

Directeurs des services pénitentiaires

41^e PROMOTION

Mémoire
de recherche
et d'application
professionnelle

Détention et dépendance :
La prise en charge des
personnes handicapées
en milieu carcéral

Présenté par Céline PADIOLLEAU

*Sous la direction de Monsieur Olivier
SANNIER, Médecin à l'UCSA du Centre
Pénitentiaire de Liancourt*

JUIN 2013

**DETENTION ET DEPENDANCE : LA PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES EN
MILIEU CARCERAL**

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Olivier SANNIER, pour ses précieux conseils, le partage de son expérience et son intérêt pour le sujet.

J'adresse par ailleurs mes remerciements à mes collègues du Centre Pénitentiaire de Longuenesse, Monsieur Christophe LOY et Monsieur Jean-Luc HAZARD, pour m'avoir aidée à libérer le temps nécessaire à l'élaboration de ce travail.

Enfin je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.4
PARTIE 1 : LES PERSONNES DETENUES HANDICAPEES : UN PUBLIC PARTICULIER AUX BESOINS SPECIFIQUES	P.10
Chapitre 1 : Vivre son handicap en détention	P.11
Chapitre 2 : Handicapé et détenu, une impossible conciliation ?	P.23
PARTIE 2 : DES AVANCEES NOTABLES MAIS ENCORE INSUFFISANTES DANS LA PRISE EN CHARGE	P.37
Chapitre1 : La création d'un dispositif législatif tenant compte du handicap en milieu carcéral	P.38
Chapitre2 : Vers une prise en charge spécifique et plus aboutie	P.56
CONCLUSION	P.73
BIBLIOGRAPHIE	P.75
TABLE DES ANNEXES	P.80
INDEX	P.118
TABLE DES MATIERES	P.120

INTRODUCTION

« Hand in cap », signifiant main dans le chapeau, telle est l'origine du terme handicap. Il puise son existence de cette expression anglo-saxonne de 1827 utilisée dans le cadre d'un troc entre deux personnes. Afin de rétablir une égalité entre ce qui avait été donné et ce qui avait été perçu, le plus favorisé devait mettre dans un chapeau une somme équivalente au trop perçu. Par la suite, ce terme a évoqué le désavantage attribué au concurrent réputé le plus fort dans des compétitions sportives, en particulier les courses de chevaux afin de rétablir une égalité des chances. Si le terme est passé dans le champ de la santé au début du XXe siècle, son utilisation dans un texte officiel est beaucoup plus récente puisque le terme est repéré pour la première fois dans une loi de 1957 au sein de l'expression « travailleur handicapé ».¹

Selon la définition consacrée par l'OMS, le handicap est l'écart entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles ou sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités.² L'incapacité, quant à elle, est définie comme la conséquence de la déficience d'un organe ou d'une fonction qui se traduit par une limitation ou une restriction d'activité. Il sera question de traiter ici plus particulièrement du handicap dit moteur ou sensoriel et d'exclure l'étude du handicap mental³. Le choix de ne pas évoquer la déficience mentale s'explique par le fait qu'elle recouvre une réalité différente dans la prise en charge au quotidien, des difficultés très spécifiques et par conséquent implique des réponses distinctes qui ne peuvent être généralisées avec celles apportées pour les incapacités de nature physique.

¹ RAVAUD Jean-Pierre, MORMICHE Pierre, *Santé et Handicap, causes d'inégalités sociales*, in Comprendre, 2003, p.86

² OMS, *Classification Internationale des incapacités, déficiences et handicap*. Resolution WHA29.35, 1976. Genève : W.H.O. 1980.

³ Le handicap mental correspond à une déficience des capacités intellectuelles et un développement insuffisant des capacités mentales.

Plusieurs textes de loi sont venus récemment affirmer les droits des personnes détenues handicapées dans la société afin de favoriser leur intégration. On peut citer à ce titre la loi du 17 janvier 2002⁴ qui reconnaît aux personnes handicapées le droit d'accéder aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens et fixe la liste non exhaustive de ces droits. La loi du 11 février 2005⁵ sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venue réaffirmer certains droits des personnes handicapées et en affirme des nouveaux. A ce titre, elle pose un droit de compensation spécifique des conséquences du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience.⁶

Si la question de l'intégration dans la société des personnes souffrant de handicap se pose, celle de leur intégration dans le monde carcéral représente également un problème auquel l'administration se voit confrontée. La prison est le reflet de la société, on retrouve en établissement pénitentiaire comme dans la société libre des personnes souffrant de handicap. En outre, l'univers carcéral a connu de profondes mutations et modifications sociologiques de la population incarcérée. En effet, les établissements pénitentiaires sont confrontés à l'allongement des peines prononcées et exécutées et au vieillissement de la population pénale qui peut générer des situations de handicap, situation qui ne devrait que s'accroître dans l'avenir⁷. Si le sujet traité s'oriente plus particulièrement sur la question du handicap physique, cette thématique ne peut pas être complètement détachée de celle de la vieillesse, les deux étant parfois interdépendantes.

Selon l'enquête HID-Prisons réalisée en 2001 les situations de déficience, d'invalidité, de handicap et de perte d'autonomie seraient plus nombreuses en prison

⁴ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁶ GHIZZONI Nathalia, *Qu'est ce que le handicap ?* in Les droits des personnes détenues, ESF, 2006, p.12.

⁷ Le pourcentage de personnes âgées parmi la population carcérale a quasiment doublé entre janvier 1997 et janvier 2012 passant de 2 à 3,7% (soit 2264 personnes). Il faut ajouter environ 5000 personnes atteintes d'un handicap.

qu'à l'extérieur.⁸ Tout d'abord, les durées d'incarcération de plus en plus longues entraînent un vieillissement de la population amplifiant cette réalité. Ensuite, les personnes incarcérées, souvent en situation précaire et ayant peu accès aux soins avant leur incarcération, ont un état de santé globalement inférieur à celui de la population générale ; une telle situation est propice à la survenue prématurée de déficiences. Enfin, l'enfermement prolongé a pour conséquence l'apparition de déficiences sensorielles.

Se pose par conséquent la question de l'intégration de ces personnes dans une structure qui n'est pas pensée à l'origine pour les accueillir. La volonté d'adaptation de la structure à l'homme, et non l'inverse, peut paraître de prime abord contraire à la vision première de la prison selon laquelle le délinquant doit se mouler dans un cadre, la prison, qui lui impose ses règles et qui doit proposer un traitement égalitaire à tous afin que chacun puisse payer de façon identique sa dette à la société. Il s'agit alors d'envisager la modification de la structure en fonction des faiblesses des détenus et non plus seulement pour des questions sécuritaires, ces modifications étant de surcroît potentiellement à même de réduire l'arsenal sécuritaire de l'établissement.

L'enjeu est alors de mettre à l'épreuve la capacité de l'Institution à prendre en compte des faiblesses dans un espace carcéral qui accepte de se modifier.

Cette adaptation ne peut que s'imposer aux acteurs à un moment où les notions d'individualisation et de personnalisation des peines sont mises à l'honneur et deviennent de véritables leitmotiv en matière de politique pénale.

De plus, une réaction de l'administration s'impose sous l'effet de la pression que fait peser la Cour européenne des droits de l'homme en la matière suite à plusieurs décisions de condamnation pour des conditions de détention de personnes handicapées considérées non conformes à la dignité humaine. Une décision retentissante de condamnation de la France a été rendue en 2006 avec l'arrêt Vincent qui a énoncé que le fait de détenir une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut pas se

⁸ Cette étude a été confiée à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Elle a bénéficié du soutien financier et logistique de ministère de l'Emploi et de la Solidarité, du ministère de la Justice et de l'INED.

déplacer et quitter notamment sa cellule par ses propres moyens constitue un traitement dégradant.

Le respect de la dignité de la personne incarcérée est une obligation clairement imposée à la charge de l'administration par article D 189 du CPP. Le décret du 8 décembre 1998 à l'origine de cette disposition n'autorise aucune exception en la matière : « A l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion. »

L'article 22 de la loi pénitentiaire⁹ est venu réaffirmer et compléter cette exigence en disposant que « L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue. » Il est alors question d'assurer aux personnes détenues des conditions de prise en charge adaptées autant que faire se peut à leur handicap et cela dans un objectif de respect de la dignité.

Des avancées certaines sont à relever en matière d'aménagement des locaux et d'accessibilité pour les personnes handicapées. Une adaptation des locaux est prévue dans les projets de rénovation et de modernisation des bâtiments. Des textes récents démontrent la volonté de l'administration de se pencher sur ce problème comme en témoigne l'arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction. Cependant, il y a encore de nombreuses améliorations architecturales à prévoir et on dénombre beaucoup de structures vétustes et inadaptées.

⁹ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Si la question de l'accessibilité des locaux et de l'aménagement des cellules est évidemment essentielle, elle ne doit pas occulter en second lieu celle de la prise en charge sociale et individuelle de ces personnes par les différents personnels de la détention. Une bonne intégration exige tout à la fois des conditions matérielles de prise en charge satisfaisantes et un personnel encadrant préparé et formé à être en contact avec ce public spécifique. Le principe de réalité économique démontre qu'il ne faut pas tout attendre des améliorations architecturales en général très coûteuses. D'autant plus que la question budgétaire n'est peut être pas l'unique remède, si un minimum d'aménagement doit être pensé, la question du dialogue et d'une prise en charge sociale adaptée paraît également primordiale.

Cette affirmation paraît aller de soi, toutefois on constate que la réalité sur le terrain peut s'en éloigner. En effet, la structure modifie les relations de pouvoir. Si un détenu est perçu comme transgressif, une personne handicapée est perçue comme déficitaire, ce qui crée une antinomie et complexifie par conséquent les relations surveillants-détenus. Un conflit de représentation peut naître lorsque les agents veulent venir en aide aux personnes détenues handicapées pour des tâches du quotidien. Agissent-ils encore en tant que personnel de surveillance dans cette hypothèse ou sont-ils dans une posture quasi médicale ? Quelle signification faut-il donner à cette relation aidante ? La prise en charge des personnes détenues souffrant de handicap intègre nécessairement une dimension sanitaire et médicale qui implique de repenser les relations avec le personnel de surveillance et le personnel médical, de redéfinir leur champ de compétence respectif mais aussi de développer et nourrir un partenariat, qui peut s'envisager avec l'aide de personnes extérieures.

Les personnes détenues souffrant de handicap représentent un public spécifique en détention avec des besoins particuliers qu'il semble nécessaire de devoir repérer et identifier précisément afin de cerner les difficultés afférentes et de pouvoir envisager quelles solutions peuvent être apportées en conséquence (Partie I). L'administration pénitentiaire a commencé à intégrer ces paramètres dans le cadre d'une politique volontariste en la matière. Des efforts notoires ont, d'ors et déjà, été accomplis pour faciliter leur intégration dans les établissements pénitentiaires. A ce titre, il faut

souligner des avancées réelles en matière d'accessibilité des locaux en détention tout comme la mise en place de la mesure de suspension médicale de peine lorsque l'état de santé de la personne est considéré comme durablement incompatible avec le maintien en détention. Ces efforts nécessitent d'être poursuivis, encouragés et améliorés afin de permettre une prise en charge complète et cohérente de ces personnes tant sur le plan matériel que sur le plan social en favorisant un travail fondé sur la pluridisciplinarité dans le cadre d'une politique globale, qui permettra ainsi d'offrir aux personnes détenues handicapées des conditions de détention dignes, adaptées et individualisées (Partie II).

PARTIE I – LES PERSONNES DETENUES HANDICAPEES : UN PUBLIC PARTICULIER AUX BESOINS SPECIFIQUES

Les personnes détenues souffrant de handicap en détention représentent un public spécifique, de plus en plus présent dans les établissements pénitentiaires, dont les besoins particuliers pour s'insérer pleinement à leur environnement doivent être repérés et pris en compte afin de permettre la mise en place d'une stratégie d'accompagnement pour compenser les difficultés liées au handicap (Chapitre 1). Pour ces personnes, trouver leur place en détention n'apparaît pas nécessairement comme une chose évidente et aisée. Cette situation met en exergue la difficulté apparente de concilier le statut de personne incarcérée avec celui de personne handicapée, l'objectif demeurant de trouver du sens à la peine exécutée. (Chapitre 2).

Chapitre 1 Vivre son handicap en détention

La présence des personnes détenues souffrant de handicap dans le milieu carcéral est un phénomène qui s'accroît (Section 1) mettant en lumière les besoins et les difficultés rencontrés au quotidien, par ce public particulier, en termes d'accessibilité, d'estime de soi, de prise en charge (Section2).

Section1 : La situation des personnes handicapées en milieu carcéral

La notion de handicap ne recouvre pas une réalité unique mais englobe une hétérogénéité de situations particulières et une grande diversité de conditions des personnes concernées. C'est la raison pour laquelle un travail de définition permet de mieux cerner les contours de cette réalité (§1) afin de pouvoir dresser un état des lieux de l'importance du public concerné dans le milieu carcéral en termes quantitatifs (§2).

§1- Définition générale du handicap

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁰ définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant. »

¹⁰ La loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois aspects du handicap.¹¹ En premier lieu la déficience qui correspond à une atteinte des organes et des fonctions. Il en résulte une altération des fonctions psychologiques, physiologiques ou anatomiques existant à la naissance ou se révélant plus tard. Elle vise le niveau lésionnel du handicap.

L'incapacité correspond, en second lieu, à une limitation des capacités dans les gestes et les actes élémentaires de la vie quotidienne. L'incapacité peut concerner le comportement mais aussi la communication, les soins corporels, les déplacements. L'incapacité représente l'aspect fonctionnel du handicap.

Enfin, le désavantage s'apparente à une limite dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal. Il est caractérisé comme étant une inadéquation entre les possibilités de la personne et ce qui est attendu d'elle On le décrit comme étant l'aspect situationnel du handicap.¹²

La déficience sera différemment vécue selon qu'elle est acquise ou congénitale. En effet, si le handicap est apparu dès la naissance des stratégies de compensation pourront être mises en place plus facilement.¹³

On classe généralement le handicap sous quatre catégories : le handicap moteur, sensoriel, mental et psychique. Le handicap moteur correspond à une atteinte de la capacité du corps à se mouvoir, elle peut avoir pour cause une anomalie génétique mais également résulter d'une maladie ou d'un accident. Parmi les déficiences motrices les plus rencontrées on peut citer l'hémiplégie¹⁴, la paraplégie¹⁵, la tétraplégie¹⁶, l'infirmité

¹¹ L'OMS a chargé le Professeur Philip Wood, dans les années 1980, de jeter les bases d'une définition et d'une classification du handicap. Ses travaux sont à l'origine de la CIDIH (Classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps). Trois niveaux ont été décrits par lui connus sous le nom de schéma WOOD, celui des déficiences, des incapacités et du désavantage social.

¹² GHIZZONI Nathalia, *Qu'est ce que le handicap ?*, op. cit. p.12.

¹³ *Ibid*

¹⁴ Paralysie d'une moitié du corps consécutive à un traumatisme ou un accident vasculaire cérébral qui est souvent associée à des difficultés d'élocution.

¹⁵ Paralysie des membres inférieurs liée à une lésion de la moelle épinière.

¹⁶ Paralysie des quatre membres due à une lésion de la moelle épinière.

motrice cérébrale¹⁷. La déficience motrice peut avoir des répercussions sur le déplacement, la posture mais aussi la préhension d'objets.¹⁸

Le handicap sensoriel regroupe la déficience auditive et la déficience visuelle. L'appareillage, la rééducation orthophonique et la langue des signes sont principalement utilisés pour pallier le manque de communication généré par la surdité. Dans le cadre de la cécité, celle-ci peut avoir plusieurs origines, accidentelle, congénitale ou provoquée par une maladie.

Le handicap mental correspond à une déficience des capacités intellectuelles et un développement insuffisant des capacités mentales. On hiérarchise les déficiences mentales en fonction de leur gravité par des tests qui déterminent les quotients intellectuels, du retard léger au retard mental profond.

La loi du 11 février 2005 a dégagé une nouvelle catégorie, le handicap psychique. Il correspond à une maladie pour laquelle l'état de la personne peut être stabilisé par la prise de médicaments. Le handicap mental et psychique ne sera pas au cœur de cette étude en ce qu'il recouvre une réalité foncièrement différente du handicap moteur et sensoriel et n'implique pas des réponses équivalentes dans le cadre de la prise en charge. La notion de handicap recouvre en effet un champ très large dont l'angle d'approche doit être délimité.

§2- Données quantitatives sur les personnes détenues handicapées

Une enquête réalisée sur la situation du handicap en prison a démontré une surreprésentation des personnes souffrant d'incapacités, de déficiences et de handicap dans le milieu carcéral en comparaison avec ce qui peut être observé dans la population générale avec des différences sensibles et variables selon la déficience étudiée (A). Plusieurs causes peuvent être avancées pour venir éclairer et expliquer l'écart constaté (B).

¹⁷ Conséquence d'une lésion cérébrale sur le développement du système nerveux

¹⁸ *Comprendre la déficience motrice*, in Site internet Handipole, <http://www.handipole.org/spip.php?article1043> (page consultée le 29/03/12)

A- Une surreprésentation du handicap dans la population carcérale

Pour pouvoir comprendre les difficultés rencontrées par les personnes détenues handicapées, il est important de pouvoir dresser un état des lieux de la réalité de la situation du handicap et de son importance dans le monde carcéral. La pluralité des définitions du handicap et la difficulté de collecter des données a pu complexifier le travail de connaissance et d'appréciation des besoins de ce public par les autorités. Une enquête « Handicap, incapacités, dépendances en milieu carcéral » (dite HID- Prisons)¹⁹ a été réalisée dans cette perspective en 2001. L'objectif de celle-ci tendait à évaluer l'ampleur et la nature de besoin d'aide de cette population.

Cette enquête a porté principalement sur les incapacités qui sont regroupées en cinq grands domaines :

1. toilettes, habillement et alimentation
2. élimination
3. transferts et déplacements
4. troubles sensoriels
5. Souplesse et manipulation.

Selon les résultats de ce travail de recherche et de collecte de données, souffrir d'une incapacité serait trois fois plus fréquent en prison qu'à l'extérieur.²⁰ La part des personnes détenues ayant déclaré avoir des difficultés dans la vie quotidienne, physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales représente 59,8% pour l'ensemble des personnes détenues contre 23,8% pour l'ensemble de la population générale. Il convient toutefois de relativiser cet écart en ce qu'il englobe à la fois le handicap

¹⁹ En mai 2011, 32 établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine (25 maisons d'arrêt, 6 centres de détention et une maison centrale) et 9 directions régionales de l'INSEE ont participé à cette opération. Dans chaque établissement on a procédé au tirage d'un échantillon de 50 à 100 personnes. Au total, 2031 personnes détenues (1951 hommes et 80 femmes) ont d'abord répondu à un court questionnaire destiné à repérer les personnes souffrant d'incapacités. 1314 personnes ont été sélectionnées pour répondre au questionnaire HID et 1284 entretiens ont pu être réalisés.

²⁰ DESEQUELLES Aline, *Le Handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur*, INSEE Première, juin 2002, n°854.

moteur et sensoriel et le handicap mental et psychique. Or la proportion de personnes souffrant de troubles du comportement et de déficiences mentales représente une part non négligeable de la population incarcérée, qu'on retrouve de façon plus prégnante que dans la société dans son ensemble, que ces troubles soient générés par la prison ou qu'ils préexistent avant l'incarcération.

En ce qui concerne les déficiences motrices, l'enquête conclut que les difficultés de déplacement ou de transfert (passage du lit au fauteuil à titre d'illustration) concernent 3,6% des personnes détenues alors que cette incapacité touche 1,4% des personnes à l'extérieur.

Au titre des déficiences sensorielles, les difficultés de vision, d'audition et de parole sont représentées à hauteur de 17,3% (contre 5,7% de la population dans son ensemble). On constate ainsi que presque une personne détenue sur cinq souffre d'une déficience sensorielle. Les déficiences visuelles ou auditives concernent chacune un personne détenue sur dix, soit le double de la prévalence observée en population générale. L'écart est encore plus marqué pour les déficiences du langage et de la parole (5% des personnes incarcérées contre 1% des personnes « libres »).

Concernant les difficultés de préhension, le ratio passe de 5,9% à 2,9%. Le taux des personnes détenues déclarant souffrir de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation s'élève à 2%.

L'écart est plus marqué chez les personnes jeunes que chez les personnes plus âgées. En effet, entre 18 et 29 ans, la proportion de personnes ayant au moins une incapacité est 4,6 fois plus élevée en prison, tandis que pour la catégorie des plus de 50 ans, le rapport ne vaut plus qu'à hauteur de 1,7.²¹

Par ailleurs, une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité a été accordée à 7,6% des personnes détenues contre 6,7% de l'ensemble de la population dans son ensemble. Ces deux chiffres relativement proches doivent toutefois être à relativiser dans la mesure où il ne faut pas omettre un élément qui est la capacité de la personne à

²¹ Cf *Annexe 1*

effectuer des démarches pour en bénéficier. Les personnes écrouées vivaient en général dans une situation plus marquée de misère sociale ou du moins de difficultés d'insertion dans la société et l'on peut en déduire par conséquent qu'elles sont plus démunies pour connaître et faire valoir leur droits

B- Les causes avancées de cette surreprésentation

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer les différences observées entre le public incarcéré et la population globale. Aline Désesquelles²² expose ainsi deux facteurs explicatifs. En premier lieu, un effet de sélection à l'entrée en prison pourrait venir expliquer que plus de personnes souffrant d'incapacités seraient incarcérées, en lien par exemple avec les circonstances mêmes de l'infraction qui par leur violence seraient sources de traumatismes divers. La surreprésentation des classes populaires en détention, en revanche, ne serait pas un critère déterminant pour expliquer cet écart. Le second facteur exposé est constitué par les effets propres de la détention, à savoir que l'incarcération serait à même d'avoir des répercussions sur l'état de santé psychique et physique des personnes. L'angoisse générée par la détention ainsi que des conditions d'hygiène insuffisantes de certaines personnes détenues seraient susceptibles d'activer ou d'aggraver certaines pathologies.

Toutefois, les incapacités seraient le plus souvent antérieures à l'incarcération, à hauteur de 77% même si l'enquête constate également la survenance d'incapacités en cours d'incarcération. Ces incapacités se traduisent notamment par le fait qu'une personne sur dix déclare avoir besoin d'une aide humaine ou matérielle. Parmi les personnes incarcérées, 3% déclarent avoir besoin de l'aide d'une tierce personne en raison d'un problème de santé et 4% utiliseraient de façon régulière ou déclarent avoir besoin d'une prothèse, d'un dispositif technique ou d'un appareillage (cannes, béquilles, fauteuil roulant...) En outre, 4% des personnes interrogées ont déclaré que des

²² DESESQUELLES Aline, *Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation en population générale ?*, Population, 2005, n°1-2.

aménagements particuliers devraient être apportés dans leur cellule (lit adapté ou douche individuelle). Le besoin d'aide exprimé ne serait que partiellement satisfait si l'on se réfère aux résultats de l'enquête. En effet, sur cinq personnes déclarant avoir besoin d'aide, trois estiment ne pas recevoir toute l'assistance nécessaire. Dans l'ensemble de la population, cette proportion ne serait que d'une personne sur huit.

Section2 : Les caractéristiques de cette population

Afin de mieux percevoir quelle prise en charge adéquate peut être apportée aux personnes détenues handicapées dans le milieu carcéral, il semble utile de se pencher sur la perception du handicap dans la société en général et d'envisager les différents dispositifs proposés pour faciliter leur intégration (§1). Ces éléments doivent être mis en relation avec l'évolution de la perception du handicap en établissement pénitentiaire liée à une mutation de son mode de fonctionnement (§2).

§1- La perception du handicap dans la société

Le sujet handicapé s'éloigne de l'idéal de notre société fondé sur des valeurs d'autonomie, d'indépendance et de performance, par conséquent il peut être perçu comme une personne s'éloignant de la norme (A). Plusieurs modes d'intégrations ont été pensés par la société pour faciliter leur insertion (B), ces stratégies se présentent comme des pistes de réflexion à transposer dans le milieu plus confiné de la prison.

A- La personne handicapée, une personne hors norme ?

Marcel Gauchet explique que « L'une des caractéristiques du handicap, qui va à l'encontre de la norme, est la dépendance et sa conséquence qui est l'absence d'autonomie, ou tout au moins une autonomie limitée. De ce fait, le sujet handicapé dépendant est en contradiction et en écart avec l'idéal de notre société, idéal qui s'impose comme une norme qui promeut très fortement l'autonomie, valeur dominante

de la personnalité contemporaine. »²³ Le corps de la personne atteinte d'un handicap est par conséquent perçu comme un corps non conforme qui contreviendrait à l'idéal de performance, valeur prépondérante au cœur de nos sociétés modernes. Le handicap, parce qu'il affirme une différence, peut être source d'exclusion et de rejet d'une société déstabilisée par la non-conformité.

L'anthropologue universitaire américain Robert F. Murphy utilise le terme « liminalité » pour évoquer le fait que dans toutes les sociétés, les personnes handicapées vivent dans un état de suspension sociale. Cela signifie qu'elles ne sont ni vraiment malades ni bien portantes, ni exclues ni véritablement incluses dans la société, ni rejetées ni acceptées.²⁴ La personne handicapée, quels que soient son âge, son origine sociale ou la nature de son invalidité, est confrontée à sa différence au quotidien. Le handicap entraîne une altération de l'image de soi et crée une dépendance qui peut être plus ou moins bien vécue. En effet, les personnes handicapées évoquent la difficulté d'accepter le regard de l'autre, compatissant ou interrogateur, qui renvoie aux obstacles rencontrés par l'individu dans son quotidien et peut venir aggraver la souffrance vécue.

