui et la société ? », « quel est le sens de la peine ? ». Les réponses apportées nécessiteront parfois, essentiellement pour nos détenus dépendants, de trouver des alternatives à l'incarcération et de limiter l'inhumanité de leurs prises en charge actuelles.

La prison est prête pour cette humanisation puisqu'elle s'est nettement ouverte à l'extérieur, d'abord avec l'entrée de l'éducation nationale en 1945, puis la formation et le travail volontaire, les bibliothèques, et la santé en 1994 ⁽⁴⁸⁾. Des associations se sont investies (la Croix-Rouge, les visiteurs de prison...) et peuvent être mobilisées pour aider les détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne, que ce soit par la gestion du linge, par des visites ou d'autres aspects. Les établissements pénitentiaires rencontrés sont tout à fait d'accord pour accueillir du personnel extérieur (auxiliaires de vie, aide-soignants...) qui pourraient les aider dans cette prise en charge, pour que les droits des détenus soient respectés, pour que les conditions de vie des détenus et du personnel soient améliorées. Pour cela, faut-il encore que les financeurs acceptent et participent activement aux versements des allocations. Cela fait partie de leurs missions, ils doivent appliquer la loi, elle est écrite pour tout le monde, même pour les détenus.

L'entrée de l'hôpital en prison est certainement une victoire pour l'amélioration des soins, les moyens humains et financiers mis à disposition. La prison, rassemblant les mêmes pathologies qu'à l'extérieur mais en plus grand nombre et avec des difficultés de prises en charge, représente un véritable enjeu de santé publique ⁽⁴⁸⁾. La qualité des soins et les violations de secret médical sont, malgré encore quelques litiges ^(37, 48), en voie de résolution.

Cependant, la prise en charge des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne pose problème à tout le monde : à l'UCSA qui n'a pas les moyens pour les gérer, aux surveillants qui ne sont pas assez nombreux et non pas la compétence ni même mission pour les encadrer, aux directeurs d'établissement dont l'architecture ne permet pas l'accueil de ces détenus facilement. Mais aussi et surtout, le problème se pose pour les détenus eux-mêmes qui se retrouvent souvent seuls, à la merci de l'aide d'un codétenu, avec tout le risque que cela encoure, surtout si le détenu est incarcéré pour délit sexuel, et toute l'humiliation de nécessiter une aide pour des soins aussi intimes que la toilette et l'habillement. Cette souffrance psychologique est certainement d'autant plus importante que les détenus sont globalement jeunes et ne peuvent bénéficier du respect et de l'excuse de l'âge.

Améliorer les conditions de vie des détenus, leur sécurité et les conditions de travail des surveillants, nécessitent un lourd travail de rénovation architecturale dans un parc particulièrement vétuste. Pour nos détenus dépendants qui ne peuvent prétendre à une remise de peine, des aménagements sont à prévoir. Des postes d'encadrement sont également à prévoir. Même si les fonds ont augmenté, l'ampleur des travaux nécessite un soutien actif et continu. Le ministère doit prévoir les moyens adéquats à sa politique et aux erreurs commises. Cependant, la situation ne risque guère de s'améliorer rapidement, le ministère s'étant engagé sur d'autres réformes urgentes qu'il ne peut financer (loi n°2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes). La tension monte et les magistrats sont descendus dans la rue ^(38, 39). L'avancée que représente cette loi est indiscutable, l'urgence des travaux et d'autres encore le sont aussi. Le problème est que la pénitencière est le parent pauvre d'un ministère pauvre. Le budget de ce dernier représente 0,8% des dépenses publiques en France, et 1,6 % du budget de l'État, soit quatre fois moins qu'en Grande-Bretagne ⁽³⁸⁾.

Il faut signaler qu'un certain nombre de détenus recensés dans notre étude ont pu bénéficier de la nouvelle réglementation de décembre 2000 sur l'aménagement des peines. L'étude nationale sur la dépendance en milieu carcéral recensant les détenus au 2 février permettra d'actualiser les données et d'avoir une estimation beaucoup plus fiable du problème sur l'ensemble du territoire.