Il est alors question pour ces personnes d'accepter les restrictions de leurs possibilités, confrontées à un corps fragilisé. La situation de dépendance induite par le handicap peut également conduire à une perte d'identité et crée un sentiment d'insécurité qui rend difficile la réalisation de soi. Confrontées à cette situation vécue comme injuste, les personnes handicapées peuvent développer des mécanismes de défense amplifiant cette exclusion, généralement le repli sur soi et l'isolement. Mais, inversement, elles peuvent s'inscrire dans une logique d'agressivité au risque de se marginaliser davantage²⁵. La conquête de l'estime de soi s'apparente comme un but en soi à atteindre pour ces personnes.

²³ HORFF-SAUSSE Simone, *Le sujet handicapé : un sujet « hors norme » ?*, in *Journal des psychologues*, Octobre 2011, n°291, p.29-33.

²⁴ RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2^e partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap*, in *Revue de sciences humaines et sociales*, n°87-2000, p2.

²⁵ CADORET Delphine, *La prise en charge des détenus handicapés physiques*. Mémoire : 10^e promotion de CPIP, Agen : ENAP, 2006, page 18.

B- Les stratégies d'intégration des personnes handicapées

Comme évoqué précédemment, les personnes handicapées peuvent éprouver des difficultés à trouver leur place dans la société. Pour remédier à cet état de fait, plusieurs formes d'inclusion²⁶ des personnes handicapées dans la cité peuvent être pensées : le régime de la ségrégation, de l'assistance ou de la discrimination²⁷.

Le régime de la ségrégation consiste à mettre en place des institutions ou des dispositifs spécialisés (école, lieu de travail, transports...) dont la conséquence négative qui peut être soulevée est le sentiment de mise à l'écart et de stigmatisation.

Le régime de l'assistance consiste à apporter une aide économique, principalement pour pallier les difficultés d'accès au travail rencontrées au quotidien par ces personnes. On en perçoit les limites qui sont l'introduction d'un rapport de dépendance entre l'assisté et l'assistant qui peut générer un sentiment d'infériorité ou d'inutilité.

Le régime de la discrimination positive pose, quant à lui, le principe de mesures de compensation favorables et exclusives pour les personnes handicapées (ex : quotas en faveur des travailleurs handicapés). Si l'on perçoit aisément le bien-fondé de ce système, pour autant il ne faut pas occulter un inconvénient de ces mesures ; à savoir que cela contrevient au principe d'égalité en droit des citoyens (droit à un traitement identique, droit à d'égales opportunités).

L'objectif pour la société étant de trouver un juste milieu entre une logique de différenciation et une logique assimilationniste cherchant à gommer les différences et particularismes. Selon les chercheurs Jean-François Ravaud et Henri-Jacques Stiker « La vérité de l'affirmation d'une certaine identité particulière est d'obliger l'espace commun, qui ne sera jamais l'universel incarné, de compenser sans cesse les faiblesses

²⁶ Les auteurs, Jean-François RAVAUD et Henri-Jacques STIKER ont choisi de privilégier le terme d'inclusion, à ceux d'intégration ou d'insertion, en ce qu'il est l'antonyme du mot exclusion.

²⁷ RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2^e partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, op. cit.*

de certains en mettant à leur disposition ce qu'il leur faut pour être comme ils sont, dans l'espace commun. »²⁸

§2- La perception du handicap dans le milieu carcéral

La prison n'est pas pensée à l'origine comme une structure adaptable. Il est question pour les personnes détenues de s'adapter à l'institution pénitentiaire et non au milieu carcéral de tenir compte des particularismes de chacun. Le délinquant doit se mouler dans un cadre, la prison, qui lui impose ses règles et qui doit proposer un traitement égalitaire à tous afin que chacun puisse payer de façon identique sa dette à la société. En effet, si la logique de prise en charge du public incarcéré tend de plus en plus à une individualisation de la peine dans un objectif de réinsertion réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009²⁹, pour autant il ne faut pas occulter que le parc des établissements pénitentiaires, son architecture, ses structures et ses règles de fonctionnement sont principalement axés sur la sécurité contre les tentatives éventuelles d'évasion et peuvent par conséquent apparaître inadaptées à la prise en charge des personnes détenues souffrant de handicap. Ces personnes peuvent de surcroît avoir le sentiment de subir une violence intrinsèque supplémentaire, qui s'ajoute à la privation de liberté d'aller et venir imposée par l'incarcération, en ce qu'elles ne peuvent circuler facilement vers les lieux de vie essentiels de la prison, dépendant de la bonne volonté et de l'aide de codétenus ou de personnels volontaires.

Erving Goffman³⁰ dans son ouvrage *Asiles*, dont la réflexion est principalement axée sur les hôpitaux psychiatriques tout en faisant des parallèles avec le milieu carcéral, va jusqu'à évoquer le terme d'« institution totalitaire » pour caractériser ces structures. Il explique que les indicateurs de ces institutions totalitaires sont « les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur ainsi qu'aux entrées et sorties et qui sont caractérisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

³⁰ GOFFMAN Erving, *Asiles*, Les Editions de minuit, le sens commun, Paris 1968.

murs, barbelés, étendues d'eaux, forêts, landes. » Parmi les différentes institutions énoncées par lui, peut être citée celle « destinée à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles, sans que l'intérêt des personnes séquestrées soit le premier but visé : prisons, établissements pénitentiaires. » Ces institutions totalitaires se caractérisent par le fait que les individus sont soumis à une seule et même autorité ; ils sont placés sous la responsabilité d'un personnel chargé de les surveiller ; ils sont soumis aux mêmes traitements et à des obligations identiques que les autres personnes de la structure et la mise en œuvre d'un règlement est assurée par une équipe administrative³¹. Ces différents indicateurs peuvent être transposés aisément au mode de fonctionnement d'un établissement pénitentiaire.

Toutefois, il est à noter que l'ouvrage d'Erving Goffman date de 1968, par conséquent le terme d'institution totalitaire pour caractériser les établissements pénitentiaires semble dépassé et ne plus être révélateur du mode de fonctionnement actuel des établissements pénitentiaires tel qu'il a été modifié en profondeur par de nombreuses lois récentes venues insuffler de la souplesse et de l'humanité à une institution carcérale qui pouvait être qualifiée auparavant de rigide. Le décret du 8 décembre 1998 expose ainsi que le respect de la dignité de la personne incarcérée est une obligation imposée à la charge de l'administration qui ne saurait supporter aucune exception. En effet, l'article D189 du CPP dispose qu'« A l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion. » Les règles pénitentiaires européennes³² révisées en 2006 ont également permis d'améliorer sensiblement la prise en charge de publics spécifiques. En effet, mêmes si ces règles n'ont pas en soi de valeur contraignante pour les Etats, elles constituent une charte

³¹ JUSSELME Céline, *Vieillesse en prison, le premier âge de la réflexion*. Mémoire : 32e promotion de directeur, Agen : ENAP, 2003, page 20-22.

³² Il s'agit de 108 règles qui portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration, l'inspection et le contrôle des prisons. Adoptées pour la première fois en 1973, puis révisées en 1987, elles visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des Etats membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Le 11 janvier 2006, le comité des ministres du Conseil de l'Europe a adopté une nouvelle recommandation mettant à jour les règles pénitentiaires européennes.

d'action pour l'administration pénitentiaire, en exposant un ensemble de principes fondamentaux, qui donne du sens à l'action des personnels. La règle 72-1 comprise dans la cinquième partie relative au personnel pénitentiaire expose ainsi que « les prisons doivent être gérées dans un cadre éthique soulignant l'obligation de traiter tous les détenus avec humanité et de respecter la dignité inhérente à tout être humain. »

L'article 22 de la loi pénitentiaire³³ est venu réaffirmer et compléter cette exigence en disposant que « L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue. » La loi pénitentiaire rappelle ainsi que le principe de dignité doit sous-tendre la prise en charge des personnes incarcérées. Elle exprime clairement que dans le cadre de la prise en charge des personnes détenues, il est nécessaire de prendre en compte la personnalité, l'âge, l'état de santé mais aussi la situation de handicap de la personne incarcérée. La prise en charge du public écroué doit se fonder sur une logique d'adaptation et d'individualisation de la situation de chaque personne afin de donner du sens à la peine exécutée et de faciliter la réinsertion en fonction des besoins particuliers spécifiques de chaque individu.

³³ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Chapitre2 Handicapé et détenu, une impossible conciliation?

Les juridictions poussent l'administration pénitentiaire à agir pour améliorer les conditions de détention des personnes détenues handicapées afin de garantir le respect de leur dignité. La prise de conscience des besoins spécifiques de ce public s'est pleinement révélée ces dernières années (Section 2). Le repérage des difficultés rencontrées et les mesures prises pour pallier ces obstacles permettront de redonner du sens à la peine de prison exécutée par ces personnes (Section 1).

Section 1 : La nécessité de redonner du sens à la peine pour ce public doublement empêché

L'enfermement modifie la perception du corps en détention, corps qui devient surinvesti, brouillant ainsi la perception que peuvent avoir les personnes détenues handicapées de leur statut : avant tout personnes handicapées ou personnes détenues ? (§1). Le statut de personne handicapée qui semble parfois primer se présente comme un obstacle à la compréhension de l'exécution de leur peine. La personnalisation de la sanction exécutée tenant compte des besoins spécifiques de ces personnes permet de redonner du sens à la peine durant la période de l'incarcération (§2).

§1- La place du corps en détention

Le milieu carcéral influe sur la perception que l'on peut avoir de son corps. La détention peut provoquer chez un individu un désintérêt total de son corps pouvant aller jusqu'à des maltraitances ou, au contraire, conduit à une attention extrême qui amplifie la perception et les difficultés. « L'expérience de l'enfermement [...] s'accompagne d'un repli sur soi, d'un investissement du corps, des sensations, de la pensée, de l'imagination ». ³⁴ L'effet de la détention affecte la perception que l'on a de son corps, une attention accrue lui est portée. On constate que dans le milieu carcéral le corps

³⁴ LHUILIER Dominique, *Santé, soins et emprise carcérale* in Santé et Expérience de soins : de l'individu à l'environnement social, dirigé par Pierre CHAUVIN et Isabelle PARIZOT. Paris : Vuibert, 2005. 292 pages.

prend une importance toute particulière, on cherche à le surinvestir. « Le corps devient un moyen d'exister par rapport à autrui, dans une sorte de langage archaïque. »³⁵ La dureté des conditions de vie en prison, le manque d'activité et le repli sur soi qu'on y observe souvent peuvent se traduire par une attention au corps plus aigüe, une sensibilité accrue à la douleur et une exacerbation des difficultés éprouvées, voire une tendance à la somatisation.

Cette affirmation est d'autant plus vraie pour les personnes détenues souffrant de handicap. A la souffrance de l'incarcération liée à la privation de liberté, s'ajoute la souffrance du corps générée par le handicap ainsi que ses répercussions et le sentiment parfois de subir par conséquent une double peine. Le handicap marque l'identité de la personne dans la société et cela de façon encore plus prégnante pendant l'incarcération en raison du surinvestissement du corps créé par l'enfermement de la détention. Les personnes détenues souffrant de handicap sont parfois trop préoccupées par leurs conditions de détention pour entamer une véritable réflexion sur les faits. Elles cherchent à survivre en détention, mettant en avant leurs difficultés quotidiennes liées à une moindre capacité d'adaptation au milieu carcéral qui se concrétise à la fois par une accessibilité aux locaux rendue malaisée, une infrastructure peu adaptée aux répercussions de leur handicap et par une vulnérabilité plus importante qui les expose parfois à des pressions, des menaces ou des situations de racket des autres personnes incarcérées.

Si un détenu est appréhendé comme transgressif, une personne handicapée est perçue comme déficitaire, ce qui crée une antinomie dans le statut de ces personnes. « Le statut même de malade, globalement déprécié, permet à certains d'obtenir un statut reconnu ». ³⁶ En raison de leur différence, ces personnes détenues se construisent une image plus avantageuse. La situation de handicap peut conduire à une certaine compassion, empathie du personnel ou du moins à un regard différent porté sur ces personnes. L'accès au statut de malade/patient rentre dans une logique de différenciation et de reconnaissance par autrui. L'affirmation de cette différenciation

³⁵ *Ibid.*

³⁶ PARIZOT I. *Trajectoires et modes de relations aux structures sanitaires*, in LEBAS J, CHAUVIN P, *Précarité et Santé*. Paris : Flammarion, 1998.

inscrit la personne dans une autre temporalité que celle de la peine. Pour ce public particulier, le statut de personne handicapée peut avoir tendance à primer sur le statut de personne détenue. L'objectif étant alors de trouver une conciliation entre ces deux états à priori antinomiques. En effet, si on ne peut occulter le fait que ces personnes souffrent d'une déficience qui appelle des réponses spécifiques dans le cadre de leur prise en charge, cela ne doit toutefois pas faire oublier qu'elles sont avant tout des personnes qui exécutent une peine d'emprisonnement ordonnée par la justice et mise à exécution par le service public pénitentiaire en réponse à un comportement délinquant. Dans ce cadre, il apparaît par conséquent indispensable de redonner du sens à la peine exécutée afin que la personne détenue handicapée puisse investir pleinement le temps de son incarcération dans une logique double de prévention de la récidive et de préparation à la sortie.

§2- La personnalisation de la sanction vectrice de sens

Les auteurs d'infraction, qu'ils soient valides ou handicapés, en transgressant la loi, se confrontent à un moment donné aux sanctions prévues par celle-ci. Le handicap physique contrairement au handicap mental³⁷ ne remet pas en cause la responsabilité des auteurs, il ne s'agit pas d'une circonstance atténuante des faits commis. En effet il semble important que le délinquant handicapé physique soit reconnu comme un auteur à part entière, subissant un traitement qui se veut égalitaire à celui accordé aux personnes valides afin de leur reconnaître une place identique dans la société. La responsabilisation des auteurs d'infraction est nécessaire, d'un point de vue éducatif comme répressif.

En effet, la peine d'emprisonnement prison vient en réponse à un comportement délinquant. La peine se présente alors comme une réponse à l'attente de la société. La

³⁷ L'article 122-1 du CPP dispose que « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

peine d'emprisonnement participe au maintien de l'ordre public. En excluant l'auteur de la société on cherche à neutraliser l'individu et par conséquent à protéger le corps social. Il y a derrière la notion d'emprisonnement l'idée de punition du condamné, la prison n'ayant pas seulement une vertu éducative de rappel à la loi à celui qui l'a transgressée. La justice pénale a pour but de répondre à l'attente du corps social en rétablissant l'ordre public. Elle doit également faciliter la réintégration de l'individu dans la société. La réforme Amor de 1945³⁸ a ainsi insufflé un nouveau rôle à la prison au travers de la notion d'amendement et de reclassement social qui a été reprise dans les textes récents avec le terme de réinsertion sociale.

Si la peine d'emprisonnement acquiert nécessairement un sens pour la victime et plus globalement pour la société, il est également indispensable que l'auteur de l'infraction puisse en percevoir l'intérêt. En effet, lorsque la personne comprend et accepte la sanction qu'elle exécute, elle ne peut que plus facilement y adhérer. Pour être efficace, toute peine doit être comprise et acceptée par l'auteur.

De là peut se poser la question du sens que peut acquérir une peine d'emprisonnement pour un détenu en fin de vie ou en situation lourde de handicap. La menace et le danger potentiel qu'il représente pour la société peuventt sembler grandement atténués en ce que sa capacité de nuisance peut apparaître réduite au regard de la diminution de ses facultés. En outre, les conditions actuelles de détention, encore insuffisamment adaptées aux situations hétéroclites de handicap et la difficulté qui se présente pour offrir à ces personnes un accès à des activités compatibles avec leur état, pendant le temps de leur incarcération, peut venir remettre en cause l'utilité voire le bien-fondé de l'exécution d'une peine privative de liberté. La peine d'emprisonnement ne doit aboutir à un fonctionnement contre-productif de sa fonction initiale axée prioritairement sur la réinsertion et la prévention de la récidive, ce qui peut se réaliser si celle-ci conduit à aggraver la situation de la personne en favorisant l'isolement, le repli sur soi et une accélération évolutive des effets du handicap.

³⁸ Paul Amor, magistrat, est le premier directeur de l'Administration pénitentiaire française, nommé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le 30 septembre 1944. Membre de l'école de pensée de la Défense sociale nouvelle, dirigée par Marc Ancel, il s'est interrogé sur le sens de la peine. Sa volonté a été d'assortir au but premier de la prison, qui est la punition, la notion d'amendement et de réadaptation sociale. Il s'est interrogé sur le sens de la peine exécutée au-delà de la peine prononcée. Il a posé le principe de l'individualisation de la peine exécutée au travers notamment de la mise en place du régime progressif.

La prise en considération de la situation de handicap d'une personne doit se réaliser au titre de la personnalisation des peines. Cette individualisation de la sanction est un principe majeur en matière d'exécution des peines. Ce principe implique que la peine puisse être personnalisée pour prendre en compte l'état physique et psychologique de la personne et les besoins corrélatifs. Ce principe a été initialement prévu dans la loi du 22 juin 1987³⁹ relative au service public pénitentiaire qui dispose dans son article 1^{er} que « le service public 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. » Ce principe de personnalisation des peines a été réaffirmé par l'article 1^{er} de la loi pénitentiaire⁴⁰ : « Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions. »

Il apparaît ainsi indispensable de construire un parcours d'exécution des peines visant à l'individualisation de la sanction pour tenir compte des besoins spécifiques de la personne et en particulier de son handicap. Ce projet doit s'établir par étapes pour tenir compte de l'évolution de l'intéressé et se construire de façon pluridisciplinaire avec les membres du personnel de surveillance mais aussi le personnel médical et les différents intervenants amenés à côtoyer la personne incarcérée lors de son parcours en détention. La commission pluridisciplinaire unique⁴¹ et plus particulièrement

³⁹ Loi n°87-435 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.

⁴⁰ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

⁴¹ Selon l'article D.90 du CPP « Il est institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire, pour une durée de cinq ans, une commission pluridisciplinaire unique. La commission pluridisciplinaire unique est présidée par le chef d'établissement ou son représentant. Elle comprend en outre le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, un responsable du secteur de détention du détenu dont la situation est examinée, un représentant du service du travail, un représentant du service de la formation professionnelle, un représentant du service d'enseignement. Assistent également, avec voix consultative, aux réunions de la commission, sur convocation du chef d'établissement établie en fonction de l'ordre du jour : le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement. »

l'élaboration du parcours d'exécution des peines⁴² pour les personnes condamnées sont des moments privilégiés pour réfléchir aux actions qui peuvent être mises en place afin de favoriser la réinsertion de la personne. La mise en place de ce projet auquel le détenu doit adhérer lui permet de s'investir et de se mobiliser sur le temps de son incarcération d'une façon adaptée et cohérente à sa situation. Cette perspective lui permet de se projeter, d'avancer et d'apporter du sens à la peine exécutée. L'individualisation prend ici tout son sens et permet ainsi de comprendre que le statut de personne détenue et celui de personne souffrant de handicap ne sont pas antinomiques et incompatibles. La construction d'un parcours d'exécution des peines tenant compte des difficultés inhérentes à la situation particulière de la personne détenue liée à son handicap permet de donner du sens à la sanction exécutée et de concilier les différents objectifs assignés à la peine d'emprisonnement ; la sanction du condamné, la protection de la société et la réinsertion de la personne ; afin qu'ils soient compatibles avec ce public particulier que représente les personnes détenues souffrant de handicap. Mais encore faut-il que les besoins particuliers de ces personnes puissent être pleinement identifiés.

Section2 : Une prise de conscience de besoins spécifiques dans une perspective de respect de la dignité humaine.

Dépendance et isolement sont les maux les plus souvent évoqués par les personnes détenues handicapées pour exprimer leur vécu de la détention (§1) amenant certaines d'entre elles à ester en justice pour obtenir réparation de leurs conditions d'incarcération considérées comme incompatibles avec leur état. Les juridictions européennes et nationales se sont emparées de la question, rendant de plus en plus de décisions favorables aux requérants qui allèguent de tels fondements (§2).

⁴² L'article D.88 du CPP dispose que « Le parcours d'exécution de la peine décrit notamment, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions qu'il est envisagé de mettre en œuvre au cours de sa détention afin de favoriser sa réinsertion. Il couvre l'ensemble de la période de détention, y compris la préparation à la sortie. Il est défini et, le cas échéant, actualisé, à partir des éléments recueillis lors de la période d'observation puis, tout au long de la détention, auprès de l'ensemble des services appelés à connaître de la situation de la personne détenue intéressée, ainsi que des souhaits exprimés par elle. Ces éléments sont consignés par écrit. Il fait l'objet d'un réexamen à la demande de la personne détenue ou au moins une fois par an. »

§1- Le handicap source de dépendance et d'isolement

Une plus grande fragilité caractérise les personnes détenues souffrant de handicap, un constat équivalent peut être transposé pour la situation vécue par les personnes détenues âgées. Cette fragilité s'explique par des difficultés en termes d'accessibilité qui limitent nécessairement leurs déplacements et par conséquent leur implication sur le temps de leur peine en termes de participation aux activités et à la vie de la détention (A). Un constat de plus grande vulnérabilité de ces personnes peut également être dressé, s'expliquant par une communication rendue parfois plus complexe et un relatif isolement imposé par le fonctionnement de la structure (B).

A- Les difficultés liées à l'accessibilité

Les personnes détenues souffrant de handicap sont confrontées à de nombreuses difficultés au quotidien. Une longue liste des problèmes rencontrés par les personnes détenues souffrant de handicap peut être dressée. A ce titre, l'inadaptation des locaux est souvent mise en avant : des sanitaires peu adaptés, des armoires inutilisables ou encore des portes trop étroites pour le passage d'un fauteuil. Une personne détenue explique ainsi que pour accéder à la bibliothèque de son établissement « il faut que j'enlève une roue de mon fauteuil pour pouvoir y entrer et la remettre à l'intérieur. De même pour la sortie. »⁴³ Une autre personne explique qu'elle s'était inscrite à une représentation de théâtre mais « personne n'est venu me chercher. Pourquoi ? Je pense que cela doit être encore un problème d'accès pour les fauteuils roulants. Une discrimination de plus. »⁴⁴

Les problèmes en lien avec l'accessibilité en détention représentent la principale difficulté pointée par les usagers contraints du service public. Une personne non-voyante incarcérée dans une maison centrale déclare, à titre d'illustration, « Etant placé au deuxième étage et, les ateliers, les services sociaux et les bureaux étant au rez-de-

⁴³ *Incapacité et handicap en prison non-assistance à personne dépendante*, in Dedans-Dehors, avril 2008, n°65, p.25-28.

⁴⁴ *Ibid.*

chaussée, un déplacement personnel m'est complètement impossible. »⁴⁵ Un autre détenu en fauteuil roulant explique qu'il ne peut participer à aucune activité comme la bibliothèque, l'école, les activités culturelles ou la formation dans la mesure où « ces dernières sont situées dans un bâtiment sans ascenseur, au premier étage bien sûr. »⁴⁶ Une personne tétraplégique exprime son isolement en ces termes « Je n'ai aucune possibilité de faire quelque activité que ce soit. Je suis coincé en cellule, isolé des autres détenu sous prétexte que je suis en fauteuil. »⁴⁷ Une personne souffrant de problème de mobilité dresse un constat équivalent : « Je ne suis jamais sorti en promenade car je me déplace avec une canne et j'ai des problèmes d'équilibre assez importants. Aussi, je lis et regarde la télé. Voilà toutes mes occupations. »⁴⁸

De fait, les personnes détenues souffrant de handicap sont régulièrement exclues des activités de la détention, soit par une impossibilité à se rendre sur les lieux faute d'accessibilité soit parce que ces activités ne sont pas adaptées aux particularités de ce public. Leur classement au travail peut ainsi être considéré comme inadapté en raison de leur handicap, qu'il soit sensoriel ou moteur, alors même que les sociologues mettent en lumière l'importance du travail dans le cadre de l'intégration : « le travail représente un support d'inscription dans la structure sociale. Ainsi l'absence de participation à toute activité productive et l'isolement relationnel conjuguent leurs effets négatifs pour produire l'exclusion. A l'inverse l'association travail stable et insertion relationnelle solide traduit une zone d'intégration. Entre les deux se définirait une zone de vulnérabilité sociale. »⁴⁹

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2ere partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, op.cit.*

B- Le constat d'une plus grande vulnérabilité

Les personnes détenues souffrant de handicap sont confrontées à une situation de plus grande faiblesse en détention. Une personne non-voyante explique ainsi que « Lors de fouilles de ma cellule, on peut modifier l'ordre de rangement de toutes mes affaires. Or vu mon handicap, cet ordre et ce rangement sont capitaux pour moi »⁵⁰. Elle explique à titre de propositions que l'usage d'un outil informatique adapté ou l'équipement dans sa cellule de mobilier sans angles vifs lui faciliterait le quotidien. Certains établissements pénitentiaires ont instauré des dispositifs innovants. On peut citer à ce titre la maison d'arrêt de Charleville qui a mis en place une signalétique pour les personnes détenues déficients visuels. L'administration pénitentiaire a signé une convention de partenariat avec une association locale qui intervient au service des aveugles et des malvoyants. L'association sera consultée pour l'installation du matériel de signalisation et assurera une sensibilisation au handicap visuel auprès du personnel pénitentiaire et des visiteurs. Cette convention représente une avancée pour la prise en charge des détenus déficients visuels.⁵¹

Certaines personnes détenues sourdes et muettes expliquent, quant à elles, ressentir le besoin de se faire aider par un interprète lors des entretiens pour discuter plus facilement avec les différents services. A défaut, ce sont en général des solutions alternatives qui sont mises en place, comme l'utilisation de l'écrit ou l'aide d'une personne détenue maîtrisant la langue des signes. Ces dispositifs ne sont toutefois pas pleinement satisfaisants en ce qu'ils entravent une communication pleinement libre et complète. Une personne non-voyante a ainsi déclaré que « La lecture d'une notification de remises de peine supplémentaires ne m'a pas été faite complètement, en particulier sur les délais d'appel à respecter. N'étant pas informé, je ne peux pas exercer mes droits. »⁵² Les contraintes supplémentaires liées au handicap et l'information parfois incomplète qui peut leur être apportée peut amener ces personnes détenues à se décourager d'entreprendre toutes les démarches qu'elles souhaiteraient effectuer.