Ainsi en pratique, un établissement confronté à la prise en charge des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne peut contacter sa DDASS et son conseil général pour mieux connaître les possibilités de soutien à ces personnes et entamer les procédures de prise en charge. La mairie peut également être rencontrée, par l'établissement et/ou la DDASS, pour sensibilisation, recueil d'information sur les associations présentes sur le territoire pouvant éventuellement aider les détenus, et financement éventuel d'une partie de la prise en charge. Après information des services agréés par le conseil général, les services déconcentrés de l'État peuvent contacter quelques associations pour les sensibiliser et savoir si elles accepteraient de venir exercer en détention. Une visite des locaux peut ensuite être organisée par l'établissement pénitentiaire pour les associations de tierces personnes et pour l'équipe médico-sociale du conseil général. Enfin, une sensibilisation de la population et des professionnels peut se réaliser par différentes interventions, notamment auprès du comité technique régional et interdépartemental, du comité départemental des retraités et personnes âgées, d'association de défense des droits des détenus (comme l'observatoire international des prisons), de groupes de réflexion nationaux et des ministères concernés si l'occasion se présente, et par des publications.

Bibliographie

- 1- ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2000, 2190, pp. 19.
- 2- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, Journal Officiel de la République Française du 31 août 2000.
- 3- Articles 193 et 194 du Code de la famille et de l'aide sociale portant dispositions communes aux différentes formes d'aide sociale.
- 4- ASSEMBLEE NATIONALE, Commission d'enquête *La France face à ses prisons Tome I - Rapport*, DIAN, Paris, 2000, 328 p.
- 5- BENKIMOUN P. La nouvelle allocation, plus généreuse est plus étendue que la prestation dépendance, *Le monde*, 8 mars 2001, p. 8.
- 6- BEZAT J.-M. La commission d'enquête trace les grandes lignes d'une loi pénitentiaire, *Le monde*, 26 juin 2000, p. 7.
- 7- BEZAT J.-M. Les députés découvrent l'inhumanité du système carcéral français, *Le monde*, 26 juin 2000, p. 7.
- 8- CENTRE PENITENTIAIRE DE NANTES, Commission de surveillance 1999, 1^{er} décembre 1999, 116 p.
- 9- CHAUVIN I. La santé en prison, les enjeux d'une véritable réforme de santé publique, ESF éditeur, Paris, 2000, 114 p.
- 10- Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.
- 11- Code de déontologie médicale, article 7.
- 12- Code de la sécurité sociale. Allocation aux adultes handicapés. http://www.intranet.sante.gouv.fr/secur/vieillesse/textes/code_ss/ssl8t2_r.htm
- 13- COLIN C. COUTTON V. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance, DREES Études et Résultats, 2000, 94, pp.1-8.
- 14- COLIN M. JEAN J.-P. Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables, *Revue Française des Affaires sociales*, 1997, 51, 1, pp. 17-29.
- 15- CONSEIL GENERAL DE LOIRE ATLANTIQUE. *Le règlement départemental d'aide sociale*. Nantes, 1999, pp. 73-150.
- 16- COURAULT S. La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes, *Actualités sociales hebdomadaires*, 1999, 2117, pp. 13-20.
- 17- DANIEL J. Rapport concernant les besoins de prise en charge des détenus dépendants du 15/3/2000, Inspection départementale de la santé, 3 p.
- 18- Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (3^e partie : Décrets).
- 19- Décret n°85-836 du 6 août 1985 modifiant certaines dispositions du CPP (3^e partie : Décrets).
- 20- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- 21- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Copyright Juridisque Lamy S.A.
- 22- Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997.
- 23- Décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- 24- Décret n° 2000-1213 du 13 décembre 2000 portant modification du code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'application des peines.

- 25- Décret n° 2000-1388 du 30 décembre 2000 relatif à l'application des peines.
- 26- DEJENNE J.M. L'action des DDASS à l'égard de la population pénale, ENSP, Rennes, formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales Promotion 1997-1999, 67p.
- 27- DICTIONNAIRE PERMANENT D'ACTION SOCIALE, 2000, feuillet 27, pp. 1278-1285.
- 28- DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE. *Les chiffres de l'administration pénitentiaire*, Paris, mai 2000, 12 p.
- 29- DUMONT M. GOSSET D. BES F. et al. Dossier : le droit à la santé dans les prisons, *Contact santé*, 2000, 147, pp. 6-15.
- 30- EVEILLARD A. Désastre psy en prison, *Panorama du médecin*, 1999, 4685
- 31- GARCIA A. Des aides très disparates selon les départements, *Le monde*, 8 mars 2001, p. 8.
- 32- GENTILINI M. TCHERIATCHOUKINE J. DESSAINT L. et al. *Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant pendant et après l'incarcération*. Médecine-Sciences Flammarion Paris, 1997, 217 p.
- 33- GOLDBERG P. LANDRE M.F. DAVID S. et al. Conditions de travail, conditions de vie et problèmes de santé physique déclarés par le personnel de l'administration pénitentiaire en France, *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1996, 44, pp. 200-213.
- 34- GUBLER C. TCHERIATCHOUKINE J. *Rapport de synthèse sur les infirmeries des établissements pénitentiaires*, IGAS, Paris, 1992, 20 p.
- 35- Guide de remplissage de la grille AGGIR dans le cadre du bénéfice de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi d'une tierce personne, <http://www.sante.gouv.fr/hm/publication/aggir/guideaggir.htm>
- 36- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France 1994-1998*, La Documentation française, Paris, 1998, pp. 267-279
- 37- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Santé en milieu carcéral*, Editeur ENSP, Rennes, 1993, 127 p.
- 38- HERZOG-EVANS M. Se réinsérer malgré les freins juridiques, *Dedans Dehors*, 2000, 20, 19 p.
- 39- JOHANNES F. Les magistrats descendent dans la rue pour dénoncer leur manque de moyens, *Le Monde*, 20 janvier 2001, p 10.
- 40- JOHANNES F. 500 magistrats ont manifesté devant leur ministère, *Le Monde*, 22 janvier 2001, p 10.
- 41- LEMOUSSU P. L'incompatibilité de l'état de santé avec la détention, *Notes d'actualité juridique pénitentiaire*, 2000, 6, pp. 5-8.
- 42- LEVY T. Lettre à Madame la ministre des prisons, *Dedans Dehors*, 2000, 20, pp. 3-4.
- 43- Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapés.
- 44- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Bulletin officiel du ministère des affaires sociales de la santé et de la vielle n°3 du 12 mars 1994.
- 45- MAMERE N. MAREST P. « Vivre l'enfer dans nos prisons », *Dedans Dehors*, 2000, 20, pp. 4.
- 46- MANDRAUD I. Le gouvernement engage la réforme de l'aide aux personnes âgées, *Le Monde*, 8 mars 2001, p. 8.
- 47- MAREST P. La France face à ses prisons : une humiliation pour la République. *Dedans Dehors*, 2000, 20, pp. 7.
- 48- MARITOUX J. Santé et prisons en France, inventaire des évolutions en cours, *La revue prescrire*, 1998, 18, 186, pp. 535-539.
- 49- MOUQUET M-C. DUMONT M. BONNEVIE M-C. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, *DRESS, Etudes et résultats*, 1999, 4, pp. 1-10.
- 50- PELTIER C. La médecine des prisons en débat, *Bulletin de l'Ordre des médecins*, mars 2000, pp. 6-7.
- 51- Population pénale, Personnel, Etablissements pénitentiaires, Justice pénale, Statistiques, <http://www.quid.fr/WEB/JUSTICE/FR/>

- 52- REYNES N. ROQUEL T. *Rapport concernant la prise en charge des détenus handicapés dans les établissements pénitentiaires*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, 1990, 37 p.
- 53- RITTER L. La prison : une malade sous surveillance, *Espace social européen*, 7 au 13 avril 2000, pp. 15-19.
- 54- SAMPEUR O. La fonction santé dans les établissements du « programme 13 000 » à gestion mixte, *Revue Française des Affaires sociales*, 1997, 51, 1, pp. 81-83.
- 55- VASSEUR V. *Médecin-Chef à la prison de la santé*, Le cherche midi éditeur, Paris, 2000, 202 p.