⁵⁰ *Incapacité et handicap en prison non-assistance à personne dépendante*, op.cit. p.26

⁵¹ *Première nationale à la maison d'arrêt, Prison « pilote » pour les détenus aveugles ou malvoyants*, L'Union, samedi 24 mars 2012.

⁵² *Incapacité et handicap en prison non-assistance à personne dépendante*, op.cit. p.28

L'isolement et le confinement peuvent devenir rapidement difficilement supportables et remettent nécessairement en cause leurs possibilités d'intégration dans l'établissement ainsi que leur réinsertion et la préparation à la sortie par la mise en place d'activités adaptées. De fait, ces personnes ne peuvent que peu s'investir et se mobiliser sur le temps de leur peine, contraintes par les obstacles qui leur sont imposés par le fonctionnement et l'architecture des établissements pénitentiaires.

§2- Une pression pour agir exercée par la jurisprudence

La Cour européenne des droits de l'homme, s'appuyant sur l'article 3 de la convention relatif à l'interdiction des traitements dégradants est venue construire un droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine qui impose aux Etats d'offrir un environnement adapté aux personnes détenues handicapées (A). La pression exercée par la juridiction européenne a poussé la juridiction nationale, en particulier les juges administratifs, à se conformer à cette position. Les décisions imposant à l'Etat de réparer le préjudice subi à raison de conditions d'incarcération réputées non conformes, par l'allocation d'indemnités, se font de plus en plus nombreuses (B).

A- L'influence de la juridiction européenne

Le droit européen a une influence croissante dans l'amélioration des conditions de détention et pousse le législateur à agir en ce sens. La Cour européenne des droits de l'homme a progressivement construit un droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine. L'arrêt Price⁵³ condamnant le Royaume-Uni en 2001 a ainsi énoncé qu'une personne gravement handicapée doit bénéficier de conditions de détention adaptées à ses besoins spécifiques, en jugeant que la détention de la requérante, dans des conditions où elle risquait d'avoir des douleurs à cause de la dureté et de l'inaccessibilité de son lit et ne pouvait que très difficilement aller aux toilettes ou se laver, constituait un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la convention

⁵³ CEDH 10 juillet 2001 Price c/Royaume-Uni (maintien en détention d'une personne tétraplégique dans des conditions inadaptées à son état de santé).

européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales.⁵⁴ Les juges européens avaient précédemment estimé que l'article 3 s'appliquait bien à la situation d'un détenu quasiment aveugle ou à un détenu qui souffre de complications liées à une obésité héréditaire.⁵⁵

La Cour a rendu un arrêt de condamnation contre la France en 2006⁵⁶ en énonçant que le fait de détenir une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut pas se déplacer et quitter notamment sa cellule par ses propres moyens constitue un traitement dégradant au sens de l'article 3. Le requérant se plaignait de ses conditions de détention en estimant qu'elles ne répondaient pas aux exigences liées à son handicap. Il soutenait qu'il ne pouvait franchir les portes de sa cellule en fauteuil roulant, compte tenu de leur étroitesse et qu'il avait des difficultés à utiliser les douches dans sa cellule. Il devait ainsi pour passer l'embrasure des portes, être porté le temps du démontage et remontage d'une roue de son fauteuil. Il était par conséquent dans une situation de totale dépendance et n'avait pu suivre d'activités sportives ou culturelles au sein de l'établissement.

La CEDH a par conséquent consacré le droit absolu de toute personne détenue à des conditions de détention conformes à la dignité humaine. Ce droit doit se traduire par des modalités d'exécution de la peine qui « ne soumette pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention. »⁵⁷ L'application de ce principe autorise l'acceptation de recours contre de mauvaises conditions matérielles de détention, en particulier par les personnes détenues souffrant de handicap, conduisant les juridictions nationales à se conformer à cette position.

⁵⁴ Cet article dispose que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

⁵⁵ CEDH, 8 décembre 1982, Chartier c/ Italie, DR 33, p.41.

⁵⁶ CEDH, 24 octobre 2006, Vincent c/France, n°6253/03, in AJ Penal 2006. 500.

⁵⁷ CEDH, 26 octobre 2000, Kudla c/Pologne, requête n° 30210/96.

B- La réaction des juridictions nationales

Suivant la jurisprudence posée par la juridiction européenne, le tribunal administratif d'Orléans le 4 octobre 2007⁵⁸ a jugé que l'administration pénitentiaire ne pouvait refuser l'usage en cellule d'un mini-bike, indispensable à la rééducation motrice du requérant, ce vélo ayant été prescrit par le médecin. Le tribunal a ainsi considéré que si l'administration pénitentiaire peut interdire les objets dangereux pour la sécurité facilitant notamment les suicides, les évasions ou les agressions en se fondant sur l'article D 273 CPP tel n'était pas le cas pour un mini-bike rendu nécessaire dans le cadre d'une rééducation pour une personne perdant progressivement l'usage de sa jambe. En effet, l'article D 273 CPP dispose qu'un détenu peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux, sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité et tel n'était pas le cas en l'espèce.

Par la suite, la Cour administrative d'appel (CAA) de Douai, le 15 juin 2010⁵⁹, a réparé le préjudice d'un requérant paraplégique se déplaçant en fauteuil roulant, à raison de ses conditions d'incarcération. Celui-ci avait invoqué l'exiguïté de sa cellule qui lui permettait difficilement de se mouvoir à l'intérieur de celle-ci et d'accéder aux toilettes alors que les seuls sanitaires adaptés aux handicapés se situaient dans la bibliothèque de l'établissement pénitentiaire. Il avait également soulevé, au titre de son recours, la disposition des lieux rendant très difficiles ses déplacements à l'intérieur de l'établissement lui imposant de recourir à une aide. La CAA a considéré que le requérant était fondé à soutenir que la détention dans son établissement pénitentiaire n'était pas adaptée à son état de santé et que la perte d'autonomie qu'il avait subie étaient constitutives d'une atteinte à sa dignité, en méconnaissance tant des stipulations de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des

⁵⁸ TA d'Orléans, 4 octobre 2007, dossier n°070001.

⁵⁹ CAA de Douai, 15 juin 2010, n°09DA00256, in AJDA 2010, p.1897.

libertés fondamentales que des dispositions de l'article D.189 du CPP⁶⁰. L'Etat a été condamné à lui verser une indemnité en raison des conditions de détention jugées contraires au principe de respect de la dignité humaine, ces conditions de détention étant constitutives d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'Etat.

Par ordonnances du 20 décembre 2011⁶¹, le juge des référés du Tribunal administratif (TA) de Melun a condamné l'Etat à verser une provision de 1000 à 5000 euros à sept personnes en fauteuil roulant qui avaient été détenues à la maison d'arrêt de Fresnes pendant plusieurs mois dans des conditions jugées inadaptées à leur handicap.⁶² Le TA de Melun a ainsi relevé que « la largeur du dégagement central ne permet pas le croisement de deux fauteuils, obligeant l'un des occupants à sortir pour que l'autre puisse emprunter la porte ; les cellules médicalisées sont accessibles avec d'importantes difficultés aux détenus en fauteuil ; le module aménagé en pièce toilette présente des dispositions insuffisantes d'aération et de ventilation ; l'installation électrique présente des caractéristiques de non-conformité avec des risques d'accident de personnes ; les parloirs, les locaux de soins, la bibliothèque, la salle de culte et les installations sanitaires complétant la salle de sport et de détente sont inaccessibles aux détenus en fauteuil roulant. » Par conséquent, les conditions dans lesquelles avaient été détenus les requérants ont été regardées comme attentatoires à la dignité humaine par le juge des référés.

Le Tribunal administratif de Melun vient témoigner de recours plus fréquents de la part des personnes détenues souffrant de handicap. En juillet 2010 et en juin 2011, l'Etat français avait déjà été condamné par les juridictions administratives pour les conditions dans lesquelles des personnes en fauteuil avaient été détenues respectivement à la maison d'arrêt d'Amiens⁶³ et au centre pénitentiaire des Baumettes⁶⁴. En février

⁶⁰ Article D.189 CPP : « A l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion. »

⁶¹ TA Melun, 20 décembre 2011, n°1104627, 1104631, 1104635, 1104645, 110464, 1104647 et 1104648.

⁶² *Des prisons inadaptées au handicap*, in *Dedans-Dehors*, n°76, Mars-avril 2012, p.31.

⁶³ CAA de Douai, 1^{er} juillet 2010, Garde des Sceaux, n°10DA00079.

⁶⁴ TA Marseille, 27 juin 2007, M.T., n°1102260.

2012, c'était la maison d'arrêt de Loos qui a été mise en cause par le tribunal de Lille⁶⁵. On peut également citer une décision de la Cour administrative d'appel de Paris en date du 5 juillet 2012 qui a jugé que « l'hébergement d'un détenu à mobilité réduite dans une cellule ordinaire lui rend très difficile les actes les plus simples de la vie courante, et impossible la sortie de sa cellule par ses propres moyens ; que M. a été détenu en cellule ordinaire pendant une période de deux mois compte tenu du temps qu'il a passé au centre national d'évaluation susmentionné sans autres justifications que l'absence de disponibilité de cellules médicalisées ou les convenances administratives ; que ces conditions de détention pendant une telle période, compte tenu de l'âge et de l'état de santé de l'intéressé, doivent être regardées comme révélant une atteinte à la dignité humaine de nature à engager la responsabilité de l'administration »⁶⁶.

La question de l'accueil des détenus handicapés s'est invitée sur la scène juridique. L'administration pénitentiaire tente d'y répondre en intégrant la question du handicap au programme du logement pénitentiaire. Si des conditions de détention adaptées représentent un préalable indispensable à l'accueil des personnes détenues, celles-ci doivent en outre être confortées par un accompagnement social, humain et individualisé pour parvenir à une prise en charge cohérente et globale.

⁶⁵ TA Lille, 1^{er} février 2012, V., n°0900486 et 0901238.

⁶⁶ CAA Paris, 5 juillet 2012, n°12PA00066

PARTIE 2 - DES AVANCES NOTABLES MAIS ENCORE INSUFFISANTES DANS LA PRISE EN CHARGE

Une amélioration des conditions de vie en détention constitue un élément déterminant de la réduction des situations de handicap en détention. L'objectif prépondérant dans le cadre de la prise en charge consiste à offrir un environnement de vie qui permette aux personnes souffrant de handicap et de dépendance d'évoluer en détention et d'accéder à une réflexion sur les faits. L'administration pénitentiaire a su évoluer dans cette droite ligne en prenant progressivement en compte dans son fonctionnement la question du handicap des personnes détenues. Les institutions cherchent à compenser les situations de handicap en milieu carcéral sur la base du principe d'égalité, continuation des avancées déjà réalisées dans la société en générale, en se fondant sur le principe de détenu-citoyen qui doit être en mesure d'accéder aux mêmes droits et à la même situation que ce qui est offert à l'extérieur en termes d'aides et d'aménagements (Chapitre 1).

.Cette démarche de modernisation de l'institution ne peut être que saluée en ce qu'elle démontre une réelle volonté de l'administration d'adapter sa prise en charge. Les efforts déjà commencés et l'investissement entrepris en la matière sont à poursuivre, à conforter et à amplifier. Toutefois il s'agit de mesures encore ponctuelles et parcellaires. La prise en charge du handicap en détention doit être encore plus spécifique et aboutie en étant envisagée de façon plus globale, en encourageant un travail pluridisciplinaire fondé sur la coopération médical-pénitentiaire, en favorisant la mise en place de partenariats avec les acteurs du handicap et en réfléchissant à la mise en place d'unités spécifiques pouvant accueillir ce public (Chapitre 2).

Chapitre1 : La création d'un dispositif législatif tenant compte du handicap en milieu carcéral

L'administration pénitentiaire et plus globalement le Législateur ne sont pas restés inertes face aux problématiques engendrées par l'incarcération de personnes en situation de handicap. Plusieurs dispositifs ont émergé pour tenir compte du handicap en milieu carcéral dans le cadre d'une volonté d'amélioration des conditions de détention. La question du handicap et plus particulièrement de l'accessibilité proposée à ces personnes a été intégrée aux programmes immobiliers de construction et de rénovation en intégrant des aménagements architecturaux adaptés (Section 1). Une réponse à la fois judiciaire et sociale a également été apportée par la création de la mesure de suspension médicale de peine et par l'attribution de prestations compensatoires adaptées durant leur incarcération (Section 2).

Section1 : Une volonté d'amélioration des conditions matérielles de détention

Le Législateur s'est emparé de la question de la prise en charge matérielle des personnes détenues handicapées en intégrant la question de l'accessibilité de ce public dans une politique volontariste en la matière (§1) et en encourageant la création et le déploiement de cellules aménagées (§2).

§1- Une politique volontariste en matière d'accessibilité des locaux

Dans leur vie quotidienne en détention, les personnes à mobilité réduite se heurtent à des difficultés de toutes sortes : déplacements rendus compliqués en raison d'obstacles, absence d'ascenseur, accès limité aux points clés de la détention (UCSA, bibliothèque, parloirs, cour de promenade, ateliers, lieu de culte...). Ces nombreuses contraintes conduisent souvent ces personnes à ne pas sortir de leur cellule. L'accès aux activités est également très fréquemment limité ; face aux obstacles à franchir certains y renoncent. Les établissements pénitentiaires s'avèrent ainsi largement inadaptés à l'accueil des personnes handicapées ou dépendantes.

L'idée qui doit prévaloir est pourtant celle du détenu-citoyen qui doit être en mesure de bénéficier et d'accéder aux mêmes droits et à la même situation que les personnes libres dans la mesure où la prison ne doit être que la privation de la liberté d'aller et de venir. « Là où il n'existe pas de mesures particulières, le risque est grand de voir ceux que la maladie ou l'accident a atteints happés par la spirale de l'exclusion. »⁶⁷ Il apparaît ainsi plus que nécessaire de mettre en place des aides humaines ou techniques et de faciliter l'accessibilité des personnes détenues en situation de handicap pour éviter une exclusion de certains lieux ou dispositifs de la détention.

La question de l'accessibilité est une des premières préoccupations lors de l'intégration d'une personne détenue souffrant de handicap moteur. Que la personne soit en fauteuil roulant ou non, cette préoccupation est essentielle et ne concerne pas seulement l'accès à sa cellule mais aussi l'accès à tous les espaces de la détention : UCSA, cour de promenade, salles d'activités, parloirs... Même si elle se déplace sans fauteuil roulant, une personne handicapée peut rencontrer des difficultés : une longueur importante de couloirs, une longueur importante d'escaliers. Les déplacements doivent être considérés en termes d'accès mais aussi d'accessibilité.

Une véritable volonté politique d'aménagement des infrastructures de la société civile, et plus récemment des établissements pénitentiaires, a éclo ces dernières années. L'objectif global qui traverse ce dispositif consiste à éviter une mise à l'écart de ce public tout en favorisant leur intégration. Un décret du 17 mai 2006 a ainsi créé un article R 111-19-5 du Code de construction et de l'habitation au terme duquel les ministres intéressés et le ministre chargé de la construction fixent par arrêté conjoint les règles d'accessibilité applicables, notamment, aux établissements pénitentiaires, aux centres de rétention administrative et aux locaux de garde à vue. C'est dans ce cadre qu'a été publié au Journal officiel de la République française le 8 octobre 2010 un arrêté relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

⁶⁷ RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1ere partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion*, in Revue de sciences humaines et sociales, n°86-2000, p1-17.

Cet arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées fixe précisément les règles applicables lors de la construction de nouveaux établissements pénitentiaires. L'administration pénitentiaire est ainsi tenue de favoriser « l'accessibilité aux personnes handicapées, dans les établissements pénitentiaires que celles-ci soient détenues, visiteurs, intervenants ou personnels ». Elle doit aménager l'accessibilité des locaux collectifs situés dans l'enceinte de l'établissement ainsi que des chemins d'accès conduisant à l'établissement pénitentiaire. L'article 9 du texte précise qu'un cheminement doit permettre « notamment à une personne ayant une déficience visuelle ou auditive de se localiser, s'orienter et atteindre l'établissement pénitentiaire aisément et sans danger et permet à une personne ayant une déficience motrice d'accéder aisément à tout équipement ou aménagement utilisable ». L'arrêté insiste sur le fait que les signaux liés au fonctionnement des dispositifs d'accès doivent être à la fois sonores et visuels. Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, celui-ci doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée⁶⁸.

De nombreuses préconisations sont apportées par le texte concernant les escaliers et les ascenseurs afin que les personnes handicapées puissent accéder à l'ensemble des locaux collectifs. L'article 12 expose ainsi que « les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées (...), la sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles tout au long de l'escalier », cette sécurité devant être assurée par la pose d'un revêtement de sol particulier, par l'installation de contremarches et par la pose d'une main courante de chaque côté de l'escalier. Concernant les ascenseurs, le texte précise que tous les étages comportant des locaux recevant des visiteurs ou des personnes détenues doivent être desservis. « Un ascenseur au minimum doit pouvoir être utilisé par les personnes handicapées dans les secteurs suivants : unités des quartiers d'hébergement comprenant des cellules accessibles aux personnes handicapées, cours de promenade ainsi que l'ensemble des salles d'activités des quartiers d'hébergement, les espaces socio-éducatifs, culturels et sportifs communs, les ateliers, les parloirs (côté

⁶⁸ Article 11 de l'arrêté.

visiteurs et personnes détenues), les unités de vie familiales, l'UCSA, le SMPR, s'il existe, les locaux fonctionnels (restauration et blanchisserie) ».

Pour faciliter l'accès et l'accessibilité des personnes handicapées, l'arrêté précise dans son article 15 que « Les portes situées dans ou donnant sur les parties communes doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, à l'exception des portes dont la résistance est spécifiquement étudiée dans les établissements pénitentiaires pour répondre aux contraintes afférentes à la sécurité pénitentiaire » en ajoutant que « lorsque qu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage des personnes à mobilité réduite. » L'article 16 insiste sur le fait que l'ensemble des locaux communs doit être accessible aux personnes handicapées. Le texte précise également que chaque type de local à usage individuel doit être aménagé pour permettre l'accueil d'une personne handicapée. En effet, si la problématique de l'aménagement des cellules est régulièrement soulevée ainsi que l'accès aux différents locaux communs de la détention concernant les conditions d'incarcération de ce public, plus rarement est évoqué l'accès des locaux à usage individuel.

Pour permettre une bonne intégration de ces personnes, encore faut-il qu'elles puissent accéder aux parloirs, préalable indispensable au maintien des liens familiaux. Les boxes d'attente des locaux médicaux doivent également être aménagés si l'on souhaite permettre un égal accès de ces personnes au service soignant, d'autant que ces personnes sont plus susceptibles de s'y rendre au regard de leur situation. En outre, il ne faut pas occulter l'aspect sécuritaire et en particulier les dispositifs afférents. Les locaux de fouille des personnes détenues doivent ainsi être aménagés afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant dans la cabine. Le principe d'égalité implique que des mesures soient prises pour faciliter le quotidien de ces personnes dans un souci de respect de la dignité humaine. Ce principe veut aussi qu'un traitement égalitaire soit apporté à ces personnes relativement aux règles de sécurité imposées pour garantir le bon ordre et la sécurité dans ces établissements, ces personnes demeurant avant tout des personnes détenues ayant enfreint la loi et condamnées pour ce fait à une peine d'emprisonnement par les juridictions répressives. Le règlement intérieur de l'établissement doit par conséquent s'appliquer de manière uniforme à l'ensemble de

ses occupants. Dans ce cadre, il semblerait opportun qu'au moins une cellule du quartier disciplinaire puisse être aménagée pour faciliter le prononcé d'une peine ferme de quartier disciplinaire si les conditions devaient être réunies, toujours dans un souci de traitement égalitaire de ces personnes.

Cet arrêté du 4 octobre 2010 contient de réelles avancées sur la prise en charge des personnes détenues handicapées en matière d'accès et d'accessibilité en posant des règles très précises d'aménagement des locaux pour faciliter leur intégration et pour permettre de concilier le maintien en détention de ces personnes avec leur état. Ce dispositif ne peut être que salué en ce qu'il fournit des avancées réelles sur la prise en charge matérielle de ces personnes. Toutefois, il est à noter que la grande majorité des prisons n'est pas concernée puisque les règles de cet arrêté ne s'appliquent qu'aux constructions neuves d'établissements pénitentiaires, qui font l'objet d'une demande de permis de construire⁶⁹.

§2- La création récente de cellules aménagées

Dès 1994, l'implantation de cellules de détention dédiées à l'accueil de personnes handicapées a été prévue dans les cahiers des charges des nouveaux établissements et des programmes de réhabilitation des plus anciens, à hauteur d'au moins une cellule par établissement et selon la norme d'une cellule aménagée par tranche de 150 places de détention. Pour les établissements existants, les directions interrégionales ont été invitées à définir un plan pluriannuel d'équipement visant à les doter de cellules aménagées en nombre suffisant et à mobiliser les crédits nécessaires au programme d'équipement⁷⁰. Mais, en pratique, la plupart des établissements pénitentiaires n'ont pas fait l'objet des aménagements et mises aux normes nécessaires, ou dans des proportions largement insuffisantes.

L'arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction impose à l'administration

⁶⁹ Article 2 de l'arrêté.

⁷⁰ Note DAP du 21 juillet 2003 n°00492 sur la prise en charge des personnes dépendantes.

pénitentiaire de prévoir davantage de cellules aménagées pour les personnes handicapées dans chaque établissement. Pour les établissements pénitentiaires de plus de 120 places, au moins 3% des cellules doivent être aménagées, contre 2% pour les établissements d'une moindre capacité. Ces cellules doivent répondre à des caractéristiques précises en termes de dimensions (taille de la porte d'entrée, hauteur de poignée de fenêtre, des prises électriques...) et d'aménagements (salle d'eau et cabinet de toilettes accessibles en fauteuil roulant...)⁷¹.

Les cellules aménagées doivent être installées aux niveaux accessibles aux personnes handicapées précise l'arrêté. Il semble opportun d'implanter ces cellules au rez-de-chaussée et de préférence à proximité de l'UCSA. On constate en effet que dans les établissements, les cellules aménagées sont souvent installées au rez-de chaussée, ce qui constitue une solution logique pour faciliter les déplacements. Cependant, dans les centres de détention, il arrive fréquemment que le rez-de-chaussée soit réservé aux personnes placées en régime de porte fermée⁷². Les personnes à mobilité réduite non soumises à ce régime bénéficient alors d'un régime de porte ouverte⁷³ mais de fait sans pouvoir côtoyer les autres. De plus, l'implantation des cellules aménagées au sein d'une aile régime de portes fermées, qui est considérée par les personnes détenues comme étant « l'aile des punis » peut être alors vécue comme une vexation supplémentaire ajoutée à leur handicap.

Dans certains établissements, pour faire face à cette difficulté, une autorisation a pu être donnée aux personnes à mobilité réduite d'accéder au premier étage pour y rencontrer les codétenus du régime ouvert. Toutefois, pour se déplacer du rez-de-chaussée à l'étage, les personnes à mobilité réduite doivent inévitablement prendre l'ascenseur et pour cela être assistées par un surveillant au départ et par un second à l'arrivée. Ces mouvements ne peuvent pas se renouveler fréquemment compte tenu de la disponibilité limitée des personnels de surveillance. A titre d'exemple redescendre en

⁷¹ Article 20 de l'arrêté.

⁷² Egalement appelé régime probatoire ou contrôlé. Il s'agit d'un régime comparable à celui des maisons d'arrêt en ce que les portes des cellules demeurent fermées.

⁷³ Egalement appelé régime de confiance. Il s'agit d'un régime particulier dans lequel les personnes détenues possèdent la clé de leur cellule en journée et peuvent par conséquent avoir leur porte de cellule ouverte.

cellule pour aller aux toilettes, car ceux situés à l'étage ne sont pas adaptés, implique généralement de ne pas remonter. En outre, ce système peut être perçu par les autres personnes détenues, qui elles ne sont pas autorisées à se déplacer dans les différentes ailes, comme un traitement de faveur injuste. Ainsi dans les établissements pour peine, lorsque les régimes différenciés ou progressifs sont instaurés, le contrôleur général des lieux de privation de liberté préconise que les cellules aménagées pour les personnes à mobilité réduite ne soient pas implantées dans les secteurs au sein desquels un régime de portes fermées est instauré mais dans ceux fonctionnant en régime à portes ouvertes⁷⁴. Il apparaît en effet plus adapté en aile de confiance de fermer la cellule de la personne handicapée qui relèverait d'un régime porte fermée que de laisser sa cellule ouverte en régime contrôlé.

Toutefois cette obligation de création de cellules aménagées, appelées souvent cellules PMR⁷⁵, ne s'applique qu'aux constructions neuves d'établissements pénitentiaires qui font l'objet d'une demande de permis de construire⁷⁶. Pour les établissements déjà existants une obligation de mise en conformité a été fixée au 1^{er} janvier 2015. Dans cette attente, l'inadaptation de la plupart des établissements perdure, là où des cellules adaptées ont été prévues, d'importants problèmes de conformité et d'accessibilité aux espaces communs sont constatés. Faute d'établissements suffisamment adaptés, des solutions empiriques sont le plus souvent proposées comme la mise à disposition d'une barre ou d'un tabouret pour la douche.

⁷⁴ DELARUE Jean-Marie, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2012, p.240.

⁷⁵ Pour Personne à Mobilité Réduite.

⁷⁶ Article 2 de l'arrêté.

Section2 : Une réponse judiciaire et sociale pour assurer la personnalisation de la peine

Pour permettre aux personnes détenues handicapées de suivre une exécution de leur peine adaptée à leur situation, des aménagements de peine pour raison médicale ont été créés au premier titre desquels on peut citer la récente suspension médicale de peine dont l'effectivité peut toutefois être mise en cause (§1). Si l'attribution de prestations compensatoires contribue également à faciliter leur quotidien en les aidant à subvenir à leurs besoins sur un plan financier (§3), elle ne doit pas occulter la nécessité de mettre en place un parcours d'exécution des peines personnalisé offrant des activités appropriées (§2).