Annexes

Annexe 1 : glossaire

Annexe 2 : carte des établissements et des régions pénitentiaires

Annexe 3 : protocole et planning

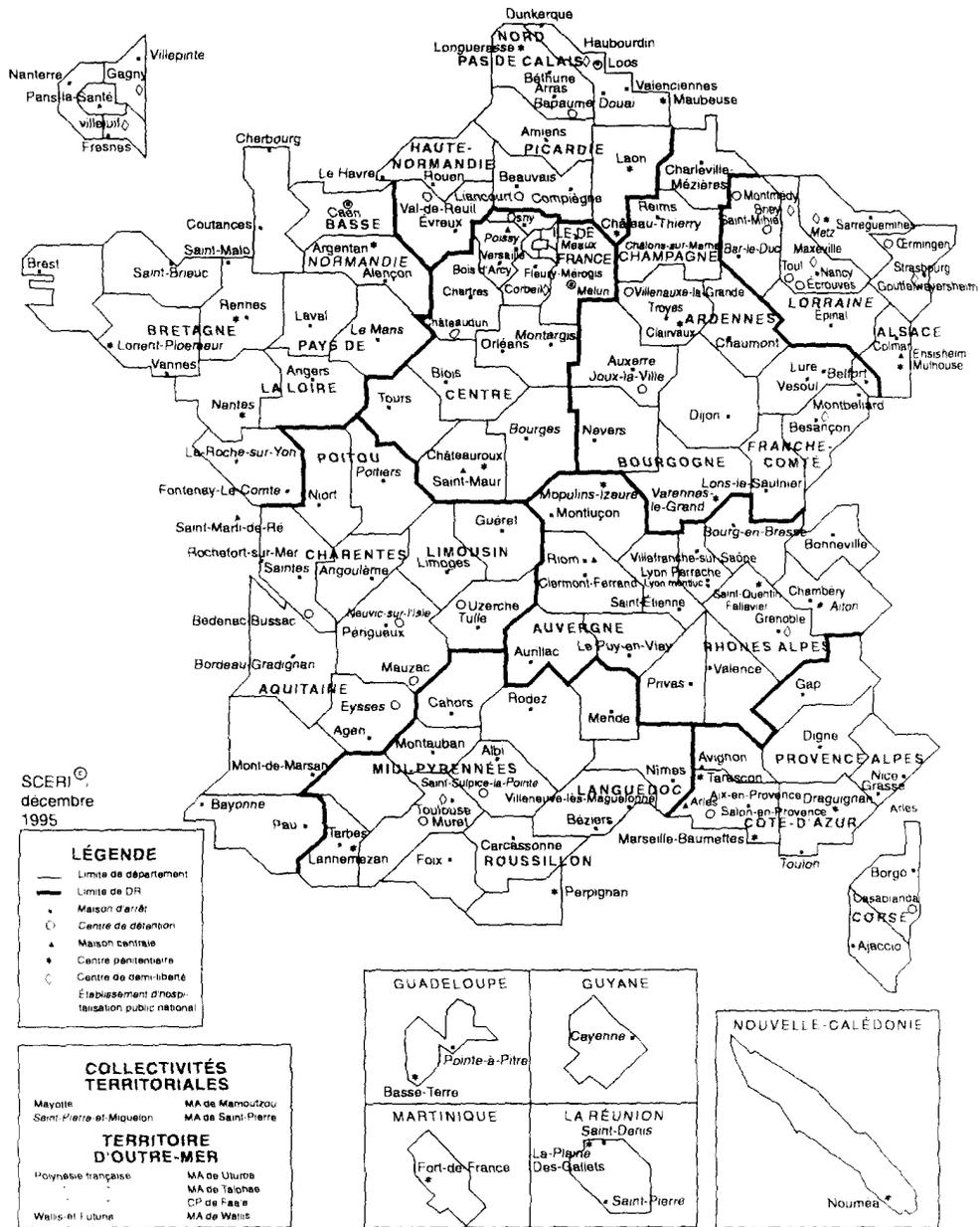
Annexe 4 : questionnaire

Annexe 5 : guide de remplissage

Glossaire

- Centre de détention (CD) : établissement qui accueille les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation.
- Centre pénitentiaire : établissement mixte qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents
- Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation définitive
- Dépendance pour les actes de la vie quotidienne : « état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière » (loi du 24 janvier 1997 ⁽¹⁶⁾)
- Détenu : personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire
- Handicap : désavantage pour un individu résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal pour un être humain (compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels) (OMS)
- Maison d'arrêt (MA) : établissement qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an
- Maison centrale : établissement qui reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité
- Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive
- Programme 13 000 : programme de construction de 25 établissements pénitentiaires lancé en 1987 ; la construction, pour la totalité, puis la gestion courante (hôtellerie-restauration, santé, travail, formation professionnelle, maintenance), pour 21 d'entre eux, sont assurées par des groupements privés ; la garde, l'insertion et le greffe restent de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et de son personnel.
- Service médico-psychologique régional : service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comprenant une unité d'hospitalisation, offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire.
- Unité de consultations et de soins ambulatoires : unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire. Elle assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention.

Carte des établissements et des régions pénitentiaires



Enjeux de l'étude : améliorer l'offre de soins aux détenus dépendants âgés ou gravement malades

Moyen : quantifier les besoins des détenus avec dépendance physique, lister les réponses actuellement apportées à ces besoins et proposer des solutions.