§1- L'application limitée de la mesure de suspension médicale de peine

L'article 720-1-1 du CPP⁷⁷ pose le principe de la suspension médicale de peine qui peut être ordonnée, compte tenu de sa finalité sanitaire et humanitaire, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir. Le prononcé de la mesure n'est donc subordonné à aucune considération de nature ou de durée de la peine. Toutefois les conditions d'application de cet article sont relativement restrictives. En effet, le demandeur doit être condamné et en mesure d'établir qu'il est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. Cette suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une de ces deux situations. La mission de l'expert consiste à préciser les incapacités résultant des déficiences physiologiques, à expliquer si les ressources mises en place en détention permettent à la personne de pallier cette incapacité ou au contraire si la personne se trouve dans une situation de handicap qui porte atteinte à sa dignité et par conséquent incompatible avec son maintien en

⁷⁷ L'introduction de l'article 720-1-1 dans le CPP par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite « loi Kouchner », qui autorise une suspension de peine pour raisons médicales est l'expression de la volonté de la France de se conformer aux normes européennes.

détention.⁷⁸ Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge la personne détenue.⁷⁹ Le champ d'application de ce texte a été sensiblement réduit par le dispositif de lutte contre la récidive des infractions pénales⁸⁰ qui a ajouté un motif d'exclusion de la suspension de peines pour raisons médicales « s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction ». Ce risque doit être évalué par une expertise psychiatrique ordonnée par le juge d'application des peines.

Par conséquent, les nombreuses conditions posées par le texte rendent dans les faits son application relativement rare, on constate ainsi des difficultés d'effectivité de cette mesure. En effet, si un seul expert⁸¹ conclut à l'incompatibilité de l'état de santé du requérant avec les conditions de détention, la suspension médicale de peine ne pourra pas être ordonnée, la condition d'une double expertise concordante étant indispensable.⁸² Toutefois, on constate un premier fléchissement de cette position très restrictive en matière d'aménagement de peine de la part de la Haute juridiction. En effet, la Cour de cassation, le 25 novembre 2009⁸³, est venue adopter une lecture souple de l'article 723-15 CPP relativement à l'octroi d'un PSE en estimant que les juges du fond sont invités à aller au-delà des constats des seuls experts et à rechercher la réalité de la situation du condamné handicapé au sein de l'établissement en se posant la question de savoir si le requérant ne serait pas exposé en raison des conditions effectives

⁷⁸ SANNIER Olivier, NOEL Etienne, De Crouy-Chanel Myriam, *Les aménagements de peine pour raison médicale approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre*, in AJ Pénal, Juillet-Aout 2010, p.318-322.

⁷⁹ Cette procédure de suspension de peine pour raison médicale d'urgence a été instaurée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 en son article 79.

⁸⁰ Modification introduite par la loi du 12 décembre 2005.

⁸¹ Pour réaliser son expertise, le médecin désigné ne peut avoir accès au dossier médical de la personne détenue qu'avec son accord éclairé. Il réalise généralement un examen clinique du patient détenu, mais ne se rend pas systématiquement en détention afin d'évaluer concrètement ses conditions de détention, notamment en cellule.

⁸² TGI de Versailles, 18^e chambre, 24 décembre 2008, n°124 in AJ Penal, mars 2009, N°3/2009.

⁸³ Cour de cassation, crim, 25 novembre 2009, n° 09-82.971, in AJ Penal, février 2010, n°2, p.90-91.

de détention à une détresse ou à une épreuve qui excéderait le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention. Cette jurisprudence favorable pour les personnes détenues n'a pour l'instant pas été transposée en matière de suspension médicale de peine. La Cour de cassation, le 7 janvier 2009⁸⁴ a toutefois invité les juges du fond à rechercher dans le cadre d'une demande de suspension médicale de peine s'il résulte des deux expertises que les conditions effectives de la détention ne sont pas durablement incompatibles avec l'état de santé du requérant. La Haute Juridiction a ainsi posé le principe d'une appréciation *in concreto* de la comptabilité de la détention avec le handicap du requérant au regard des possibilités offertes par l'établissement et des conditions effectives de détention.

En inscrivant dans la loi, la compatibilité de l'état de santé de la personne détenue handicapée avec son maintien en détention, le législateur souhaite garantir à la personne le respect de sa dignité humaine. Toutefois, en pratique, en raison de conditions restrictives d'application du texte relatif à la suspension médicale de peine l'effectivité de cette mesure peut être mise en cause et, la lourdeur de la réalisation de deux expertises concordantes, dans un contexte de manque d'experts, conduit à des délais d'instruction des requêtes souvent trop longs.

De plus, à l'inverse de la situation des personnes condamnées, il n'existe aucun dispositif de droit interne permettant aux personnes placées en détention provisoire de solliciter une remise en liberté pour raison médicale ou sur le fondement d'un état jugé incompatible avec le maintien en détention. Or la détention provisoire excède bien souvent la « durée raisonnable » que commande l'article 144-1 du CPP. Tandis que les personnes prévenues, présumées innocentes, ont à connaître de conditions de détention difficiles en maison d'arrêt, la seule procédure qui est offerte à celles de ces personnes qui subissent de graves problèmes de santé est la demande de mise en liberté sur le fondement de l'article 148-1 du CPP. Contrairement aux personnes condamnées, l'état de santé de la personne prévenue n'est pas pris en compte en tant que fondement de la décision de remise en liberté qui ne repose que sur des considérations relatives à l'instruction de leur affaire.

⁸⁴ Cour de cassation, crim, 7 janvier 2009, pourvoi n°08-83.364, in AJ Penal, mai 2009, n°5, p.236-237.

Selon les séries statistiques de la direction de l'administration pénitentiaire⁸⁵, 104 mesures de suspension de peine pour raison médicale ont été prononcées pour l'année 2009, 137 pour l'année 2010 et 172 pour l'année 2011. C'est un très faible nombre de suspensions de peine qui sont accordées pour raison médicale, les expertises concluant souvent que l'état de santé ne pose pas de problème avec la détention.

§2- La mise en place d'un parcours d'exécution de peine adapté

Selon les dispositions de l'article 721-1 du CPP « une réduction supplémentaire de peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser les victimes. »

Cependant, on constate que les personnes handicapées sont généralement inoccupées dans les établissements pénitentiaires du fait de leur état de santé, de l'inadaptation des activités et emplois proposés et de la configuration des locaux. Pour les mêmes raisons, il ne leur est pas toujours possible de s'engager dans un suivi psychologique ou psychiatrique. Face à cette situation, certains JAP refusent l'octroi de RPS au motif de l'absence d'investissement en détention aussi bien sur le plan des activités que sur celui de la prise en charge médicale. Au contraire, d'autres magistrats accordent la totalité des RPS aux personnes détenues handicapées, justifiant leur décision par l'impossibilité pour ces personnes, liée au fonctionnement de la structure, de se mobiliser sur le temps de leur peine. Aucune de ces deux positions ne semble convenir totalement. En effet, il peut paraître injuste de ne pas accorder de réduction de peine à une personne qui n'a pas manifesté d'efforts en détention si on ne lui a pas donné les moyens matériels et humains pour démontrer sa volonté de faire preuve d'investissement à l'établissement. D'un autre côté, la solution inverse consistant à accorder la totalité de la durée de RPS sur la période examinée en commission

⁸⁵ Série statistique des personnes placées sous main de justice 1980-2011 du bureau d'études et de la prospective de la direction de l'administration pénitentiaire.

d'application des peines⁸⁶ ne semble pas non plus satisfaisante dans la mesure où cette décision peut paraître inégalitaire aux yeux des autres personnes détenues qui elles ont su faire preuve d'une réelle motivation pour se mobiliser sur le temps de leur peine en participant activement et avec sérieux aux différentes activités proposées.

La voie médiane consiste alors à offrir aux personnes détenues handicapées une offre d'activités équivalente aux autres personnes incarcérées ou tout du moins un égal accès, leur permettant de pouvoir démontrer leur réelle volonté ou non de s'investir sur le temps de leur peine dans un double objectif de préparation à la sortie et de prévention de la récidive. Il incombe par conséquent au directeur des services pénitentiaires, entouré des différents services et partenaires de l'administration pénitentiaire, d'encourager et d'impulser la mise en place de mesures appropriées et de dispositifs innovants afin de garantir une égalité de traitement aux personnes détenues handicapées principalement en matière d'accès au travail et aux activités. Une réflexion doit être menée lors de la CPU et de la COPEP, avec les différents intervenants présents, sur le parcours à proposer à ces personnes détenues en tenant évidemment compte des difficultés liées à leur état mais sans occulter leur personnalité, la nature de l'infraction commise et les nécessités relatives à leur réinsertion. La logique souhaitée ne doit pas être celle de la mise en place d'activités spécifiques dans une perspective purement occupationnelle, il apparaît en effet indispensable que ces activités puissent présenter un intérêt pour ces personnes dans le cadre de leur insertion future.

Une autre piste pouvant favoriser la mise en place d'un parcours d'exécution des peines personnalisé pourrait consister dans la mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires d'une législation qui faciliterait l'accès au travail des personnes détenues handicapées avec, pour les concessionnaires, la RIEP mais aussi l'Etat, dans le cadre du service général, l'obligation d'employer des personnes handicapées à des postes adaptés. L'inactivité en détention constitue en effet un facteur d'isolement en détention, aggravant la perte d'autonomie et limitant les possibilités de réinsertion sociale. La loi pénitentiaire, dans son article 27, énonce en effet une obligation d'activité pour les

⁸⁶ Selon l'article 712-5 du CPP « La commission de l'application des peines est présidée par le juge de l'application des peines ; le procureur de la République et le chef d'établissement en sont membres de droit. » Les ordonnances concernant les réductions de peine, les autorisations de sorties sous escortes et les permissions de sortir sont prises après avis de la commission de l'application des peines.

personnes détenues dès lors que celle-ci a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité.⁸⁷

§3- L'attribution de prestations compensatrices du handicap

Les personnes handicapées peuvent percevoir en détention un certain nombre de prestations sociales spécifiques au handicap et à la dépendance. A ce titre, elles peuvent bénéficier, en premier lieu, de l'allocation pour adulte handicapé (A). Elles peuvent également être bénéficiaires de prestations supplémentaires (B), à condition de remplir les critères d'attribution, au titre desquels on peut citer la pension d'invalidité ainsi que l'allocation personnalisée d'autonomie. Ces trois allocations relèvent d'un régime particulier pour les personnes détenues.

A- L'allocation adulte handicapé

L'attribution d'allocations aux personnes détenues handicapées relève d'un traitement individualisé s'ajustant à leurs besoins. L'allocation pour adultes handicapés (AAH) est une prestation versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) aux personnes atteintes de handicap, accordée suivant un taux défini par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)⁸⁸. Il s'agit d'un revenu minimum d'existence assuré aux personnes handicapées qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident de travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Elle peut atteindre pour une personne seule un montant maximum de 776,59 euros mensuels⁸⁹. Les conditions d'accès sont les mêmes en

⁸⁷ L'article 27 de la loi pénitentiaire énonce que : « Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est proposée par le chef d'établissement et le directeur du service d'insertion et de probation dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité. Lorsque la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité consiste par priorité en l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue française, l'activité consiste par priorité en son apprentissage. L'organisation des apprentissages est aménagée lorsqu'elle exerce une activité de travail. ».

⁸⁹ Montant en vigueur depuis le mois de septembre 2012 suite au décret n°2012-486 du 13 avril 2012 relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés publié au journal officiel le 15 avril 2012.

détention qu'à l'extérieur, à savoir bénéficier d'une résidence stable et régulière en France (les étrangers doivent fournir un titre de séjour ou un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour), être âgé de plus de vingt ans et être atteint d'un taux d'incapacité d'au moins 80% établi par la CDAPH. Toutefois, l'AAH peut également être versée aux personnes présentant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80% à la condition d'être dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, la personne doit alors se voir reconnaître une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

Une disposition particulière pour les personnes détenues est prévue à l'article R.821-8 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret du 29 juin 2005 relatif à l'allocation aux adultes handicapés⁹⁰ pris en application de la loi du 11 février 2005⁹¹. Ce décret a relevé le taux de l'AAH en détention à 30% alors qu'il s'élevait auparavant à 12% du montant global. A leur incarcération, les personnes détenues auxquelles le droit était ouvert, continuent de percevoir l'intégralité de l'AAH pendant une durée de soixante jours. Au-delà de cette période le montant est réduit à 30% de la somme initiale, cette réduction s'appliquant à compter du 1^{er} jour du mois suivant une période de soixante jours révolus passés dans l'établissement. Toutefois, elles peuvent continuer de percevoir l'intégralité de l'AAH en détention si elles ont au mois un enfant ou un ascendant à charge ou si leur conjoint, concubin ou partenaire de PACS est dans l'impossibilité d'exercer une activité salariée pour un motif reconnu valable par la CDAPH. Le versement de l'AAH reprend au taux normal après la libération, à compter du premier jour du mois suivant la sortie de l'établissement pénitentiaire.

Pour se voir attribuer cette allocation, un dossier de reconnaissance du handicap doit être constitué et adressé à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les personnes détenues peuvent s'adresser soit directement à la MDPH soit au SPIP pour se voir remettre le formulaire à remplir. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical de moins de trois mois rempli par le médecin de

⁹⁰ Décret n°2005-724 du 29 juin 2005 relatif à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

⁹¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

l'UCSA. La MDPH transmet alors le dossier à la CDAPH pour l'examen des conditions médicales d'octroi et à la caisse d'allocations familiales (CAF) pour l'examen des conditions administratives. La CDAPH apprécie, sur la base de l'évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire, si le taux d'incapacité permanente justifie l'attribution de l'AAH. Ce taux d'incapacité est apprécié en fonction d'un barème qui tient compte de l'importance des déficiences de la personne et de leurs répercussions sur ses capacités fonctionnelles et son autonomie dans la vie quotidienne. Le silence gardé pendant plus de quatre mois par la CDAPH vaut décision de rejet. La CAF dispose pour sa part d'un délai d'un mois à compter de la décision de la CDAPH. Son silence, à l'issue de ce délai, vaut également décision de rejet. Un refus d'attribution de l'allocation peut faire l'objet d'un recours⁹².

En établissement pénitentiaire, force est de constater que la personne détenue ne sait pas toujours à qui s'adresser pour initier sa demande ou opérer le renouvellement de ses droits à l'AAH. Il existe dans certains établissements des conventions partenariales signées entre les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les caisses d'allocations familiales dans l'objectif de permettre aux personnes détenues, malgré leur incarcération, d'être informées et d'accéder à leurs droits sociaux. Cette démarche partenariale est à encourager, il apparaît plus que souhaitable que la signature de conventions de ce type se généralise à l'ensemble des structures pénitentiaires du territoire. Dans ce sens, le Contrôleur général préconise la signature d'une convention tripartite entre la caisse d'allocations familiales, la maison départementale des personnes handicapées et le service pénitentiaire d'insertion et de probation de chaque établissement pénitentiaire pour faciliter les démarches de reconnaissance du handicap et d'attribution de l'AAH mais aussi pour encadrer ses modalités de versement durant les périodes d'incarcération⁹³.

⁹² S'il s'agit d'un refus de la CAF, la personne peut effectuer un recours devant la commission de recours amiable (CRA) puis, en cas de rejet, devant le tribunal des affaires de la Sécurité sociale. Si le litige porte sur le taux d'incapacité, la personne peut effectuer un recours amiable auprès de la CDAPH afin que celle-ci réexamine son dossier. En cas de rejet, un appel peut être formé devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat).

⁹³ DELARUE Jean-Marie, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2011, Paris, in Dalloz 2012, p. 135-143.

Dans certains établissements, c'est le cas par exemple au centre de détention de Melun, la CAF intervient régulièrement à l'établissement, à hauteur d'environ une fois par trimestre, afin d'étudier l'ensemble des demandes des personnes détenues. Dans d'autres établissements, les interventions de la CAF s'effectuent sous forme de permanences tenues au point d'accès au droit. La CAF sert ainsi de relai entre le SPIP et la MDPH pour informer les personnes concernées de leurs droits et faciliter les procédures de renouvellements ou d'initialisations de reconnaissance du handicap. L'ouverture des droits constitue une démarche longue et souvent complexe à mettre en œuvre. Afin que le suivi des personnes détenues handicapées soit au mieux assuré, le Contrôleur général préconise, en second lieu, que les caisses d'allocations familiales interviennent directement dans tous les établissements pénitentiaires en fonction des demandes et selon les modalités décidées en concertation avec les établissements concernés⁹⁴.

B- Les autres prestations

En surplus de l'AAH, revenu d'existence assuré par l'Etat, les personnes détenues handicapées peuvent bénéficier de prestations spécifiques telles que la pension d'invalidité et l'allocation personnalisée d'autonomie.

La pension d'invalidité constitue un revenu de remplacement en compensation de la perte de salaire résultant d'une incapacité totale ou partielle de travailler. L'invalidité doit résulter de la perte d'au moins deux tiers de la capacité de travail de l'intéressé. Ce sont les caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM) qui assurent la gestion de ces pensions d'invalidité. La pension d'invalidité est accordée par la CRAM à titre temporaire, elle peut être révisée, supprimée ou suspendue en fonction de différents éléments (reprise d'une activité professionnelle, évolution de l'état de santé). Lorsque la personne bénéficiaire est incarcérée, la pension d'invalidité peut être versée sur le compte personnel de la personne détenue à l'extérieur ou sur son compte nominatif en détention par le service comptabilité de l'établissement pénitentiaire.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), quant à elle, est une prestation en nature c'est-à-dire affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées. Elle a

⁹⁴ *Ibid*

été créée en 2001⁹⁵ pour améliorer la prise en charge des personnes confrontées à une perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (toilette, repas, hygiène), hébergées à domicile ou dans un établissement. L'article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles dispose ainsi que : « Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant, les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. »

Le bénéfice de l'APA est soumis à plusieurs conditions. Le demandeur doit être en manque ou en perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental, il doit avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière. Il doit également résider de façon stable et régulière en France. En outre, il doit être âgé de 60 ans ou plus, ce qui signifie que cette aide ne concerne pas l'ensemble des personnes souffrant de handicap, elle est réservée aux personnes âgées dépendantes. Aucune disposition légale ou réglementaire ne s'oppose à ce que l'APA soit versée à une personne se trouvant en établissement pénitentiaire. Il est ainsi fait application des règles d'instruction et d'évaluation des besoins applicables pour les personnes se trouvant à leur domicile. Une note du 23 octobre 2002 de la Direction générale des affaires sociales précise que s'agissant des personnes détenues la condition de résidence stable et régulière est « présumée remplie ».

La demande doit être effectuée à l'initiative de la personne détenue avec l'aide du SPIP et du service médical de l'établissement pénitentiaire. L'octroi de l'APA est soumis à la rédaction d'un certificat médical, par le médecin de l'UCSA, établissant que la personne doit être assistée dans les actes de la vie quotidienne. L'accord du directeur de l'établissement est également nécessaire et « il doit être tenu informé de

⁹⁵ Loi du 20 juillet 2001 n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

chaque phase de la procédure »⁹⁶. Le SPIP a ensuite pour mission de transmettre le dossier sous pli fermé au Conseil Général du département du lieu de détention. Cette demande est alors instruite par une équipe médico-sociale chargée d'évaluer le degré de perte d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et de formuler des recommandations sur les modalités d'intervention les plus appropriées. A cet effet, il est prévu que l'un des ses membres se rende auprès du détenu demandeur. L'évaluation est réalisée par référence à la grille nationale AGGIR⁹⁷.

L'équipe médico-sociale est en charge d'établir une proposition de plan d'aide qu'elle communique à l'intéressé dans un délai de trente jours à compter de la date de dépôt de son dossier complet. La personne détenue peut accepter ou formuler des observations et demander des modifications dans un délai de dix jours. Il reçoit alors dans les huit jours qui suivent une proposition définitive de plan d'aide qu'il peut accepter ou refuser. En cas de silence gardé pendant dix jours, le demandeur est réputé avoir refusé la proposition et sa demande sera alors rejetée. L'APA est accordée par le président du conseil général qui dispose d'un délai de deux mois pour notifier sa décision à compter de la date de dépôt du dossier complet. A défaut de décision notifiée dans ce délai, l'APA est présumée avoir été accordée.

L'APA est affectée à la couverture des dépenses de toute nature figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale. Son montant varie en fonction des ressources et du degré d'autonomie de la personne. Pour les personnes détenues, le principe est celui de l'affectation de l'allocation à titre principal à la rémunération d'une tierce personne. Toutefois, sur accord du chef d'établissement, l'APA peut être également affectée au financement de certaines aides techniques concourant à l'autonomie du bénéficiaire (fauteuil roulant, canne, lit médicalisé...) pour la part non prise en charge par l'assurance maladie et à condition d'être compatibles avec le règlement intérieur de la prison.

⁹⁶ Le guide du prisonnier, Observatoire International des Prisons, Edition La découverte, p.361.

⁹⁷ AGGIR signifie Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources.

Chapitre 2 : Vers une prise en charge spécifique et adaptée plus aboutie

Une meilleure évaluation des besoins des personnes détenues souffrant de handicap doit être recherchée tant dans le cadre des prises en charges que de celui de l'hébergement. Cette évaluation doit s'opérer par une action pluridisciplinaire visant à améliorer le repérage des situations de handicap (Section 1.) D'autant plus que les pathologies se trouvent parfois accentuées par le milieu carcéral : promiscuité, restriction de l'espace, sédentarité, rupture des liens familiaux, carence affective. L'enfermement peut amplifier la perte des capacités et par conséquent les situations de handicap. Pour toutes ces raisons, il apparaît indispensable de développer une politique globale de prise en charge s'appuyant sur l'intervention de professionnels de la dépendance et pouvant donner lieu à une réflexion autour de l'instauration d'unités spécialisées (Section 2).

Section 1 : Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire dans le repérage des situations de handicap

Fournir un effort du côté de la prévention des incapacités au sein de la population incarcérée passe à la fois par une identification et un repérage du handicap s'appuyant sur un outil adapté (§1) mais doit également relever d'une collaboration rendue nécessaire entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical (§2) pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire et globale.

§1- L'utilisation d'un outil adapté d'identification du handicap

Le repérage du handicap pendant l'incarcération impose la mise en œuvre de procédures particulières dans le cadre de l'accueil en détention des personnes dépendantes ou handicapées dont la prise en charge doit relever d'un traitement individualisé s'ajustant à leurs besoins. Une réflexion doit être engagée sur le choix de l'outil d'identification utilisé (A) ; outil performant (B) et outil d'avenir ayant vocation à être généralisé à l'ensemble des établissements pénitentiaires (C).

A- Le choix d'un outil d'identification

Afin de mieux cerner quelle peut être la prise en charge la plus adaptée pour les personnes détenues souffrant de handicap et d'incapacités, il apparaît nécessaire, dans un premier temps, de pouvoir repérer quelles sont les personnes concernées et d'identifier leur niveau d'autonomie afin de déterminer quelles sont leurs besoins précis. Ce repérage permettra ainsi d'élaborer des stratégies pouvant être mises en place dans une perspective d'adaptation du milieu carcéral.

Dès lors, se pose la question de l'outil d'identification qui peut être utilisé dans ce cadre là. La grille nationale AGGIR⁹⁸ constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'APA, dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Cette grille qui permet une évaluation de la perte d'autonomie afin d'attribuer l'allocation de l'APA est toutefois inadaptée au milieu carcéral dans la mesure où elle ne prend pas en compte le milieu environnemental et le cadre de vie de la personne. Il s'agit par conséquent d'un outil d'évaluation peu adapté à l'appréciation du degré d'autonomie d'une personne détenue, les limites et restrictions inhérentes à l'univers carcéral n'étant pas prises en considération. Il semble en effet plus adapté de se référer à un instrument d'évaluation de l'autonomie qui tienne non seulement compte des incapacités de la personne mais aussi des ressources disponibles dans l'environnement, à savoir le milieu carcéral.

Lors d'une étude réalisée au Centre Pénitentiaire de Liancourt⁹⁹, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle a été réalisée avec pour outil le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle)¹⁰⁰ L'objectif de cette étude¹⁰¹ était de disposer d'un outil

⁹⁸ Annexe 4.

⁹⁹ Etude transversale réalisée au Centre pénitentiaire de Liancourt de mai à juillet 2008. Les sujets inclus étaient les personnes âgées de 50 ans et plus condamnées à une peine d'emprisonnement de un an et plus. La réalisation de l'étude a fait l'objet d'un protocole d'entente entre le Centre d'Expertise en Santé de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CDRV-IUGS) (Québec) et l'UCSA du Centre pénitentiaire de Liancourt.

¹⁰⁰ Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) est un instrument officiellement utilisé dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

¹⁰¹ GERVAIS Pauline, SANNIER Olivier, TOUSIGNANT Michel, MANAOUIL Cécile, HEBERT Réjean, *Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)*, La Revue de Gériatrie, Tome 35, n°9 novembre 2010.

performant permettant d'identifier et de décrire les personnes en perte d'autonomie afin de leur apporter une réponse adaptée et mutualisée et également d'améliorer les connaissances sur la population carcérale et les facteurs environnementaux qui influencent l'autonomie fonctionnelle des handicapés incarcérés¹⁰². Le choix s'est orienté vers l'utilisation du SMAF plutôt que de la grille AGGIR car cet outil est plus performant dans la mesure où il tient compte de l'environnement de la personne.

B- Le SMAF, un outil performant

Le SMAF évalue 29 fonctions regroupées en 5 catégories : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités de la vie domestique. Au sein de chaque catégorie, les actions sont décrites de façon précise et cotées sur une échelle comprenant quatre degrés : 0 (autonome), -1 (surveillance ou stimulation requise), -2 (aide partielle requise), -3 (aide complète requise)¹⁰³. Pour chaque fonction, la grille permet d'identifier si des ressources sont mises en place pour compenser l'incapacité. Le SMAF permet de dégager 14 profils regroupés en 5 catégories : atteinte aux tâches domestiques seul, atteinte motrice prédominante, atteinte mentale prédominante, aide à la mobilité, alité et dépendant. Cet outil facilite le regroupement des individus selon leurs profils de besoins afin de développer des stratégies d'action collective. En milieu carcéral, ce qui touche à l'autonomie et au handicap appelle des solutions individuelles mais les moyens déployés pour ce faire doivent être la plupart du temps communs. Un logiciel dénommé eSMAF permet la saisie de l'évaluation, fournit le profil et génère un tableau d'accompagnement individualisé qui illustre les fonctions pour lesquelles la personne est autonome et le niveau d'aide requis pour les fonctions atteintes.

L'utilisation du SMAF a pour fonction de développer des mesures et actions collectives, à la fois sanitaires et pénitentiaires, pour répondre de façon adéquate aux besoins de la population concernée. Ainsi, pour la catégorie dite « atteinte aux tâches domestiques » des actions d'éducation pour la santé autour de la nutrition pourraient

¹⁰² LACOMBLEZ Laëtizia, GUERRE Maryline, *Vieillesse de la population carcérale et handicap*, Centre pénitentiaire de Liancourt, septembre 2012, 32 pages.

¹⁰³ Annexe 5.

être développées pour limiter l'apparition ou l'aggravation de pathologies en rapport avec l'hygiène alimentaire. Pour les catégories en lien avec des problèmes de mobilité, l'adaptation matérielle des conditions de détention semble opportune. « Le SMAF s'est avéré un outil efficace pour faire l'évaluation de la population ciblée. C'est un instrument facile d'utilisation pour tout intervenant préalablement formé¹⁰⁴, [il] apparaît adapté à la réalité carcérale et aux particularités de prise en charge sanitaire et médicosociale de la population détenue¹⁰⁵. »

En effet, cet outil permet une évaluation rapide, environ 15 minutes suffisent pour son utilisation optimale. De plus, l'informatisation de l'outil facilite le recueil des données de l'évaluation et génère un tableau visuel de l'autonomie et du niveau d'aide requis. L'équipe soignante de l'UCSA peut ainsi s'appuyer sur des données fiables pour déterminer les actions à mener et suivre l'évolution du sujet dans le temps. « La démarche d'évaluation avec le SMAF et le logiciel eSMAF facilitera ultérieurement la réévaluation des situations ce qui permettra d'évaluer le résultat des actions entreprises et de prévoir l'évolution d'une situation de handicap¹⁰⁶. »

C- Le SMAF, un outil d'avenir

Le meilleur moment pour mener cette évaluation pourrait être le temps du passage au quartier arrivant. Si l'on souhaite qu'une réelle prise en charge du handicap en prison soit proposée, il faut qu'une évaluation de celui-ci soit réalisée auprès de tous les détenus entrants quels que soient leur âge et la durée de peine à accomplir. L'évaluation initiale de l'autonomie fonctionnelle de tous les détenus doit en effet

¹⁰⁴ GERVAIS Pauline, SANNIER Olivier, TOUSIGNANT Michel, MANAOUIL Cécile, HEBERT Réjean, *Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)*, op.cit., p.668.

¹⁰⁵ GERVAIS Pauline, SANNIER Olivier, TOUSIGNANT Michel, MANAOUIL Cécile, HEBERT Réjean, *Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)*, op.cit., p.666.

¹⁰⁶ *Ibid.*

devenir automatique. Ce repérage pourra ainsi « contribuer à l'organisation du parcours du détenu en milieu carcéral en évitant la confrontation à des situations d'urgence¹⁰⁷. » Il semble adapté que cette identification par l'utilisation du SMAF soit incluse dans le processus arrivant. Cet outil pourrait ainsi être ajouté dans le CEL au même titre que la grille d'évaluation du suicide. Les résultats du SMAF seraient ainsi accessibles aux différents personnels et pourraient être consultés et utilisés lors de la première CPU qui définit les orientations pour les arrivants. Le partage avec l'administration pénitentiaire des données sanitaires et non médicales du SMAF permettrait d'engager toutes les parties dans cette prise en charge et contribuerait à favoriser une démarche pluridisciplinaire en la matière.

Des propositions pourraient ainsi être soumises à l'administration pénitentiaire et au détenu en situation de handicap et de perte d'autonomie, lors de la CPU, en partie en fonction des résultats de l'évaluation SMAF. On pense ici à l'affectation en cellule en fonction de l'adaptation des locaux mais aussi, d'un point de vue matériel, de la possibilité d'installer des barres d'appui dans les toilettes ou dans la douche le cas échéant. Les demandes d'AAH et d'APA pourraient être également entreprises dès le stade de la CPU afin de permettre le déploiement des démarches nécessaires dans un laps de temps très rapide à la suite du début de l'incarcération. L'attribution des subventions découlant de ces prestations sociales devrait ainsi permettre la venue d'auxiliaires de vie ou d'aides médico-psychologiques nécessaires à la prise en charge sanitaire. Si l'état de santé de la personne détenue paraît durablement incompatible avec son maintien en détention une suspension médicale de peine pourrait être demandée auprès des magistrats compétents.

Le repérage permis par cet outil contribue à apporter dès le début de l'incarcération un soutien pour agir sur le handicap et la perte d'autonomie résultante. L'évaluation SMAF est proposée à toute personne entrant au Centre pénitentiaire de Liencourt. Il nous semblerait utile d'institutionnaliser ce processus en généralisant cette démarche à l'ensemble des structures pénitentiaires du territoire afin de mettre en place une procédure uniforme d'identification du handicap pour tous les établissements.

¹⁰⁷ *Ibid.*

§2- Les missions complémentaires du personnel pénitentiaire et médical

La collaboration du personnel pénitentiaire avec l'équipe médicale se révèle souvent compliquée au regard des missions de chacun qui peuvent sembler de prime abord antagonistes. Toutefois, l'administration pénitentiaire comme l'équipe soignante est chargée de garantir des conditions dignes à la personne détenue¹⁰⁸. La prise en charge des personnes en situation de handicap est ainsi une responsabilité partagée par l'administration pénitentiaire (B) qui assure l'hébergement et par le service médical via l'UCSA (A) qui dispense les soins¹⁰⁹. Créer un partenariat entre ces deux services est essentiel dans le cadre du suivi de la personne en détention.

A- Le rôle du personnel médical

Le personnel médical de l'UCSA¹¹⁰, tout comme le personnel de surveillance, doit contribuer à maintenir voir à améliorer l'autonomie de la personne détenue souffrant de handicap dans le respect et la dignité. Les missions des personnels de l'UCSA sont toutefois plus particulièrement orientées vers le soin au regard de la nature de leur profession. Les tâches qui leur incombent sont néanmoins vastes. En effet, ils doivent déterminer le niveau d'incapacité ou de handicap des personnes suivies, en premier lieu lors de la consultation imposée par le passage au quartier arrivant ; cette évaluation pouvant être effectuée en se référant à la grille SMAF comme évoqué précédemment. Les personnels soignants ont également à charge de dépister et d'évaluer la vulnérabilité et les besoins vitaux des personnes suivies, ils doivent leur

¹⁰⁸ SANNIER Olivier, DANJOUR David, TALAMONI Yannick, *Maintenir l'autonomie, un enjeu de la prise en soins des détenus âgés*, in Soins Gérontologie, Mars-Avril 2011, n°88, p33.

¹⁰⁹ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Paris.2004

¹¹⁰ La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a transféré la prise en charge médicale des personnes détenues de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier avec la création des UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires). Plusieurs missions incombent aux UCSA : assurer les soins en milieu pénitentiaire, préparer le suivi sanitaire à la sortie de prison et coordonner des actions de prévention et d'éducation à la santé. Les UCSA sont des unités d'établissements hospitaliers. Un protocole, signé par le directeur de la prison et le directeur de l'hôpital, sous l'égide des autorités régionales, précise les règles d'organisation et de fonctionnement.

assurer une bonne hygiène mais aussi dépister et prévenir les troubles fonctionnels. Si le temps et les moyens leur permettent, ils peuvent également assurer des missions d'éducation à la santé afin de limiter une dégradation de l'état des personnes incarcérées dont l'hygiène de vie est souvent insuffisamment satisfaisante.

Le personnel médical doit chercher à dépister les syndromes dépressifs et de décompensation tout en cherchant à prévenir le risque suicidaire et le risque de violence. Cette mission doit être menée en collaboration avec le personnel de l'administration pénitentiaire par un échange d'informations basé sur des relations de confiance dans un objectif commun concourant à une prise en charge éclairée et adaptée des personnes placées sous main de justice afin de leur garantir des conditions de détention autant que faire se peut le plus en adéquation avec leur personnalité et leur profil. Cet échange d'informations a lieu prioritairement lors de la CPU, et plus particulièrement lors de la commission de prévention du suicide qui fait intervenir différents acteurs. Toutefois, lorsque la situation paraît urgente, l'échange est souvent plus informel et consiste généralement en une information orale permettant d'alerter sur la situation particulière d'une personne suivie.

Le service médical a également pour fonction de prescrire des traitements et du matériel ainsi que des produits spécifiques aux personnes détenues pour permettre une adaptation du matériel en détention au handicap de la personne. Il peut s'agir par exemple d'un appareil auditif, d'un lit ou d'un matelas médicalisé mais aussi d'un fauteuil roulant, de béquilles ou de cannes rendues nécessaires par une perte d'autonomie temporaire ou permanente. Toutefois, le chef d'établissement peut s'opposer à la délivrance de certains produits ou matériels pour des raisons d'ordre et de sécurité¹¹¹. La configuration de certains établissements peut aussi empêcher de pouvoir bénéficier de certains appareillages, comme un lit médicalisé par exemple. Une collaboration apparaît ainsi essentielle entre le médecin de l'UCSA et le chef

¹¹¹ L'article D.273 du CPP dispose que « Sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité, un détenu peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux. »

d'établissement pour pouvoir expliquer, le cas échéant, les raisons précises d'un refus relatif à la mise en place d'un matériel adapté pour une personne handicapée. Un échange entre ces deux personnes permettra ainsi d'envisager des solutions alternatives, comme une demande de transfert, une hospitalisation vers l'UHSI ou encore une demande de suspension médicale de peine. Le matériel et les produits sollicités doivent dans tous les cas avoir fait l'objet d'une prescription médicale. La prise en charge de ces équipements par la Sécurité sociale dépend de son inscription ou non sur la liste des produits et prestations remboursables. La prise en charge financière des frais non couverts par l'assurance maladie ou la mutuelle de ces produits ou matériels peut être intégrée dans le plan d'aide élaboré lors de la demande de prestation sociale.

Un partenariat positif pour la personne détenue doit également reposer sur un échange d'informations à caractère sanitaire, sous réserve du consentement éclairé de la personne, avec le personnel pénitentiaire pour permettre des aménagements spécifiques de ses conditions de détention et pour permettre une prise en charge globale. L'échange d'information à caractère sanitaire peut toutefois venir en opposition avec le secret professionnel auquel est astreint le personnel médical. Il convient alors de trouver un compromis, pouvant s'appuyer sur la notion de secret partagé, dans l'intérêt même de la personne détenue prise en charge. « Toute information de nature médicale est strictement soumise au secret professionnel. Cependant, ne pas transmettre aux agents pénitentiaires des données sanitaires peut amener à contrevenir à une pratique éthique du soin : la conservation d'information peut, par exemple, priver la personne détenue d'aménagements spécifiques de ses conditions de détention qui seraient pourtant nécessaires¹¹². » L'échange d'informations entre personnel soignant et pénitentiaire peut ainsi reposer sur des constatations médicales, et non des données médicales, afin de préserver le secret professionnel tout en permettant un suivi pluridisciplinaire et cohérent de la personne prise en charge par l'institution pénitentiaire.

¹¹² SANNIER Olivier, DANJOUR David, TALAMONI Yannick, *Maintenir l'autonomie, un enjeu de la prise en soins des détenus âgés*, op.cit., p33.

B- Le rôle du personnel de surveillance

Des modalités de coordination et de coopération doivent être établies entre les différents professionnels à travers une démarche de construction de compromis et de négociation car les logiques pénitentiaire et sanitaire sont censées inscrire dans des positions conflictuelles les surveillants et les soignants. Une anecdote de stage abondant en ce sens peut ainsi être rapportée concernant une personne détenue ayant des difficultés à se mouvoir qui ne pouvait se lever d'elle-même de son lit. Le personnel de surveillance considérait qu'il s'agissait d'une mission incombant au personnel médical et vice versa, ce qui aboutissait à un statu quo, personne ne se considérant compétent pour réaliser cette tâche. Un conflit de représentation peut naître lorsque les agents veulent venir en aide aux personnes détenues handicapées pour des tâches du quotidien. Agissent-ils encore en tant que personnel de surveillance dans cette hypothèse ou sont-ils dans une posture quasi médicale ? Quelle signification faut-il donner à cette relation aidante ? « Le rapport [du surveillant] est ambivalent, pris à la fois entre l'affirmation d'une position idéologique sur le métier qui revendique une distance face aux soins et la relation quotidienne aux détenus centrée sur la réponse à leurs besoins dans une dynamique de négociation et d'échange. »¹¹³

Il ne faut pas occulter que les personnels de surveillance ont un réel rôle à jouer dans le rapport à la santé des personnes détenues, qui s'inscrit dans une logique pénitentiaire et non pas seulement médicale. En effet, si l'administration pénitentiaire doit accomplir une mission de garde des personnes incarcérées, il ne faut pas oublier que celle-ci ne recouvre pas seulement la notion de surveillance mais aussi un objectif de protection des personnes détenues et par là même de préservation de leur santé. Les agents doivent contribuer à satisfaire les besoins essentiels des personnes incarcérées par l'accès aux soins, à l'alimentation et aux rappels élémentaires d'hygiène. Toutes ces tâches contribuent à la préservation de l'état de santé des personnes détenues et inscrivent les surveillants « dans une relation de service aux détenus et c'est à l'occasion de ces services rendus que les surveillants obtiennent la coopération des détenus, qu'ils

¹¹³ LHUILIER Dominique, *Santé, soins et emprise carcéral*, op. cit.

s'assurent de la tranquillité de la détention. »¹¹⁴ De plus, le personnel de surveillance joue un rôle indispensable d'intermédiaire entre le service médical et les personnes incarcérées en les accompagnant jusqu'à l'UCSA, en les prenant en charge et en facilitant l'échange d'informations avec ce service.

Toutefois, la prise en charge des personnes détenues handicapées n'est pas forcément aisée car « les surveillants tentent de construire des barrières de distinction entre les détenus et eux et, [ils sont] déstabilisés par les prisonniers malades qui suscitent plus la compassion que la méfiance. »¹¹⁵ En effet, si un détenu est perçu comme transgressif, une personne handicapée est perçue comme déficitaire, ce qui crée une antinomie et complexifie par conséquent les relations surveillants-détenus. Il apparaît ainsi indispensable de mettre en place des sessions de formation pour les agents afin de les informer sur la prise en charge la plus adéquate de ce public spécifique. En effet, le rôle de suivi au quotidien doit être encore plus poussé s'agissant des personnes handicapées qui représentent un public souvent effacé en détention (personnes polies, posant peu de problèmes) d'où un risque de passage à l'acte plus important sans qu'un repérage n'ait pu être fait en amont. Les personnels doivent ainsi mettre des éléments pertinents dans le CEL¹¹⁶ dans le cadre de la lutte contre le suicide et l'isolement. Ils doivent également ne pas négliger les fouilles, ces personnes pouvant être des « mules » potentielles. La mise en place de rondes d'ambiance, comme cela se fait déjà dans certains établissements, permet d'inciter les agents à mettre des informations dans le CEL et à repérer un éventuel changement de comportement de la personne (agressivité soudaine, repli sur soi, oisiveté, manque de dynamisme...). Le personnel de surveillance joue par conséquent un triple rôle au regard de la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap: un rôle dans le rapport à la santé de ces personnes, un rôle d'intermédiaire avec le personnel médical et enfin un rôle de suivi au quotidien. Ces missions apparaissent ainsi complémentaires de celles exercées par le personnel médical.

¹¹⁴ LHUILIER Dominique, *Santé, soins et emprise carcéral*, *op. cit.*

¹¹⁵ Allocution de Marc Bessin, sociologue, chercheur au CNRS, Colloque « Santé en prison ». Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? 7 décembre 2004.

¹¹⁶ Cahier Electronique de Liaison

Section 2 : Développer une politique globale de prise en charge de ce public

Afin d'envisager une politique globale de prise en charge des personnes détenues en situation de handicap, deux axes d'amélioration peuvent être envisagés. La première piste de réflexion se porte sur la création d'unités spécifiques pour accueillir ce public (§1), la deuxième tend à encourager l'intervention de professionnels de la dépendance et du handicap en milieu carcéral (§2).

§1- Vers la mise en place d'unités spécifiques ?

Le public que représentent les personnes détenues atteintes de pathologies invalidantes pose la question de la mise en place d'établissements et de quartiers spécifiques destinés à accueillir cette population. Si les cellules pour personnes à mobilité réduite existent dans de nombreux établissements, hors la cellule, la circulation de ces personnes peut être entravée par l'existence d'escaliers qui compliquent là, l'accès aux parloirs, ou ailleurs celui aux salles d'activité. En outre, dans certains établissements de construction récente, si les cellules pour personnes à mobilité réduite sont situées au rez-de-chaussée d'une des ailes de la détention, l'UCSA peut avoir trouvé sa place au premier étage. Un suivi médical n'est pas dans cette configuration aisé à assurer. Les personnes détenues évoquent également parfois un sentiment de peur : peur de la confrontation à la violence, peur d'une population qui est majoritairement jeune, peur d'aller en cour de promenade. La notion d'ennui est également mise en avant parce que l'activité professionnelle ne leur est pas accessible et que les activités mises en place ne sont pas en adéquation avec leur handicap. Une réponse possible à ces difficultés est la création d'établissements spécifiques regroupant exclusivement ces personnes détenues dans un espace conçu sur le plan architectural en fonction de leur pathologie, avec une organisation de la vie en détention qui soit adaptée. La mise en place d'un personnel dédié et préalablement formé à ce public permettrait de favoriser un accompagnement approprié de ces personnes sur le temps de leur peine. L'uniformité du public accueilli contribuerait également à lutter contre le sentiment de peur et d'isolement vécu par ces personnes décrites généralement

comme un public relativement vulnérable. La prise en charge de ces personnes détenues ne pourrait alors qu'en être améliorée.

Toutefois, ce choix aurait en contrepartie des conséquences négatives qui ne peuvent être occultées. En effet, la création d'établissements spécifiques ne peut se traduire que par un nombre de structures limité. La dimension du maintien des liens familiaux en serait alors gravement affectée, obligeant les familles à effectuer un nombre important de kilomètres pour se rendre aux parloirs et limitant de fait le nombre de visites. Pour cette population fragilisée, un handicap supplémentaire se ferait alors jour : l'amputation de liens familiaux réguliers. Un autre inconvénient qui peut être mis en lumière est celui de l'image véhiculée par ces établissements étiquetés dépendance ; le reflet d'une prison « mouvoir » où ne se côtoieraient que des personnes à mobilité réduite. Ces personnes vivraient en quelque sorte une double exclusion, celle de l'enfermement et celle de leur handicap à travers leur mise à l'écart institutionnalisée. Cette ségrégation d'un public spécifique, incompatible avec la notion de vivre ensemble au fondement de notre société, ne paraît par conséquent pas pleinement satisfaisante. D'autant plus que transformer la prison en un lieu de soin ou de prise en charge de la dépendance poserait alors un problème de définition de cette structure.

Plus ambitieuse peut être serait l'idée de maintenir ces personnes détenues dans le droit commun des établissements pénitentiaires en adaptant ces lieux à la présence de personnes dont la mobilité physique est restreinte. Il s'agirait alors de prendre pleinement en compte le fait que l'organisation de la vie en détention peut être différente selon l'âge des personnes détenues ou leur état de santé. L'objectif essentiel doit demeurer de protéger ces personnes tout en ne les excluant pas d'une vie, celle d'un groupe social, qui ressemble à celle de l'extérieur avec ses différences, source le plus souvent de richesses. L'organisation de la prise en charge médicale dans les établissements doit aussi être repensée; elle peut parfois ne pas être adaptée à l'évolution de la population pénale.¹¹⁷

La démarche doit consister à faciliter l'intégration de ces personnes par une politique volontariste, s'inspirant du dispositif ayant abouti à la création des quartiers

¹¹⁷ DELARUE Jean-Marie, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2011, Paris, in Dalloz 2012, p. 135-143.

arrivants, en favorisant la mise en place d'ailes ou de quartiers spécifiques. La prise en charge de ces personnes peut être encore plus ambitieuse en ciblant plus particulièrement des établissements sur le territoire comme étant davantage à même d'accueillir ce public, sur le modèle des établissements identifiés AICS¹¹⁸. Dans ces établissements pénitentiaires il faudra alors instaurer un véritable projet de vie/d'établissement pour la structure et ne pas seulement se contenter de créer une aile pour protéger ces personnes identifiées comme plus vulnérables. Un personnel formé et volontaire devra être affecté dans ces structures et le développement d'activités adaptées devra être pensé en collaboration avec le SPIP, le personnel médical et les acteurs institutionnels du handicap.

§2- L'intervention de professionnels du handicap et de la dépendance

L'aide apportée aux personnes détenues handicapées est très souvent assurée par des codétenus faisant peser des risques relatifs aux pressions induites par leur bénévolat (A). Afin de lutter contre tout risque éventuel de chantage et pour assurer une prise en charge adaptée, il semble préférable d'avoir recours à une tierce personne habilitée et formée pour assurer cet accompagnement (B).

A- Les risques induits par la sollicitation de non-professionnels

Dans les établissements, la prise en charge des détenus les plus fragiles revient le plus souvent aux codétenus. Toutefois, un risque d'arbitraire existe quand un codétenu, qui n'est soumis à aucune déontologie professionnelle, est sollicité ; il peut aussi bien apporter son concours à la personne handicapée que profiter de sa faiblesse. On constate également que les personnes détenues affectées au service général, appelés les auxiliaires, font souvent office de tierce-personne ou d'aide-ménagère. Cette situation n'est pas acceptable en raison du risque de chantage et, de l'absence de formation adaptée ne permettant pas de respecter suffisamment la dignité de la personne devenue dépendante. L'intervention d'un codétenu ou d'un auxiliaire d'étage pour venir en aide

¹¹⁸ Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel.

à une personne handicapée ne semble par conséquent aucunement satisfaisante en ce qu'elle expose à un conflit d'intérêt, à des dérives éventuelles basées sur un abus de faiblesse, auquel s'ajoute un risque d'intrusion dans l'intimité de la personne.

La loi pénitentiaire de 2009 est venue garantir aux personnes détenues en situation de handicap le droit de désigner un aidant de leur choix chargé de les assister pour les actes de la vie quotidienne¹¹⁹. Cette possibilité est toutefois limitée aux personnes détenues « se trouvant durablement empêchées, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elles-mêmes des gestes liés à des soins prescrits par un médecin »¹²⁰. Lorsque ces conditions sont remplies, le choix de l'aidant est libre et il peut notamment s'agir d'un membre de la famille ou d'une autre personne détenue. Le chef d'établissement dispose toutefois de la possibilité de s'opposer au choix de l'aidant par une décision spécialement motivée par des facteurs liés à la sécurité des personnes ou au maintien de l'ordre au sein de l'établissement. Les personnes désignées doivent recevoir « de la part d'un professionnel de la santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes [requis] pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier »¹²¹. Dès lors que les conditions fixées par la loi pénitentiaire ne sont plus remplies, le principe du libre choix de l'aidant disparaît et aucune obligation de formation n'est prévue en cas de recours à un codétenu. On constate, en pratique, que cette disposition de la loi pénitentiaire demeure avant tout symbolique. En effet, les conditions très restrictives d'application du texte (limitations fonctionnelles des membres supérieurs, en lien avec un handicap physique, empêchant d'accomplir des gestes liés à des soins prescrits par un médecin) rendent son effectivité quasi nulle. Et si bien même une telle situation se faisait jour, faudrait-il encore que le

¹¹⁹ L'article 50 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 dispose que « Toute personne détenue se trouvant dans la situation de handicap prévue par l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique a le droit de désigner un aidant de son choix. L'administration pénitentiaire peut s'opposer au choix de l'aidant par une décision spécialement motivée ».

¹²⁰ Article L.111-6-1 du code de la santé publique.

¹²¹ *Ibid*

chef d'établissement accepte qu'un membre de la famille se rende en détention, quasi quotidiennement, pour assurer cette aide, après avoir été formé à cette fin par un personnel médical de l'UCSA. Au regard des risques inhérents pour la sécurité de l'établissement, cette décision risquerait d'être mise en échec.

B- Une prise en charge adaptée par le recours à une tierce personne

En principe et afin d'éviter la sollicitation d'un codétenu, le recours à une tierce personne s'impose pour les actes qui relèvent de l'intimité de la personne¹²². La note DAP du 21 juillet 2003 expose ainsi que « L'intervention d'une tierce personne en détention pour assurer la prise en charge de la personne dépendante doit s'organiser dans le respect des compétences professionnelles. Le concours d'un personnel infirmier, aide soignant ou auxiliaire de vie permet de proposer une prise en charge adaptée, facilite l'intervention et le travail des personnels pénitentiaires et évite le recours systématique au codétenu, en particulier pour tous les actes qui relèvent de l'intimité de la personne. Dans quelques établissements, des conventions sont déjà signées avec une association de maintien à domicile¹²³. ». A ce titre, dans certains établissements, le soutien d'une association d'aide à domicile permet aux détenus dépendants de bénéficier de l'intervention d'une aide médico-psychologique pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne ne relevant pas du soin. La signature d'une convention entre le directeur de l'établissement et le DSPIP d'une part et une association de services pour le maintien de vie à domicile d'autre part permet de répondre aux besoins des personnes détenues en perte d'autonomie pour les problèmes d'hygiène de la cellule, d'aide à la toilette, d'aide à la mobilité et de surveillance de l'observance thérapeutique en accord avec l'UCSA. Au Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne, une convention a été signée entre le centre pénitentiaire, le SPIP et l'ADMR¹²⁴ aux fins d'encadrer l'intervention

¹²² Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

¹²³ Note DAP du 21 juillet 2003 n°00492 sur la prise en charge des personnes dépendantes.