Population cible : détenus, prévenus ou condamnés âgés ou gravement malades (AVC, SIDA...). Les établissements pénitentiaires inclus dans l'étude sont ceux de la région pénitentiaire Pays de la Loire, Bretagne, Basse-Normandie.

Le protocole et le questionnaire ont été validés par les établissements pénitentiaires de Nantes et de Rennes.

Un courrier d'information, le questionnaire, l'aide au remplissage du questionnaire et le protocole sont envoyés par la DDASS de LOIRE ATLANTIQUE à Madame Pondaven de l'administration pénitentiaire régionale. Celle-ci s'est proposée d'informer les directeurs d'établissement pénitentiaire de sa région de cette enquête. Les mêmes documents sont envoyés aux médecins inspecteurs des DDASS pour diffusion auprès de leurs UCSA et du service médical de l'établissement 13000 d'Argentan (Orne).

Les responsables des centres de soins repèrent les détenus correspondants aux critères, remplissent un questionnaire anonyme par détenu (questionnaire ci-joint avec guide de remplissage) et collectent le reliquat de peine auprès de la direction de l'établissement pénitentiaire. En cas de problème, les médecins peuvent contacter les Docteurs Daniel et Laplace de la DDASS de LOIRE ATLANTIQUE (02.40.12.81.76). Ils renvoient les questionnaires avant le 15 août 2000 au médecin inspecteur de leur DDASS qui les retransmettra au Docteur Daniel, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de LOIRE ATLANTIQUE.

Les données seront saisies et analysées par les docteurs Daniel et Laplace. Une réflexion sur l'offre possible à ces détenus s'engagera entre la DDASS de LOIRE ATLANTIQUE et les établissements pénitentiaires de la région. Chaque établissement ayant participé sera destinataire du rapport de l'étude.

Planning :

- fin juin :

- élaboration et diffusion de la lettre d'information et du questionnaire de la DDASS de Loire Atlantique validé par les directions pénitentiaires de Nantes et de Rennes aux directeurs d'établissement pénitentiaire, aux DDASS et aux responsables des UCSA du territoire concerné.
- début de la bibliographie

- juillet et août :

- bibliographie sur la santé en milieu carcéral
- collecte et saisie des fiches de recueil à clôturer mi-août

- début septembre :

- analyse des données quantitatives

- mi-décembre à fin janvier :

- analyse des données qualitatives
- entretien avec divers professionnels sur le sujet
- réflexion sur l'ampleur et les modalités de l'offre de soins à apporter aux détenus dépendants
- début de la rédaction du rapport