¹²⁴ L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est une fédération d'associations qui offre des services à domicile principalement aux personnes âgées, handicapées et aux familles.

d'auxiliaires de vie au sein de l'établissement. Dans un autre centre pénitentiaire, une convention a été signée entre le centre communal d'action sociale de la ville (CCAS), l'établissement pénitentiaire et le SPIP afin d'évaluer les besoins des personnes détenues au regard de leur capacité d'autonomie. Les prestations des intervenants sont alors financées par le centre communal d'action sociale.

Pour permettre aux personnes détenues handicapées de bénéficier du concours d'auxiliaires de vie en détention, le Contrôleur général recommande ainsi qu'une convention tripartite soit signée entre les établissements pénitentiaires, les SPIP et l'organisme intervenant au titre de l'aide à domicile afin de déterminer les modalités pratiques d'intervention¹²⁵. Les établissements pénitentiaires sont invités à prendre contact avec des services extérieurs de soins à domicile (association de maintien à domicile, auxiliaires de vie, infirmiers libéraux...) afin de préparer une convention concrétisant les modalités d'intervention de tierces personnes tout en intégrant les obligations induites par les contraintes pénitentiaires. En pratique ce type de convention demeure rare, si bien que ce rôle d'assistance reste encore souvent assumé par des codétenus en dépit des risques de dérives préalablement énoncés.

L'intervention d'un auxiliaire de vie extérieure facilite le quotidien des personnes dépendantes, mais il n'est pas toujours évident de recruter ces personnes. Pour pallier cette difficulté, au centre pénitentiaire de Liancourt, l'UCSA a sollicité l'intervention d'aides-soignants directement recrutés par le centre hospitalier de rattachement. Ainsi, depuis mars 2010, deux aides-soignants interviennent à temps plein auprès des personnes dépendantes. Ils complètent l'action de l'aide médico-psychologique détachée du centre hospitalier psychiatrique de rattachement et chargée d'intervenir auprès des personnes détenues dites vulnérables¹²⁶. Le rôle de l'aide soignant est très vaste, il réalise des soins dans la cellule de la personne et accompagne les personnes ayant perdu une partie de leur autonomie. Il s'agit essentiellement de

¹²⁵ DELARUE Jean-Marie, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2011, op. cit., p.143.

¹²⁶ SANNIER Olivier, DANJOUR David, TALAMONI Yannick, *Maintenir l'autonomie, un enjeu de la prise en soins des détenus âgés*, op.cit., p32.

personnes détenues paraplégiques, hémiplegiques, amputés, aveugles et de personnes âgées à mobilité réduite.

La présence quotidienne des aides-soignants favorise la mise en place d'une relation privilégiée avec ces personnes détenues qui sont souvent relativement isolées en détention en raison de leur handicap. L'intervention de ce personnel encourage le maintien de l'autonomie tout en contribuant à préserver l'estime de soi et améliore leur quotidien. Cette démarche permet de dégager du temps pour le personnel médical de l'UCSA tout en leur assurant une information sur l'évolution des personnes prises en charge. Cette collaboration favorise la connaissance de la situation des personnes en situation en handicap dont les éléments pourront être partagés lors des CPU. « Le personnel soignant est ainsi en mesure de faire diverses observations et de repérer les difficultés qu'ils rencontrent. Toutes ces informations sont ensuite transmises à l'équipe de l'UCSA, représentant un véritable outil pour repenser et adapter au mieux la prise en charge sanitaire¹²⁷. » Le suivi quotidien par un aide-soignant permet également de faciliter le repérage d'un état dépressif ou suicidaire de la personne améliorant par conséquent la réactivité des personnels. Le centre pénitentiaire de Liancourt, site pilote en la matière, a su développer une véritable prise en charge adaptée. Au regard de la réussite de ce dispositif, il est à souhaiter que celui-ci soit amené à être développé dans d'autres structures pénitentiaires.

¹²⁷ *Ibid*

CONCLUSION

La présence de personnes détenues en situation de handicap ou de dépendance constitue une réalité de plus en plus présente au sein des structures pénitentiaires en raison à la fois du vieillissement de la population pénale et de l'allongement des peines prononcées et exécutées¹²⁸. Face à ce constat, l'administration pénitentiaire se doit de réagir pour assurer à ces personnes des conditions de détention conformes au respect et à la dignité humaine. Cette action ne peut faire l'économie d'une réflexion autour du sens de la peine. La définition d'une prise en charge adaptée doit s'opérer autour d'enjeux aussi bien éthiques que d'enjeux de coopération et de coordination entre personnels pénitentiaires et professionnels du soin.

L'institution carcérale a su se saisir de cette problématique à travers des avancées significatives tenant compte des besoins de ce public spécifique. A ce titre, nous ne pouvons que nous féliciter des démarches architecturales d'ors et déjà entreprises pour faciliter l'accessibilité de ces personnes en détention auquel s'ajoute la création de cellules aménagées améliorant ainsi grandement le confort de vie de ces personnes dont l'incarcération se solde généralement par une vulnérabilité accrue.

Des efforts peuvent encore toutefois être accomplis pour permettre une prise en charge pleinement satisfaisante. A ce titre, il faut saluer les dispositifs mis en œuvre de façon précurseur par de nombreux établissements pour favoriser un accompagnement adapté de ce public. La mise en place de la grille SMAF permet ainsi de faciliter l'identification et le repérage des personnes en situation de handicap dès le début de leur incarcération. La signature de conventions partenariales entre le chef d'établissement, le SPIP, la CAF et la MDPH favorise également l'information et l'accès aux droits sociaux pour les personnes qui seraient potentiellement éligibles à ces dispositifs. Toutes ces démarches locales, qui ont fait leurs preuves, méritent d'être transposées à l'ensemble des structures pénitentiaires dans une perspective d'homogénéisation des pratiques pour mettre fin aux disparités entre établissements.

¹²⁸ « La durée moyenne sous écrou est passée de 8,4 mois en 2007 à 10,2 mois en 2012. » Pierre-Victor TOURNIER, chercheur au CNRS, Libération, Mardi 18 juin 2013.

En outre, une réflexion plus globale peut être engagée autour de la mise en place d'établissements repérés pour accueillir les personnes handicapées, à l'instar des établissements identifiés AICS. Un projet d'établissement, construit autour d'un travail partenarial, sous l'impulsion du DSP, devra servir de ligne conductrice pour penser la façon d'organiser cette structure. Pour cela, le chef d'établissement devra engager une démarche pluridisciplinaire en s'entourant à la fois des conseils avisés et de l'expertise apportée par le personnel médical, le personnel d'insertion et de probation mais aussi par les acteurs extérieurs de la prise en charge du handicap. Un véritable parcours d'exécution des peines devra être pensé autour de la mise en œuvre d'activités adaptées avec la réunion régulière de commissions pluridisciplinaires permettant un suivi régulier de ces personnes et cela, afin de se pencher sur l'évolution de leur comportement en détention, d'évoquer leur état de santé, d'anticiper un risque suicidaire et d'échanger sur tout élément utile pour contribuer à une détention la plus apaisée et respectueuse possible. Une sensibilisation et une formation des équipes pénitentiaires¹²⁹ à la question du handicap contribueront également à améliorer de façon notable la prise en charge de ce public.

Tous ces éléments permettront d'accueillir dignement ce public particulier, de permettre un meilleur repérage de leurs besoins et surtout, d'insuffler du sens à la peine exécutée dans une logique de personnalisation et d'individualisation du parcours en détention qui doit guider la prise en charge de toute personne détenue, quelle soit valide ou handicapée.

¹²⁹ Un module sur le vieillissement de la population pénale et le handicap est d'ors et déjà prévu dans le cadre de la formation initiale assurée à l'ENAP aux élèves lieutenants et aux élèves directeurs des services pénitentiaires.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires

BARTHELEMY Marion, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les établissements pénitentiaires*. Mémoire : 39^e promotion de directeur, Agen : ENAP, 2011, 114 pages.

CADORET Delphine, *La prise en charge des détenus handicapés physiques*. Mémoire : 10^e promotion de CPIP, Agen : ENAP, 2006, 104 pages.

DAGAIN Caroline, *L'adaptation pénitentiaire de la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap*. Mémoire : 40^e promotion de directeur, Agen : ENAP, 2012, 129 pages.

JUSSELME Céline, *Vieillesse en prison, le premier âge de la réflexion*. Mémoire : 32^e promotion de directeur, Agen : ENAP, 2003, 75 pages.

Rapports

DELARUE Jean-Marie, *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2011*, Paris, in Dalloz 2012, p. 135-143.

DELARUE Jean-Marie, *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2012*, p.236-248.

LACOMBLEZ Laëtitia, GUERRE Maryline, *Viellissement de la population carcérale et handicap*, Centre pénitentiaire de Liancourt, septembre 2012, 32 pages.

Ouvrages

GOFFMAN Erwin, *Asiles*, Edition de minuit, Collection le sens commun, 1968, 447 pages.

Le guide du prisonnier, Observatoire International des Prisons, Edition La découverte, 2012, 702 pages.

Articles

BOGAARD Claire, *Handicapé et incarcéré : une double peine ?*, in *Le Passe-Muraille*, Janvier-Février 2011, n°28, p 69-71.

CHAUVENET Antoinette, « *Les prisonniers* » : *construction et déconstruction d'une notion*, in *Pouvoirs-135*, 2010, p 41-52.

DESESQUELLES Aline, *Le Handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur*, Insee Premiere, juin 2002, n°854.

DESESQUELLES Aline, *Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation en population générale ?*, *Population*, 2005, n°1-2.

DORDONNE Bernard, « *Première nationale à la Maison d'arrêt- Prison pilote pour les détenus aveugles ou malvoyants* », *L'Union*, samedi 24 mars 2012.

GERVAIS Pauline, SANNIER Olivier, TOUSIGNANT Michel, MANAOUIL Cécile, HEBERT Réjean, *Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)*, *La Revue de Gériatrie*, Tome 35, n°9 novembre 2010.

GHIZZONI Nathalia, *Qu'est ce que le handicap ?* in *Les droits des personnes détenues*, ESF, 2006, p.11-18.

GIACOPELLI Muriel, *Les conditions de détention d'une personne détenue handicapée doivent être durablement compatibles avec l'état de santé*, *AJ Pénal*, mai 2009.

HERZOG-EVANS Martine, *L'inadaptation des établissements pénitentiaires au handicap : le juge judiciaire thérapeute ?*, AJ Pénal, mars 2009.

HERZOG-EVANS Martine, *Conditions inhumaines de détention, handicap et aveu : de nouvelles orientations jurisprudentielles pour la chambre criminelle ?*, AJ pénal, février 2010.

HIRSH Emmanuel, *Expérience d'une disqualification*, in Journal des psychologues, Octobre 2011, n°291, p.17-37.

HORFF-SAUSSE Simone, *Le sujet handicapé : un sujet « hors norme » ?*, in Journal des psychologues, Octobre 2011, n°291, p.29-33.

LHUILIER Dominique, *Santé, soins et emprise carcérale*, in Santé et Expérience de soins : de l'individu à l'environnement sociale, dirigé par Pierre CHAUVIN et Isabelle PARIZOT. Paris : Vuibert, 2005. 292 pages.

RAVAUD Jean-Pierre, MORMICHE Pierre, *Santé et Handicap, causes d'inégalités sociales*, in Comprendre, 2003, p.87-106

RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1ere partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion*, in Revue de sciences humaines et sociales, n°86-2000, p1-17.

RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2ere partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap*, in Revue de sciences humaines et sociales, n°87-2000, p1-17.

SANNIER Olivier, DANJOUR David, TALAMONI Yannick, *Maintenir l'autonomie, un enjeu de la prise en soins des détenus âgés*, in Soins Gérontologie, Mars-Avril 2011, n°88, p31-33.

SANNIER Olivier, NOEL Etienne, De Crouy-Chanel Myriam, *Les aménagements de peine pour raison médicale approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre*, in AJ Pénal, Juillet-Aout 2010, p.318-322.

STIKER Henri-Jacques, GAULLIER Xavier, *Dépendance, vieillesse, handicap : quelle politique sociale ?*, Esprit. 2003/12, p.60-77.

Incapacité et handicap en prison non-assistance à personne dépendante, in Dedans-Dehors, avril 2008, n°65, p.25-28.

L'AFP propose neuf amendements au projet de loi pénitentiaire, in Actualités sociales hebdomadaires, n°2603, 3 avril 2009, p.26.

Des prisons inadaptées au handicap, in Dedans-Dehors, n°76, Mars-avril 2012, p.31.

Les prestations aux personnes handicapées, in Actualités sociales hebdomadaires, 7 septembre 2012, n°2773.

Comprendre la déficience motrice, in Site internet Handipole, <http://www.handipole.org/spip.php?article1043> (page consultée le 29/03/12)

Législation/Réglementation

Loi du 30 juin 1975 n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi du 20 juillet 2001 n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Loi du 11 février 2005 n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

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

Décret du 29 juin 2005 relatif à l'allocation aux adultes handicapés

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

Note DAP du 21 juillet 2003 n°00492 sur la prise en charge des personnes dépendantes.

Site Internet LEGIFRANCE : www.legifrance.gouv.fr

Jurisprudence

CEDH, 24 octobre 2006, requête n°6253-03, in AJ Penal décembre 2006, n°12/2006.

CEDH, 24 octobre 2006, Vincent c/France, in AJ Penal 2006. 500.

Cour de cassation, crim, 7 janvier 2009, pourvoi n°08-83.364, in AJ Penal, mai 2009, n°5, p.236-237.

Cour de cassation, crim, 25 novembre 2009, n° 09-82.971, in AJ Penal, février 2010, n°2, p.90-91.

CAA de Douai, 12 novembre 2009, n°09DA00782, in AJ Penal, février 2010, n°2, p.91-93.

CAA de Douai, 15 juin 2010, n°09DA00256, in AJDA 2010, p.1897.

CAA de Paris, 5 juillet 2012, n°12PA00066.

TA d'Orléans, 4 octobre 2007, dossier n°070001.

TGI de Versailles, 18^e chambre, 24 décembre 2008, n°124 in AJ Penal, mars 2009, N°3/2009.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Enquête HID-Prisons 2001

Annexe 2 : Note DAP du 21 juillet 2003 n°00492 sur la Prise en charge des personnes dépendantes.

Annexe 3 : Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

Annexe 4 : Grille nationale AGGIR

Annexe 5 : Grille SMAF

ANNEXE 1 : Enquête HID-Prisons 2001

Tableau 1 : Nature des déficiences en milieu carcéral : prévalence selon l'âge et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

Nature des déficiences (1)	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population libre (2)
Déficience motrice	18,4	29,2	30,9	24,6	11,3
<i>dont :</i>					
<i>déficience du tronc</i>	7,1	13,8	13,3	10,8	5,9
<i>déficience d'un seul bras</i>	4,5	5,6	6,7	5,2	1,9
<i>déficience d'une seule jambe</i>	4,2	6,2	3,3	5,0	1,8
Déficience visuelle	5,9	10,2	20,2	9,5	4,3
Déficience auditive	5,3	11,4	29,9	10,9	5,0
Déficience du langage ou de la parole	4,5	4,4	6,1	4,7	1,4
Déficience viscérale ou métabolique	11,7	23,8	39,1	20,3	8,8
<i>dont :</i>					
<i>déficience cardio-vasculaire</i>	2,3	8,0	21,7	7,1	2,2
<i>déficience respiratoire</i>	4,7	7,2	12,1	6,7	2,2
<i>déficience du tube ou des organes digestifs</i>	2,4	6,7	6,3	4,8	2,6
Déficience intellectuelle ou du psychisme	45,8	45,7	36,8	44,7	14,6
<i>dont :</i>					
<i>Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles</i>	17,0	13,6	6,0	14,2	0,3
<i>Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation spatio-temporelle</i>	11,3	13,6	9,4	12,1	1,2
Autres déficiences	4,2	11,4	22,7	9,6	3,0
<i>dont :</i>					
<i>problèmes dentaires</i>	1,7	6,6	17,5	5,7	<i>n.d.</i>
<i>vertiges</i>	1,3	1,5	2,2	1,5	0,1
<i>déficiences esthétiques</i>	0,6	1,8	2,0	1,3	1,0
Inconnue	3,0	3,2	7,9	3,7	1,2
Au moins une déficience	60,8	70,8	82,5	67,8	32,8

(1) On a fait figurer dans ce tableau les grands groupes de déficiences repérés par l'enquête et, pour chacun d'eux, les déficiences les plus fréquemment déclarées.

(2) La population libre recouvre la population vivant en ménages ordinaires et en institutions socio-sanitaires. Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Tableau 2 : Origine des déficiences en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population²⁵ (en %)

Origine des déficiences	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population libre (1)
Accident	24,7	31,4	18,1	26,8	20,1
dont :					
<i>accident du travail</i>	0,8	6,1	6,9	4,1	7,6
<i>accident de la circulation</i>	9,8	11,9	3,6	9,9	3,2
Complication de grossesse	7,0	6,4	5,7	6,5	7,7
Malformation congénitale	3,0	4,1	0,7	3,1	4,4
Maladie	20,3	41,1	59,0	35,5	49,1
Autres origines	53,1	54,7	60,1	54,8	39,4
dont :					
<i>vieillesse</i>	0,1	6,2	25,1	6,5	7,8
<i>problèmes personnels et familiaux</i>	31,2	28,8	23,3	28,9	22,7
<i>alcoolisme, toxicomanie</i>	10,7	7,5	1,3	7,9	0,9
<i>stress</i>	25,1	31,1	27,7	28,2	n. d.

(1) Taux standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

Champ : personnes ayant déclaré au moins une déficience.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

²⁵ Les résultats présentés dans ce tableau diffèrent sensiblement des résultats présentés précédemment dans le n° 854 d'*Insee première* (Désesquelles *et al.*, 2002) : la source de ces tableaux est en effet différente. Dans le cas présent, il s'agit de l'information sur l'origine des déficiences recueillie au cours de la passation du questionnaire HID. Dans le cas de l'*Insee première*, les données provenaient d'une question du questionnaire VQS sur l'origine des limitations d'activité déclarées.

Tableau 3 : Prévalence des incapacités en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

Part des personnes détenues ayant déclaré :	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble de la population carcérale	Ensemble de la population libre (1)
Avoir :					
des difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	0,4	2,3	4,4	1,7	1,4
des difficultés d'élimination	0,7	0,6	2,9	0,9	0,7
des difficultés de transferts et/ou de déplacements	1,7	4,0	9,1	3,6	1,4
des difficultés pour voir, entendre ou parler	11,1	18,5	36,2	17,3	5,7
des difficultés de souplesse et/ou de manipulation	3,3	6,5	13,3	5,9	2,9
Au moins une incapacité physique	14,7	24,5	45,1	22,7	8,1
des difficultés d'orientation dans le temps	12,1	12,9	10,1	12,3	2,1
des difficultés d'orientation dans l'espace	0,8	2,1	1,1	1,8	1,0
des difficultés de communication	1,1	1,9	1,8	1,5	0,5
d'autres problèmes de comportement	37,2	32,7	24,6	33,7	12,4 (2)
Au moins une incapacité	45,8	49,2	59,5	48,9	13,0 (2)
Être limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé	22,9	31,3	41,3	29,0	4,8 (2)
Avoir obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	3,2	9,7	16,2	7,6	6,7

(1) Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

(2) Le chiffre donné à titre de comparaison ne concerne que les personnes en ménages ordinaires.

Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999, enquête VQS-ménages 1999.

Tableau 4 : Facteurs influençant la présence d'un handicap chez les détenus (odds ratios)

	Avoir au moins une déficience		Avoir au moins une incapacité physique		Avoir au moins une incapacité	
Homme	1,0		1,0		1,0	ns
Femme	1,3	ns	2,0	*	1,6	
18-29 ans	1,0		1,0		1,0	ns
30-49 ans	1,4	*	1,6	**	0,9	ns
50 ans ou plus	2,6	***	4,5	***	1,5	
Employé	1,0		1,0		1,0	ns
Indépendant	0,8	ns	0,9	ns	1,1	ns
Cadre, profession intermédiaire	0,6	*	0,8	ns	0,8	ns
Ouvrier	0,8	ns	1,3	ns	1,0	ns
N'a jamais travaillé	0,5	***	1,2	ns	0,8	
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>						
Moins de 2 ans	1,0		1,0		1,0	ns
2 à 5 ans	1,1	ns	1,3	ns	1,2	***
5 ans ou plus	2,3	***	2,2	***	2,7	

n.s. : non significatif (seuil 5%), * p < 0,5 ** p < 0,01 ***p < 0,001

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 5 : Facteurs influençant la présence d'un handicap chez les détenus condamnés à une peine d'au moins 5 ans (odds ratios)

	avoir au moins une déficience		avoir au moins une incapacité physique		avoir au moins une incapacité	
Homme	1,0		1,0		1,0	
Femme	0,4	ns	1,6	ns	1,2	ns
18-29 ans	1,0		1,0		1,0	
30-49 ans	1,2	ns	2,2	*	1,1	ns
50 ans ou plus	4,1	**	6,8	***	1,7	ns
Employé	1,0		1,0		1,0	
Indépendant	0,3	**	1,8	ns	1,0	ns
Cadre, profession intermédiaire	0,3	*	1,4	ns	1,0	ns
Ouvrier	0,5	ns	2,4	*	1,5	ns
N'a jamais travaillé	0,1	***	2,1	ns	0,5	ns
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>						
Moins de 2 ans	1,0		1,0		1,0	
2 à 5 ans	1,3	ns	1,8	ns	2,2	*
5 ans ou plus	3,2	***	3,0	**	5,1	***

n.s. : non significatif (seuil 5%), * p < 0,5 ** p < 0,01 ***p < 0,001

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 6 : Prévalence du handicap selon l'âge et la durée de l'incarcération en cours (en %)

	Détenus âgés de moins de 50 ans		Détenus âgés de 50 ans ou plus	
	Incarcérés depuis moins de 5 ans	Incarcérés depuis 5 ans ou plus	Incarcérés depuis moins de 5 ans	Incarcérés depuis 5 ans ou plus
Au moins une déficience	64	77	77	98
Au moins une incapacité physique	18	29	37	66
Au moins une incapacité	45	64	52	79

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 7 : Principales caractéristiques des détenus ayant déclaré un besoin d'aide (en %)

	Détenus		Ensemble des détenus
	ayant un besoin d'aide	ayant une limitation d'activité	
18-29 ans	30%	34%	44%
30-49 ans	55%	48%	44%
50 ans ou plus	15%	18%	12%
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>			
moins de 2 ans	56%	57%	62%
5 ans ou plus	23%	20%	16%
<u>Type d'établissement :</u>			
maison d'arrêt	71%	68%	71%
centre de détention	29%	32%	29%
<u>Nature des déficiences :</u>			
pas de déficience	1%	1%	32%
déficience intellectuelle ou du psychisme	67%	65%	45%
déficience motrice	63%	54%	25%
déficience viscérale ou du métabolisme	39%	45%	20%
déficience visuelle	17%	17%	10%
déficience auditive	27%	19%	11%
déficience du langage	11%	9%	5%
problèmes dentaires	8%	8%	6%
<u>Incapacités</u>			
difficultés de comportement / d'orientation	60%	54%	39%
difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	10%	5%	2%
difficultés d'élimination	8%	3%	1%
difficultés de transferts et/ou de déplacements	13%	11%	4%
difficultés pour voir, entendre ou parler	41%	30%	17%
difficultés de souplesse et/ou de manipulation	27%	17%	6%
Limitation d'activité	67%	100%	29%
Reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	27%	21%	8%
<u>Etat de santé perçu :</u>			
Bon ou très bon	36%	33%	64%
Moyen	37%	42%	26%
Médiocre ou très mauvais	27%	25%	10%
Besoin d'aide humaine	38%	8%	3%
Besoin d'aide technique	49%	10%	4%
Besoin d'aménagements de la cellule	45%	8%	4%

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 200.1

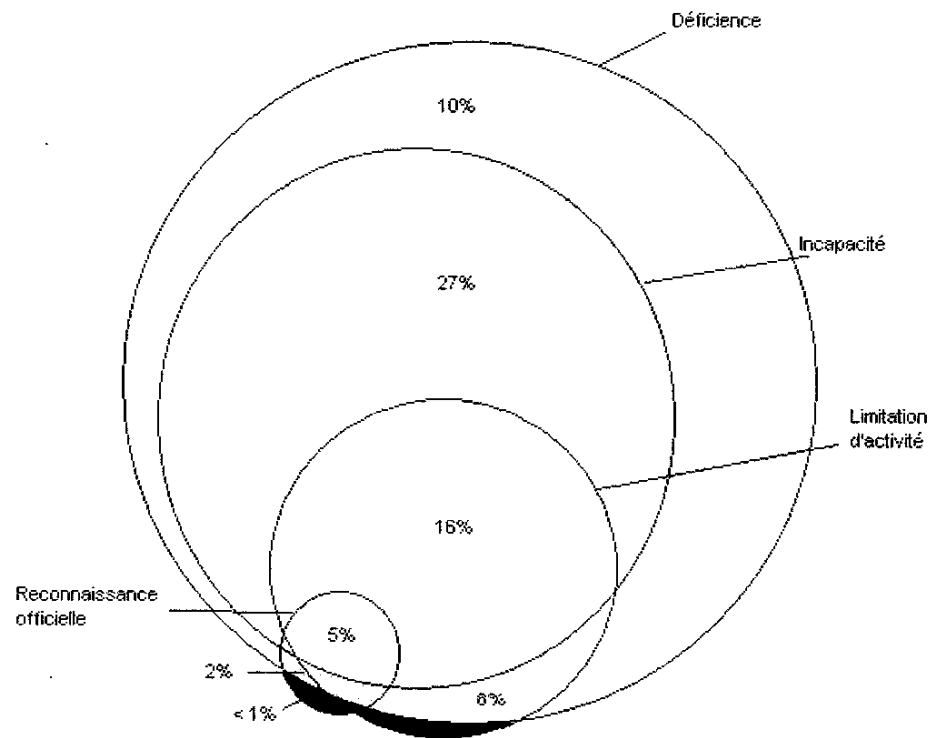
Tableau 8 : Principales caractéristiques des classes issues de la classification hiérarchique

	Classe 1 (42%)	Classe 2 (26%)	Classe 3 (16%)	Classe 4 (16%)	Ensemble des détenus
18-29 ans	51%	61%	28%	15%	44%
30-49 ans	42%	34%	59%	50%	44%
50 ans ou plus	7%	5%	13%	35%	12%
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>					
moins de 2 ans	71%	67%	62%	31%	62%
5 ans ou plus	8%	13%	17%	42%	16%
<u>Nature des déficiences :</u>					
pas de déficience	77%	0%	0%	0%	32%
déficience intellectuelle ou du psychisme	2%	98%	62%	55%	45%
déficience motrice	7%	10%	91%	28%	25%
déficience viscérale ou du métabolisme	7%	14%	43%	43%	20%
déficience visuelle	2%	5%	11%	35%	10%
déficience auditive	<1%	2%	10%	53%	11%
déficience du langage	0%	3%	5%	18%	5%
problèmes dentaires	4%	4%	8%	11%	6%
<u>Origine des déficiences :</u>					
maladie		16%	45%	61%	24%*
accident		5%	77%	19%	18%*
vieillesse		1%	7%	19%	5%*
problèmes personnels		36%	33%	30%	20%*
stress		35%	31%	32%	19%*
alcool-toxicomanie		13%	8%	5%	5%*
<u>Incapacités</u>					
difficultés de comportement / d'orientation	0%	91%	59%	46%	39%
difficultés de toilette et/ou d'habillage et/ou d'alimentation	0%	<1%	8%	2%	2%
difficultés d'élimination	0%	<1%	3%	2%	1%
difficultés de transferts et/ou de déplacements	0%	0%	20%	2%	4%
difficultés pour voir, entendre ou parler	1%	7%	17%	77%	17%
difficultés de souplesse et/ou de manipulation	0%	<1%	33%	3%	6%
Limitation d'activité					
Reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	6%	21%	86%	51%	29%
	1%	4%	24%	14%	8%
<u>Etat de santé perçu :</u>					
Bon-très bon	83%	66%	30%	45%	64%
Moyen	15%	26%	41%	40%	26%
Médiocre-très mauvais	2%	8%	29%	15%	10%
Pas de besoin d'aide					
Besoin d'aide humaine	98%	93%	74%	86%	92%
Besoin d'aide technique	0%	2%	9%	6%	3%
Besoin d'aménagements de la cellule	1%	1%	15%	6%	4%
	1%	3%	10%	6%	4%

* : il s'agit ici de prévalences calculées par rapport à l'ensemble des détenus et non parmi les détenus qui ont une déficience, à la différence du tableau 2.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 2001.

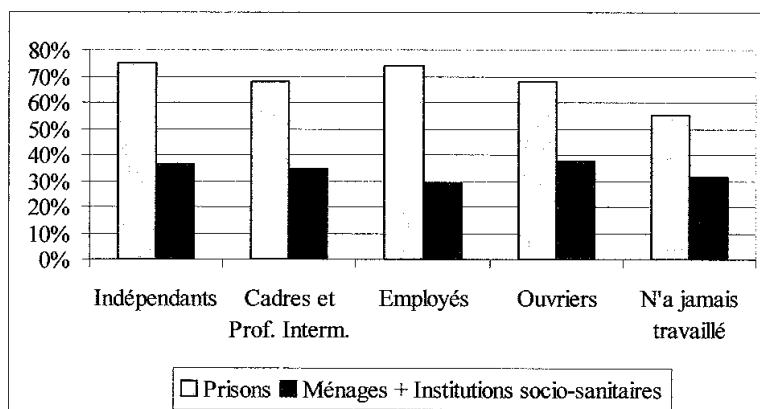
Figure 1 : Recouvrement entre les sous-populations obtenues selon différentes approches du handicap



Champ : population carcérale.

Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001.

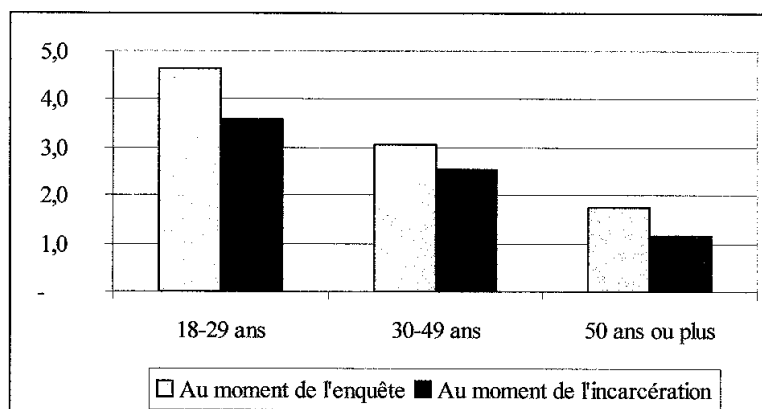
Figure 2 : Proportion de personnes ayant au moins une déficience selon le lieu de vie et la catégorie socioprofessionnelle (en %)



Note : les proportions en ménages ordinaires et institutions socio-sanitaires ont été calculées en faisant l'hypothèse que, dans chaque catégorie socioprofessionnelle, la structure par âge de cette population est identique à celle de la population carcérale.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Figure 3 : Rapport entre la prévalence de l'incapacité physique en milieu carcéral et en population générale : comparaison des situations au moment de l'enquête et au moment de l'incarcération



Note : Les données reconstituées au moment de l'incarcération ne prennent en compte que les incapacités dont l'ancienneté est connue.

Lire ainsi : à 18-29 ans, au moment de l'enquête, la proportion de personnes ayant au moins une incapacité physique était 4,6 fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale. Le rapport était de 3,6 au moment de l'incarcération des détenus.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

ANNEXE 2 : Note DAP du 21 juillet 2003 n°00492 sur la Prise en charge des personnes dépendantes.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

**DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

**SOUS-DIRECTION DES PERSONNES PLACÉES
SOUS MAIN DE JUSTICE**

Bureau des politiques sociales et d'insertion
PMJ 2

Réf. K05 /
dossier suivi par : Dr de Galard
n° 01.49.96.21.44

Paris, le

27 JUL 2003 - 00492

Le Garde des Sceaux
Ministre de la Justice
à

Messieurs les Directeurs Régionaux des
services pénitentiaires
Monsieur le Directeur Régional
Chef de la mission des services
pénitentiaires de l'outre-Mer
Monsieur le Directeur
de l'Ecole Nationale d'Administration
Pénitentiaire

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les directeurs des
Services pénitentiaires d'insertion et de
probation

O B J E T : Prise en charge des personnes dépendantes
P.J. : 4

L'accueil en détention de personnes dépendantes, âgées ou handicapées, est une situation à laquelle les services pénitentiaires sont maintenant plus fréquemment confrontés. Depuis quelques années, le vieillissement de la population pénale ainsi qu'un allongement des peines privatives de liberté sont à l'origine de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes ne pouvant assurer seuls tous les actes de la vie quotidienne.

Plusieurs études ou missions dont le rapport IGAS-IGSJ de juin 2001 font état de plusieurs constatations à savoir l'augmentation du nombre de personnes âgées parmi les entrants, l'allongement des peines prononcées. S'y ajoute l'impact des conditions de vie en détention sur l'état de santé souvent précaire des personnes détenues vieillissantes. Un groupe de travail santé-justice a étudié, avec la participation de personnels de terrain, les différents aspects de cette problématique et fait des recommandations pour pouvoir y répondre.

Il en résulte que ces personnes doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine privative de liberté, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur condition.

DAP

Adresse postale : 13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01
Bureaux situés : 8 - 10, rue du renard - 75004 PARIS
Tél. 01 44 77 80 60 - Fax. 01 49 96 26 10

Dans le cahier des charges des nouveaux établissements pénitentiaires, ceux-ci doivent être équipés de cellules de détention pour accueillir les personnes handicapées à hauteur d'au moins une cellule par établissement et selon la norme d'une cellule aménagée par tranche de 150 places de détention. Ces cellules doivent tant en terme de positionnement, d'accessibilité et d'équipement répondre au guide technique et fonctionnel joint en annexe.

Ces équipements sont intégrés dans les programmes de réhabilitation lourde et également dans les programmes de construction neuve. Pour les autres établissements, les directions régionales devront définir un plan pluriannuel d'équipement visant à doter les établissements pénitentiaires de son ressort d'un nombre suffisant de cellules aménagées et mobiliseront les crédits nécessaires au programme d'équipement.

Par ailleurs et s'agissant d'un nombre limité de personnes concernées par établissement, la prise en charge de personnes détenues handicapées et dépendantes relève d'un traitement individualisé s'ajustant à ses besoins.

Dès lors, il convient de mettre en œuvre les mesures suivantes :

1. **le recouvrement des allocations médico-sociales** dont bénéficiaient les personnes détenues avant leur incarcération doit être suivi, tant en ce qui concerne l'allocation adulte handicapé (AAH) et éventuellement son complément pour tierce personne (ACTP) que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) . Des demandes pour cette dernière prestation peuvent également être initiées par le SPIP pendant la détention à partir de certificats du médecin de l'UCSA qui seront transmis sous pli fermé au Conseil général pour l'APA. La loi du 31 mars 2003 et le décret du 28 mars 2003 ne remettent pas en cause la possibilité de percevoir cette dernière allocation en milieu carcéral.

Vous trouverez ci-joint un document présentant l'allocation personnalisée d'autonomie et la note d'information du ministère chargé de la santé du 28 octobre 2002 qui en précise les conditions d'application en détention.

L'AAH, subit, du fait de l'incarcération un abattement à 88 %.

2. **l'intervention d'une tierce personne en détention** pour assurer la prise en charge de la personne dépendante doit s'organiser dans le respect des compétences professionnelles. Le concours d'un personnel infirmier, aide soignant ou auxiliaire de vie permet de proposer une prise en charge adaptée, facilite l'intervention et le travail des personnels pénitentiaires et évite le recours systématique au co-détenu, en particulier pour tous les actes qui relèvent de l'intimité de la personne. Dans quelques établissements, des conventions sont déjà signées avec une association de maintien à domicile.

Sans attendre d'être concernés par l'incarcération d'une personne dépendante, il vous est donc demandé de prendre contact avec les services hospitaliers et/ou les associations de maintien à domicile de votre département. Il est conseillé de les inviter à visiter l'établissement avant toute prise en charge individuelle pour permettre une information et une connaissance des fonctionnements mutuels.

La convention concrétisant les modalités d'intervention des professionnels de santé, répond à un double objectif : faciliter l'intervention des prestataires tout en intégrant des obligations induites par les contraintes carcérales. Une convention type figure en annexe.

3. **le handicap de la personne détenue doit être pris en considération à l'occasion des demandes de mesures d'aménagement de peine** qui auront souvent à s'appuyer sur des placements en établissements médicalisés ou médico-sociaux. Ceux-ci seront facilités par le développement de liens entre les services d'insertion et de probation et les services médico-sociaux locaux
4. **La mesure de suspension de peine pour raison médicale.**
Si la situation de la personne dépendante apparaît durablement incompatible avec le maintien en détention, le directeur d'établissement pénitentiaire ou le directeur des services d'insertion et de probation le signale à la juridiction compétente en vue d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale (art. 710-1-1 du CPP).
Il vous est demandé de poursuivre le suivi trimestriel de ces situations mis en place en décembre 2002.
5. **le recensement des personnes relevant de ce type de prise en charge doit être amélioré** en vue d'une meilleure évaluation des besoins de cette population tant pour les prises en charge que pour l'hébergement. A cette fin, une enquête légère sera réalisée au cours du prochain semestre.

Ces instructions visent à offrir une prise en charge adaptée prenant en compte les besoins spécifiques des personnes détenues dépendantes ou handicapées, en soutien au travail et aux missions des personnels pénitentiaires que l'organisation locale ou régionale d'actions d'information sur ce thème permettra de sensibiliser.

Vous voudrez bien faire part au bureau des politiques sociales et d'insertion de solutions innovantes que vous aurez pu mettre en œuvre dans ce domaine ainsi que des difficultés auxquelles vous resteriez confrontés.

Pour le Garde des Sceaux,

Par délégation, le Préfet,
Directeur de
l'Administration Pénitentiaire



Didier LALLEMENT

ANNEXE 3 : Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction

NOR : JUSK1025323A

Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, et la ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés,

Vu le code de la construction et de l'habitation, notamment l'article R. 111-19-5 ;

Vu l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées en date du 24 juin 2009,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'administration pénitentiaire favorise l'accessibilité aux personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires, que celles-ci soient détenues, visiteurs, intervenants ou personnels.

L'introduction de matériels liés à un handicap par les visiteurs dans l'enceinte d'un établissement pénitentiaire doit être déclarée et contrôlée. Si elle l'estime nécessaire, l'administration pénitentiaire se réserve le droit d'interdire l'introduction de certains matériels ou de fournir un matériel de substitution lui appartenant ou de mettre en œuvre une surveillance particulière afin de prévenir tout incident découlant de l'introduction du matériel susvisé.

Afin d'améliorer les conditions de vie des personnes détenues handicapées, l'administration pénitentiaire aménage les zones nécessaires et prévoit un nombre de cellules aménagées adapté pour les personnes handicapées.

Art. 2. – Les règles du présent arrêté s'appliquent aux constructions neuves d'établissements pénitentiaires, qui font l'objet d'une demande de permis de construire.

Elles ne s'appliquent pas aux locaux situés hors d'une enceinte pénitentiaire ; ces locaux sont soumis aux dispositions de droit commun.

Les règles du présent arrêté s'appliquent dans les zones des établissements pénitentiaires dans lesquelles circulent des visiteurs, des personnes détenues et des personnels, à l'exclusion des zones dont l'accès est principalement réservé au personnel, dans lesquelles s'appliqueront les dispositions spécifiques à la réglementation du travail.

Art. 3. – Sont définis comme établissements pénitentiaires au sens du présent arrêté :

- les maisons d'arrêt ;
- les maisons centrales et centres de détention ;
- les centres pénitentiaires ;
- les centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées ;
- les établissements pénitentiaires pour mineurs ;
- les quartiers courtes peines, semi-liberté et peines aménagées rattachés à un établissement pénitentiaire et situés en dehors de l'enceinte de cet établissement ;
- tout autre type de centre ou quartier qui serait créé postérieurement à la publication du présent arrêté.

Art. 4. – Le terme : « visiteurs » désigne les personnes titulaires d'une autorisation de visite d'une personne détenue dans les conditions précisées par les articles D. 64, D. 68, D. 186, D. 403 et suivants du code de procédure pénale.

Art. 5. – Le terme : « personnel » désigne le personnel pénitentiaire et les partenaires institutionnels visés par le décret relatif à l'accessibilité des locaux relevant du code du travail.

Art. 6. – Le terme : « personnes détenues » désigne les personnes mentionnées à l'article D. 50 du code de procédure pénale.

Art. 7. – La commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, instituée par le décret n° 2007-1327 du 11 septembre 2007, est compétente pour donner un avis sur les demandes de permis de construire et d'éventuels modificatifs.

Lors de l'examen de ces demandes, le directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent est membre de droit de la commission avec voix délibérative ; son suppléant doit être un agent de catégorie A.

Pour des raisons de sûreté, en accord avec le président de la commission de sécurité et d'accessibilité, l'administration pénitentiaire se réserve le droit de maîtriser la diffusion et l'exploitation des documents relatifs aux établissements pénitentiaires.

Art. 8. – Les dispositions du présent chapitre sont prises pour l'application des dispositions de l'article R. 111-19-5 du code de la construction et de l'habitation pour l'accessibilité aux personnes handicapées.

Les dispositions architecturales et les aménagements propres à assurer l'accessibilité des bâtiments pénitentiaires neufs et de leurs abords doivent satisfaire aux obligations définies aux articles 9 à 21.

Art. 9. – I. – Un cheminement accessible doit permettre d'atteindre l'entrée de l'établissement pénitentiaire depuis l'accès au domaine pénitentiaire. Le choix et l'aménagement de ce cheminement sont tels qu'ils facilitent la continuité de la chaîne du déplacement avec l'extérieur du terrain.

Le cheminement accessible permet notamment à une personne ayant une déficience visuelle ou auditive de se localiser, s'orienter et atteindre l'établissement pénitentiaire aisément et sans danger et permet à une personne ayant une déficience motrice d'accéder aisément à tout équipement ou aménagement utilisable. Les caractéristiques d'un cheminement accessible sont définies au II ci-après.

Lorsqu'il existe plusieurs cheminements, les cheminements accessibles sont signalés de manière adaptée.

Lorsque les caractéristiques du terrain ne permettent pas la réalisation d'un cheminement accessible depuis l'extérieur du terrain, un espace de stationnement adapté tel que défini à l'article 10 est prévu à proximité de l'entrée de l'établissement pénitentiaire et relié à celle-ci par un cheminement accessible.

II. – Les cheminements extérieurs accessibles aux personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage et guidage :

Une signalisation adaptée doit être mise en place à l'entrée du domaine pénitentiaire, à proximité des places de stationnement pour les visiteurs, ainsi qu'en chaque point du cheminement accessible où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur. Les éléments de signalisation doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. A défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

a) Profil en long :

Le cheminement accessible doit être horizontal et sans ressaut.

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 5 % doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

- jusqu'à 8 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
- jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné quelle qu'en soit la longueur. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 4 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m.

Les caractéristiques dimensionnelles du palier sont définies à l'annexe 2.

Lorsqu'il ne peut être évité, un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33 %.

La distance minimale entre deux ressauts successifs est de 2,50 m. Les pentes comportant plusieurs ressauts successifs, dits « pas d'âne », sont interdites.

b) Profil en travers :

La largeur minimale du cheminement accessible doit être de 1,20 m, libre de tout obstacle afin de faciliter les croisements.

Lorsqu'un rétrécissement ponctuel ne peut être évité, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 0,90 m et 1,20 m de manière à laisser le passage pour une personne en fauteuil roulant.

Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d'eau. Lorsqu'un dévers est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à 2 %.

c) Espaces de manœuvre et d'usage pour les personnes circulant en fauteuil roulant :

Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur, ainsi que devant les portes d'entrée desservies par un cheminement accessible qui comportent un système de contrôle d'accès.

Un espace d'usage est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d'en permettre l'atteinte et l'usage.

Les caractéristiques dimensionnelles de ces différents espaces sont définies à l'annexe 2.

3° Sécurité d'usage :

Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meuble, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue.

Les trous et fentes situés dans le sol du cheminement doivent avoir une largeur ou un diamètre inférieur ou égal à 2 cm.

Le cheminement accessible doit être libre de tout obstacle. Afin d'être repérables, les éléments éventuels qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :

- s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;
- s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.

Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.

Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.

Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Toute volée d'escalier comportant moins de trois marches doit répondre aux exigences applicables aux escaliers des parties communes visées au 1° de l'article 13, à l'exception de la disposition concernant l'éclairage.

Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, il doit comporter un élément permettant l'éveil de la vigilance des piétons au droit de ce croisement. Un marquage au sol et une signalisation doivent également indiquer aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons.

Le cheminement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 18.

Art. 10. - I. - Tout parc de stationnement automobile dépendant de l'établissement pénitentiaire à l'usage des visiteurs doit comporter une ou plusieurs places adaptées répondant aux conditions du II ci-après. Ces places adaptées sont localisées à proximité de l'entrée de l'établissement pénitentiaire et reliées à celui-ci par un cheminement accessible tel que défini, selon les cas, à l'article 9 ou à l'article 13.

II. - Les places des parcs de stationnement automobile adaptées pour les personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Les places adaptées destinées à l'usage des personnes handicapées doivent représenter au minimum 2 % du nombre total de places de stationnement prévues pour les visiteurs. Le nombre minimal de places adaptées est arrondi à l'unité supérieure ;

2° Repérage :

Un marquage au sol ainsi qu'une signalisation verticale doivent signaler chaque place adaptée destinée aux visiteurs ;

3° Caractéristiques dimensionnelles :

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal, au dévers près, inférieur ou égal à 2 %.

La largeur minimale des places adaptées doit être de 3,30 m ;

4° Atteinte et usage :

Une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée de l'établissement pénitentiaire. Sur une longueur d'au moins 1,40 m à partir de la place de stationnement adaptée, ce cheminement doit être horizontal, au dévers près.

Les places adaptées, quelle que soit leur configuration et notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

Art. 11. - I. - Le niveau d'accès principal à l'établissement pénitentiaire doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel pénitentiaire doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée.

II. – Pour l'application du I, l'accès au bâtiment doit répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage :

La porte d'entrée principale doit être repérable par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès à l'établissement pénitentiaire ou à se signaler au personnel pénitentiaire en poste à la porte d'entrée principale doit être facilement repérable par un contraste visuel ou une signalétique répondant aux exigences définies à l'annexe 3 et ne doit pas être situé dans une zone sombre ;

2° Atteinte et usage :

Les systèmes de contrôle d'accès ou de communication entre visiteurs et l'administration pénitentiaire doivent répondre aux exigences suivantes :

- être situés à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
- être situés à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m.

Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée. Les signaux liés au fonctionnement des dispositifs d'accès sont sonores et visuels dans la limite des contraintes inhérentes à la sécurité des établissements pénitentiaires.

Lorsque l'accueil est sonorisé, l'établissement assure par tout dispositif une communication adaptée avec le visiteur, sans toutefois que ce dispositif puisse nuire de quelque manière que ce soit à la sécurité de l'établissement.

Afin d'être lisible par une personne malvoyante, toute information doit répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Art. 12. – Les circulations horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes handicapées.

Les personnes handicapées doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux collectifs, situés à un niveau nécessairement desservi par un cheminement accessible.

Les circulations horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur accessible visées à l'article 9, à l'exception, pour les circulations intérieures, des dispositions concernant :

- l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant ;
- le repérage et le guidage ;
- le passage libre sous les obstacles en hauteur, qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

Art. 13. – Lorsque l'escalier ou l'ascenseur n'est pas visible, il doit pouvoir être repéré par une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3.

13.1. Escaliers :

I. – Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées, y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier.

II. – A cette fin, ces escaliers doivent répondre aux dispositions suivantes, que le bâtiment comporte ou non un ascenseur :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

La largeur minimale entre mains courantes doit être d'un mètre.

Les marches doivent répondre aux exigences suivantes :

- hauteur inférieure ou égale à 17 cm ;
- largeur du giron supérieure ou égale à 28 cm ;

2° Sécurité d'usage :

En haut de l'escalier, un revêtement de sol doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile.

La première et la dernière marche doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10 m, visuellement contrastée par rapport à la marche.

Les nez de marche doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés visuellement par rapport au reste de l'escalier ;

- être non glissants ;
- ne pas présenter de débord excessif par rapport à la contremarche.

L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 18 ;

3° Atteinte et usage :

L'escalier, quelle que soit sa conception, doit comporter une main courante de chaque côté. Toute main courante doit répondre aux exigences suivantes :

- être située à une hauteur comprise entre 0,80 m et 1,00 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps ;
- se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales ;
- être continue, rigide et facilement préhensible sur toute sa longueur ;
- être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

13.2. Ascenseurs :

Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tous les étages comportant des locaux admettant des visiteurs ou des personnes détenues doivent être desservis.

Un ascenseur au minimum doit pouvoir être utilisé par les personnes handicapées dans les secteurs suivants : unités des quartiers d'hébergement comprenant des cellules accessibles aux personnes handicapées, cours de promenade ainsi que l'ensemble des salles d'activités des quartiers d'hébergement, les espaces socio-éducatifs, culturels et sportifs communs, les ateliers, les parloirs (côté visiteurs et personnes détenues), les unités de vie familiales, l'UCSA, le SMPR, s'il existe, les locaux fonctionnels (restauration et blanchisserie).

Les caractéristiques et la disposition des commandes extérieures et intérieures à la cabine doivent, notamment, permettre leur repérage et leur utilisation par ces personnes. Dans les ascenseurs, des dispositifs doivent permettre, d'une part, de s'appuyer et, d'autre part, de recevoir par des moyens adaptés les informations liées aux mouvements de la cabine, aux étages desservis et au système d'alarme.

A cette fin, les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à l'accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes, y compris les personnes avec handicap, ou à tout système équivalent permettant de satisfaire à ces mêmes exigences.

- **Art. 14.** - Les revêtements de sols et les équipements situés sur le sol des cheminements des parties communes doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Les revêtements de sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

L'aire d'absorption équivalente des revêtements et éléments absorbants disposés dans les parloirs et les circulations intérieures les desservant doit représenter au moins 25 % de la surface au sol des espaces réservés à l'accueil et à l'attente des visiteurs.

L'aire d'absorption équivalente A d'un revêtement absorbant est donnée par la formule :

$$A = S \times _w$$

où S désigne la surface du revêtement absorbant et $_w$ son indice d'évaluation de l'absorption, défini dans la norme NF EN ISO 11 654.

- **Art. 15.** - I. - Les portes situées dans ou donnant sur les parties communes doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, à l'exception des portes dont la résistance est spécifiquement étudiée dans les établissements pénitentiaires pour répondre aux contraintes afférentes à la sécurité pénitentiaire. Ces portes sont manœuvrées par le personnel pénitentiaire. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle.

II. - Pour satisfaire aux exigences du I, ces portes doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

Les portes doivent avoir une largeur minimale de 0,90 m. La largeur de passage minimale lorsque le vantail est ouvert à 90° doit être de 0,83 m. Dans le cas de portes à plusieurs vantaux, le vantail couramment utilisé doit respecter cette exigence.