- fin février :

- fin de la rédaction du rapport

- début mars :

- impression et diffusion du rapport

- discuter la valorisation des résultats et de la réflexion par la remise d'un rapport au parlement, par un article

Fiche de recueil des détenus dépendants âgés ou gravement malades

Identification de l'établissement pénitentiaire

Type d'établissement

1 : maison d'arrêt 2 : centre de détention 3 : maison centrale

Localisation de l'établissement : _____

Identification du détenu

Sexe :

M : masculin F : Féminin

Age : _____

Statut :

P : prévenu C : condamné

Si condamné, reliquat de peine : ____ mois

Aménagement de peine possible (Oui, Non), si oui :

Type d'aménagement _____

Date à partir de laquelle l'aménagement serait possible _____

Pathologies principales nécessitant une surveillance et un traitement

1- _____

2- _____

3- _____

Autonomie : extraction de la grille A.G.G.I.R (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)

Fait seul totalement, habituellement, correctement = A Fait partiellement = B Ne fait pas = C

Cohérence ____

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

Orientation ____

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

Toilette : haut du corps

bas du corps

Assurer son hygiène corporelle

Habillage : haut

moyen

bas

S'habiller, se déshabiller, se présenter

Alimentation : se servir

manger les aliments préparés

Transferts

Se lever, se coucher, s'asseoir

Elimination : urinaire

fécale

Déplacements à l'intérieur

Aides humaines au détenu

Type d'aide et fréquence	Statut et qualification des personnes

Aides matérielles et aménagements pour le détenu

Problèmes résiduels dans la prise en charge du détenu

Nous vous remercions de votre coopération

Aide au remplissage du questionnaire sur la dépendance des détenus âgés ou gravement malades

Population cible : détenus, prévenus ou condamnés dépendants âgés ou gravement malades (démence, AVC, SIDA...) de la région pénitentiaire (Pays de la Loire, Bretagne et Basse-Normandie).

Précisions sur quelques termes du questionnaire

➤ **Se servir :**

- modalité C : si une personne ne coupe pas sa viande et n'ouvre pas un pot de yaourt et ne pèle pas un fruit et ne remplit pas son verre
- modalité B : si une partie de ces actes ne sont pas effectués, par exemple, si elle ne coupe pas seule sa viande.

➤ **Élimination urinaire et fécale**

Il ne s'agit pas de maîtriser l'élimination mais d'assurer l'hygiène de l'élimination.

- modalité C : si la personne renverse régulièrement le contenu de l'urinal et/ou s'il faut toujours l'inciter pour qu'elle se rende aux toilettes et/ou si elle ne place pas elle-même et n'enlève pas les protections à usage unique
- modalité B : si l'incitation pour aller aux toilettes est intermittente avec des actes spontanés et/ou si le changement d'usage unique s'effectue mal par intermittence, et/ou si l'usage unique n'est utile qu'à certains moments de la journée.

➤ **Transferts** : passer d'une des trois positions (lever, coucher, assis) à une autre dans les 2 sens. Cette variable n'inclut pas la marche

- modalité C : si les changements de position lever/coucher dans les deux sens ne sont pas effectués
- modalité B : si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement, si le transfert lit/fauteuil est effectué, mais pas le transfert assis/debout.

➤ **Déplacements à l'intérieur**, dans les lieux de vie et locaux de service.

L'utilisation par une personne seule de cannes, déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être B ou A.

- modalité C : la personne n'effectue pas seule ses déplacements
- modalité B : si la personne n'accède pas seule à toutes les pièces nécessaires dans son lieu de vie (cuisine, douches...), en cas d'escalier par exemple.

➤ **Aides humaines** : aides à la vie quotidienne et aux soins (auxiliaire de vie, kinésithérapeute, infirmière...), dispensées par les détenus, le personnel de l'établissement ou de l'UCSA, ou des personnes extérieurs (statut).

➤ **Aides matérielles et aménagements** : barre de soutien, élargissement de l'accès pour un fauteuil roulant, déambulateur, cellule au rez-de-chaussée, sonnette d'alarme...