S'il ne peut être évité, le ressaut dû au seuil doit comporter au moins un bord arrondi ou muni d'un chanfrein, et sa hauteur maximale doit être de 2 cm.

Un espace de manœuvre de porte dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier ou exclusivement manœuvrées par les services pénitentiaires.

Les caractéristiques dimensionnelles des sas sont définies à l'annexe 2 ;

2° Atteinte et usage :

Les poignées de porte doivent être facilement préhensibles et manœuvrables en position « debout » comme « assis » ainsi que par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet.

L'extrémité des poignées des portes, à l'exception de celles ouvrant uniquement sur un escalier, doit être située à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite.

Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage doit être signalé par un signal sonore et lumineux dans la limite des contraintes inhérentes à la sécurité des établissements pénitentiaires ;

3° Sécurité d'usage :

Les portes comportant une partie vitrée importante doivent être repérables ouvertes comme fermées à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

➤ **Art. 16.** – Les locaux communs doivent être accessibles aux personnes handicapées.

Les portes doivent avoir une largeur minimale de 0,90 m. La largeur de passage minimale lorsque le vantail est ouvert à 90° doit être de 0,83 m. Dans le cas de portes à plusieurs vantaux, le vantail couramment utilisé doit respecter cette exigence.

Les équipements, les dispositifs de commande et de service des locaux communs doivent pouvoir être repérés, atteints et utilisés par les personnes handicapées. La disposition des équipements ne doit pas créer d'obstacle ou de danger pour les personnes ayant une déficience visuelle.

1° Repérage :

Ces équipements et dispositifs doivent être repérables grâce à un contraste visuel et à une signalétique permettant une compréhension aisée.

Les commandes d'éclairages doivent être visibles de jour comme de nuit ;

2° Atteinte et usage :

Ces équipements et dispositifs doivent être situés :

- à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
- à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m ;
- au droit d'un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Au moins 1 % du nombre (arrondi au nombre entier supérieur) de chaque type de locaux à usage individuel (par exemple, parloirs côté personnes détenues et visiteurs, locaux de fouille des personnes détenues, boxes d'attente des locaux médicaux, etc.) doit être aménagé pour permettre l'accueil d'une personne handicapée.

➤ **Art. 17.** – I. – L'établissement doit comporter, dans les zones accessibles aux visiteurs et aux personnes détenues en fauteuil roulant, au moins un cabinet d'aisance aménagé et comportant un lavabo accessible. Les cabinets d'aisance aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisance lorsque ceux-ci sont regroupés. Les lavabos ou un lavabo au moins par groupe de lavabos doivent être accessibles aux personnes handicapées, ainsi que les divers aménagements tels que, notamment, miroir, distributeur de savon, sèche-mains.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les sanitaires doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- comporter, en dehors du débâtement de porte, un espace d'usage accessible à une personne en fauteuil roulant tel que défini à l'annexe 2, situé latéralement par rapport à la cuvette ;
- comporter un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2, situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, en extérieur devant la porte ;

2° Atteinte et usage :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

- il comporte un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
- il comporte un lave-mains dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
- la surface d'assise de la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus ;
- une barre d'appui latérale doit être prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

Un lavabo accessible doit présenter un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant. Le choix de l'équipement ainsi que le choix et le positionnement de la robinetterie doivent permettre un usage complet du lavabo en position assis.

Lorsque des urinoirs sont disposés en batterie, ils doivent être positionnés à des hauteurs différentes.

Art. 18. – La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, des circulations communes intérieures et extérieures doit être telle que l'ensemble du cheminement est traité sans créer de gêne visuelle, sans pouvoir porter atteinte à la sûreté pénitentiaire. Les parties du cheminement qui peuvent être source de perte d'équilibre, les dispositifs d'accès et les informations fournies par la signalétique font l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée. Les locaux collectifs font l'objet d'un éclairage suffisant.

A cette fin, le dispositif d'éclairage artificiel doit répondre aux dispositions suivantes :

Il doit permettre, lorsque l'éclairage naturel n'est pas suffisant, d'assurer des valeurs d'éclairage mesurées au sol d'au moins :

- 20 lux en tout point du cheminement extérieur accessible ;
- 100 lux en tout point des circulations intérieures horizontales ;
- 150 lux en tout point de chaque escalier ;
- 100 lux à l'intérieur des locaux collectifs ;
- 50 lux en tout point des circulations piétonnes des parcs de stationnement ;
- 20 lux en tout autre point des parcs de stationnement.

La mise en œuvre des points lumineux doit éviter tout effet d'éblouissement direct des usagers en position debout comme assise ou de reflet sur la signalétique.

Art. 19. – Lorsque cela est nécessaire, les appareils d'interphonie en cellules sont adaptés afin de permettre un parfait échange de communication (matériel sonore et visuel), sur décision de l'autorité compétente de l'établissement.

Art. 20. – Le nombre de cellules aménagées pour les personnes à mobilité réduite est égal au minimum à 3 % (arrondi au nombre entier supérieur) de la capacité des établissements de plus de 120 places. Dans les établissements d'une capacité inférieure ou égale à 120 places, le nombre de cellules aménagées est égal au minimum à 2 % (arrondi au nombre entier supérieur) de la capacité de l'établissement. La capacité des établissements est calculée conformément à la circulaire n° AP 88 G 05 G 16.03.88.

Les cellules aménagées sont installées aux niveaux accessibles aux personnes handicapées.

Les cellules aménagées pour les personnes détenues handicapées doivent présenter les caractéristiques de base suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

La porte d'entrée de la cellule doit avoir une largeur minimale de 0,80 m. La largeur de passage minimale lorsque le vantail est ouvert à 90° doit être de 0,77 m.

Dans le cas de portes à plusieurs vantaux, le vantail couramment utilisé doit respecter cette exigence.

S'il ne peut être évité, le ressaut dû au seuil doit comporter au moins un bord arrondi ou muni d'un chanfrein, et sa hauteur maximale doit être de 2 cm ;

2° Atteinte et usage :

A l'intérieur de la cellule, il doit exister devant la porte d'entrée un espace de manœuvre de porte dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

La poignée de la porte d'entrée doit être facilement préhensible. Son extrémité doit être située à 0,40 m au moins d'un angle de paroi ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

Lorsqu'il existe, le verrou de confort de la porte doit être situé à plus de 0,30 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant. La poignée de la porte côté circulation doit être facilement préhensible. Son extrémité doit être située à 0,40 m au moins d'un angle de paroi ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

Les dispositifs de manœuvre des fenêtres commandés de l'intérieur doivent être :

- situés à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m du sol ;
- manœuvrables en position « debout » comme en position « assis ».

Un interrupteur de commande d'éclairage doit être situé en entrée de chaque zone (sanitaire, couchage, etc.) à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m du sol.

Les prises d'alimentation électrique doivent être situées à une hauteur inférieure ou égale à 1,30 m du sol.

Une personne dont le fauteuil roulant présente des caractéristiques dimensionnelles définies à l'annexe 1 doit pouvoir pénétrer dans tous les espaces de la cellule.

L'hébergement doit offrir, en dehors du débatement de la porte et de l'emprise d'un lit de dimensions pénitentiaires standard :

- un espace libre d'au moins 1,50 m de diamètre ;
- un passage d'au moins 0,90 m sur les deux grands côtés du lit et un passage d'au moins 1,20 m sur le petit côté libre du lit, ou un passage d'au moins 1,20 m sur les deux grands côtés du lit et un passage d'au moins 0,90 m sur le petit côté libre du lit.

Lorsque le lit est accolé à une paroi, le passage de 0,90 m n'est exigé que sur un grand côté.

Une salle d'eau doit offrir un espace libre d'au moins 1,50 m de diamètre en dehors du débatement de la porte et des équipements fixes.

Un cabinet d'aisances au moins doit offrir un espace libre accessible à une personne en fauteuil roulant d'au moins 0,80 m × 1,30 m latéralement à la cuvette et en dehors du débatement de la porte.

Art. 21. – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux établissements pénitentiaires de la collectivité départementale de Mayotte.

Art. 22. – Le directeur de l'administration pénitentiaire et le directeur général de l'aménagement, du logement et de la nature sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 4 octobre 2010.

*La ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice et des libertés,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur
de l'administration pénitentiaire,
J.-A. LATHOUD*

*Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie,
de l'énergie, du développement durable et de la mer,
en charge des technologies vertes
et des négociations sur le climat,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'habitat,
de l'urbanisme et des paysages,
E. CRÉPON*

ANNEXES

ANNEXE 1

Gabarit d'encombrement du fauteuil roulant.

Les exigences réglementaires sont établies sur la base d'un fauteuil roulant occupé dont les dimensions d'encombrement sont de 0,75 m × 1,25 m.

ANNEXE 2

Besoins d'espaces libres de tout obstacle.

Les personnes concernées par le handicap moteur (personnes en fauteuil roulant ou personnes avec des cannes) ont besoin d'espaces libres de tout obstacle pour trois raisons principales :

- se reposer ;
- effectuer une manœuvre ;
- utiliser un équipement ou un dispositif quelconque.

Ces espaces doivent être horizontaux au dévers près (2 %).

Caractéristiques dimensionnelles des différents espaces libres

TYPE D'ESPACE	CARACTÉRISTIQUES DIMENSIONNELLES
1. Palier de repos : Le palier de repos permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.	Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales 1,20 m x 1,40 m.
2. Espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour : L'espace de manœuvre permet la manœuvre du fauteuil roulant mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.	L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à un diamètre de 1,50 m.
3. Espace de manœuvre de porte :	

TYPE D'ESPACE	CARACTÉRISTIQUES DIMENSIONNELLES
<p>Où une porte soit située latéralement ou perpendiculairement à l'axe d'une circulation commune, l'espace de manœuvre nécessaire correspond à un rectangle de même largeur que la circulation commune mais dont la longueur varie selon qu'il faut pousser ou tirer la porte.</p> <p>Cas particulier des sas d'isolement : ils ont pour fonction d'éviter la propagation des effets d'un incendie provenant de locaux dangereux (parc de stationnement, celliers et caves regroupés, etc.) au reste du bâtiment. Les deux portes s'ouvrent à l'intérieur du sas : lorsqu'un usager handicapé franchit une porte, un autre usager doit pouvoir ouvrir l'autre porte.</p>	<p>Deux cas de figure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ouverture en poussant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 1,70 m ; - ouverture en tirant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 2,20 m. <p>Sas d'isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'intérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m x 2,20 m ; - à l'extérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m x 1,70 m.
<p>4. Espace d'usage :</p> <p>L'espace d'usage permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.</p>	<p>L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 m x 1,30 m.</p>

ANNEXE 3

Information et signalisation :

Lorsque des informations permanentes sont fournies aux visiteurs par le moyen d'une signalisation visuelle ou sonore, celles-ci doivent pouvoir être reçues et interprétées par un visiteur handicapé.

Les éléments d'information et de signalisation doivent être visibles et lisibles par tous les usagers. En outre, les éléments de signalisation doivent être compréhensibles, notamment par les personnes atteintes de déficience mentale.

Visibilité :

Les informations doivent être regroupées.

Les supports d'information doivent répondre aux exigences suivantes :

- être contrastés par rapport à leur environnement immédiat ;
- permettre une vision et une lecture en position « debout » comme en position « assis » ;
- être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel ;
- s'ils sont situés à une hauteur inférieure à 2,20 m, permettre à une personne malvoyante de s'approcher à moins de 1 m.

Lisibilité :

Les informations données sur ces supports doivent répondre aux exigences suivantes :

- être fortement contrastées par rapport au fond du support ;
- la hauteur des caractères d'écriture doit être proportionnée aux circonstances : elle dépend notamment de l'importance de l'information délivrée, des dimensions du local et de la distance de lecture de référence fixée par le maître d'ouvrage en fonction de ces éléments.

Lorsque les informations ne peuvent être fournies aux usagers sur un autre support, la hauteur des caractères d'écriture ne peut en aucun cas être inférieure à :

- 15 mm pour les éléments de signalisation et d'information relatifs à l'orientation ;
- 4,5 mm sinon.

Compréhension :

La signalisation doit recourir autant que possible à des icônes ou à des pictogrammes. Lorsqu'ils existent, le recours aux pictogrammes normalisés s'impose.

ANNEXE 4 : Grille nationale AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A, le

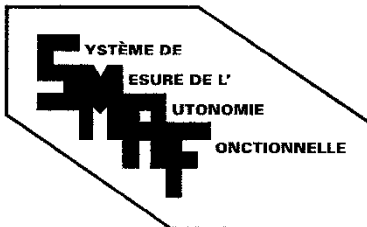
Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

ANNEXE 5 : Grille SMAF

Grille d'évaluation de l'autonomie



© HEBERT, CARRIER, BILODEAU 1983 ;
CEGG inc., Révisé 2002 - Reproduction interdite

Nom : _____

Dossier : _____

Date : _____ Évaluation no. : _____

INCAPACITÉS	RESSOURCES							HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre					
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)									
1. SE NOURRIR									
<p>0 Se nourrit seul +0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable</p> <p>-2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>-3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>							<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
2. SE LAVER									
<p>0 Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) +0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pied et lavage de tête)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p>-3 Nécessite d'être lavé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>							<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
3. S'HABILLER (toutes saisons)									
<p>0 S'habille seul +0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son ringe et lui présenter OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)</p> <p>-2 Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p>-3 Doit être habillé par une autre personne <input type="checkbox"/> bas de soutien</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>							<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES							HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre					
4. ENTREtenir SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller) 0 Entretien sa personne seul [-0,5] Avec difficulté -1 A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne -2 A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							0 -1 -2 -3	- + •
5. FONCTION VÉSICALE 0 Miction normale -1 Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences -2 Incontinence urinaire fréquente -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="radio"/> incontinence diurne <input type="radio"/> incontinence nocturne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							0 -1 -2 -3	- + •
6. FONCTION INTESTINALE 0 Défécation normale -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> stomie	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							0 -1 -2 -3	- + •
7. UTILISER LES TOILETTES 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) [-0,5] Avec difficulté -1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine -2 A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal -3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal <input type="checkbox"/> chaise d'aisance <input type="checkbox"/> bassine <input type="checkbox"/> urinal	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							0 -1 -2 -3	- + •

-2-

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
B. MOBILITÉ						
1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)						
<p>0 Se lève, s'assoit et se couche seul [-0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____</p> <p>-3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc) <input type="checkbox"/> positionnement particulier <input type="checkbox"/> lève-personne <input type="checkbox"/> planche de transfert</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)*						
<p>0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) [-0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire</p> <p>-2 A besoin d'aide d'une autre personne</p> <p>-3 Ne marche pas <input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadripode <input type="checkbox"/> marchette * Distance d'au moins 10 mètres</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE						
<p>0 Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse</p> <p>-1 Installe seul sa prothèse ou son orthèse [-1,5] Avec difficulté</p> <p>-2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle</p> <p>-3 La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR						
<p>0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer</p> <p>-1 Se déplace seul en F.R. [-1,5] Avec difficulté</p> <p>-2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R.</p> <p>-3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière) <input type="checkbox"/> F.R. Simple <input type="checkbox"/> F.R. à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> F.R. motorisé <input type="checkbox"/> triporteur <input type="checkbox"/> quadriporteur</p>	<p>• Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>• Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
5. UTILISER LES ESCALIERS						
<p>0] Monte et descend les escaliers seul +0,5] Avec difficulté</p> <p>-1] Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire</p> <p>-2] Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne</p> <p>-3] N'utilise pas les escaliers</p>	<p>Le sujet doit utiliser un escalier</p> <p><input type="checkbox"/> Non → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ↓</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p>Resources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
6. CIRCULER A L'EXTÉRIEUR						
<p>0] Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)¹ +0,5] Avec difficulté</p> <p>-1] Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur / quadriporteur* OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire</p> <p>-2] A besoin d'aide d'une autre personne pour marcher OU utiliser un F.R.*</p> <p>-3] Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) ¹ Distance d'au moins 20 mètres</p>	<p>* L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur / quadriporteur</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non ↓</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p>Resources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
C. COMMUNICATION						
1. VOIR						
<p>0] Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs</p> <p>-1] Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes</p> <p>-2] Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes</p> <p>-3] Aveugle <input type="checkbox"/> verres correcteurs <input type="checkbox"/> loupe</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p>Resources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
2. ENTENDRE						
<p>0] Entend convenablement avec ou sans appareil auditif</p> <p>-1] Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif</p> <p>-2] N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes</p> <p>-3] Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer <input type="checkbox"/> appareil auditif</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p>Resources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
3. PARLER						
<p><input type="checkbox"/> 0 Parle normalement</p> <p><input type="checkbox"/> -1 A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée</p> <p><input type="checkbox"/> -2 A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Ne communique pas Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur <input type="checkbox"/> tableau de communication</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
D. FONCTIONS MENTALES						
1. MÉMOIRE						
<p><input type="checkbox"/> 0 Mémoire normale</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous...) mais se souvient des faits importants</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...)</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Amnésie quasi totale</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
2. ORIENTATION						
<p><input type="checkbox"/> 0 Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Est orienté seulement dans la petite durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Désorientation complète</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
3. COMPRÉHENSION						
<p><input type="checkbox"/> 0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Ne comprend que partiellement même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
4. JUGEMENT						
<p>0 Évalue les situations et prend des décisions sensées</p> <p>-1 Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées</p> <p>-2 Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion</p> <p>-3 N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
5. COMPORTEMENT						
<p>0 Comportement adéquat</p> <p>-1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation</p> <p>-2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérangement les autres, errance, cris constants)</p> <p>-3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestiques)						
1. ENTREtenir LA MAISON						
<p>0 Entretien seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) [0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p>-3 N'entretient pas la maison</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
2. PRÉPARER LES REPAS						
<p>0 Prépare seul ses repas [0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p>-2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)</p> <p>-3 Ne prépare pas ses repas</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
3. FAIRE LES COURSES						
0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements...) <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				0 -1 -2 -3	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
-1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre						
-2 Besoin d'aide pour planifier ou faire les courses						
-3 Ne fait pas les courses						
4. FAIRE LA LESSIVE						
0 Fait toute la lessive seul <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				0 -1 -2 -3	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
-1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable						
-2 A besoin d'aide pour faire la lessive						
-3 Ne fait pas la lessive						
5. UTILISER LE TÉLÉPHONE						
0 Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				0 -1 -2 -3	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
-1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence						
-2 Communique au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur						
-3 Ne se sert pas du téléphone						
6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT						
0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus...) <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				0 -1 -2 -3	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
-1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté						
-2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre						
-3 Doit être transporté sur civière						

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS						
0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicaments [-0,5] Avec difficulté						
-1 A besoin de surveillance (incluant surveillance à distance) pour s'assurer qu'il prend convenablement ses médicaments OU pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____			0	-	
-2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement	<input type="checkbox"/> Non _____			-1	+	•
-3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun <input type="checkbox"/> pilulier	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2		
				-3		
8. GÉRER SON BUDGET						
0 Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) [-0,5] Avec difficulté						
-1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions majeures	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____			0	-	
-2 A besoin d'aide pour effectuer des transactions régulières (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise l'argent de poche qu'on lui remet à bon escient	<input type="checkbox"/> Non _____			-1	+	•
-3 Ne gère pas son budget	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2		
				-3		

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

PROFILS ISO-SMAF

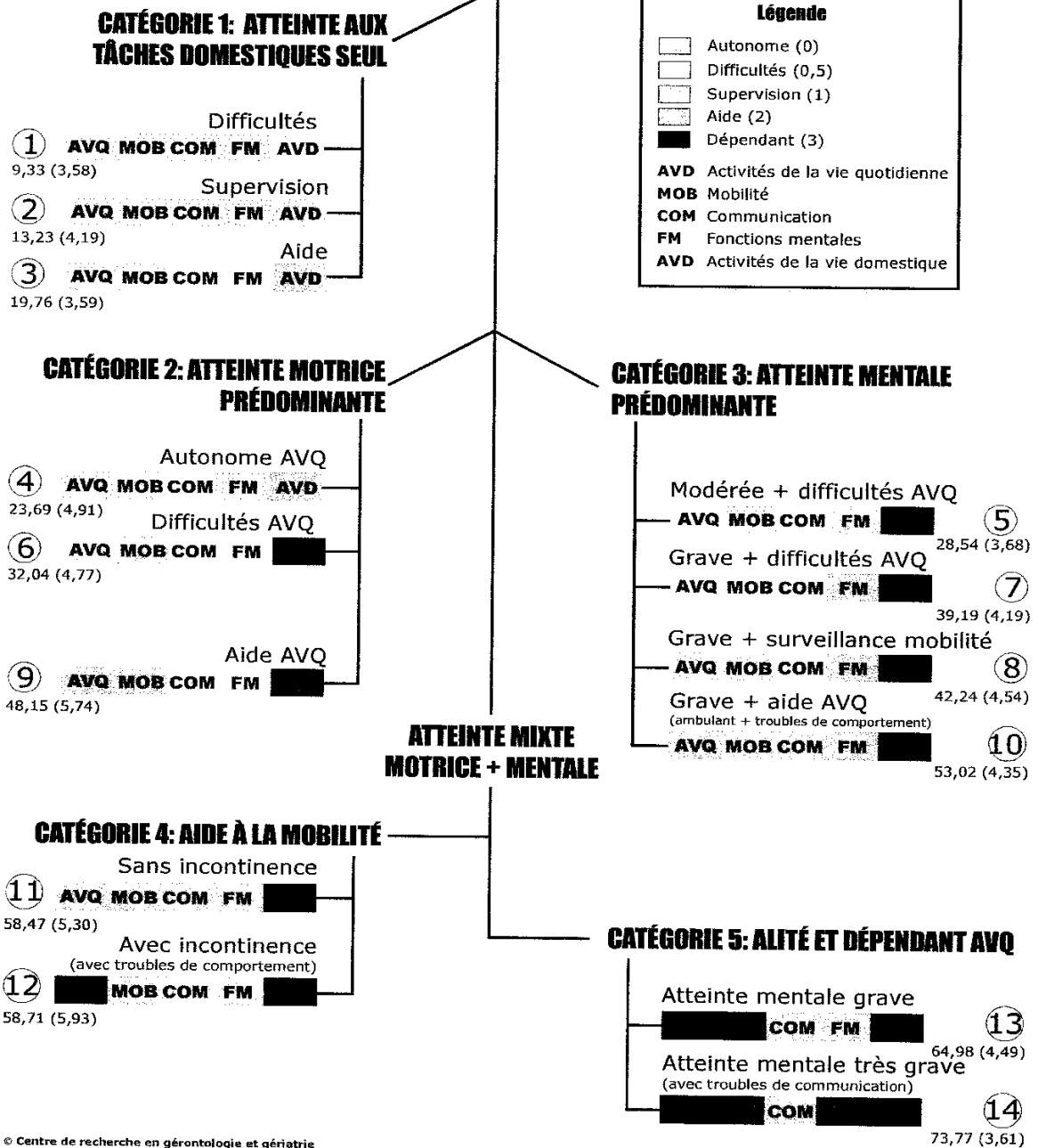




TABLEAU DE SOINS

CLINIQUE CHAIRÉ & ASSOCIÉS
1000, rue de la Grande Vallée, Québec, QC G1S 1A8

Nom	Chambre	Date
B1	rez de chaussé	01/04/2008

AUTONOMIE
 AVEC DIFFICULTÉ
 SURVEILLANCE OU STIMULATION
 AIDE
 DÉPENDANT
 Critères détaillés au verso

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Lever : _____ Tourner : _____ Coucher : _____ Autres : _____
 • Jaquette d'hôpital _____
 • Enlever prothèse(s) dentaire(s) _____

1. SE NOURRIR a) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> b) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> c) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> d) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Plat par plat <input type="checkbox"/>	2. SE LAVER a) cheveux <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> c) crâne <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> b) ongles : _____ d) <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lavabo <input type="checkbox"/> bain <input checked="" type="checkbox"/> douche <input type="checkbox"/> bain tourbillon <input type="checkbox"/> surveillance e) calendrier : min-hygiène : _____ L part. _____ bain : _____	
3. S'HABILLER <input type="radio"/> sauf <input type="radio"/> 	a) linges souillés : _____ b) chang. vét. : D L Ma Me J V S c) entretien des vét. : <input type="checkbox"/> aide co déteu	

4. ENTRETIEN
 a)
 b)
 c)
 d)
 e) dents naturelles
 prothèse sup. mettre
 prothèse inf. enlever
 f) tige-éponge
 g) tige-bouze

5. CONTINENCE VÉSICALE <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> J <input checked="" type="radio"/> penilex S <input type="radio"/> _____ N <input type="radio"/> _____	7. UTILISATION toilette <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> urinal <input type="radio"/> <input type="radio"/> ch. d'aisance <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> bassine <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> calcul filet <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> autres : penilex <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gilet d'incontinence <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> stomie <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sonde <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	---

B. MOBILITÉ

1. Transferts Prop. marche <input type="checkbox"/>	2. Marcher chambre <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> unité <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> établissement <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extérieur <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>	3. Prothèse ou orthèse
4. N/A <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chaire <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> unité <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> établissement <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> extérieur <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5. Sécurité Ascenseur <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> • ceinture FR/FG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • ceinture F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • gilet de sécurité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • ceinture magnétique (Sigafox) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • bracelet anti-tugue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • ridelles 1. J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 2. J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	

C. COMMUNICATION

Langue parlée : français

 D mettre
 C enlever
 M mettre
 E enlever

D. FONCTIONS MENTALES

1. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> soi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> autrui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l'usage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E. TÂCHES DOMESTIQUES (ACTIVITÉS DE LA MAISON)

1. Entretien la maison <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 2. Repas <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 3. Courses <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> livraison <input type="checkbox"/>	4. Lessive <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 5. Téléphone <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 6. Moyen de transport <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> automobile <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> véhicule adapté <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> taxi <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> autobus <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> transport adapté <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> ambulance <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	---

PARTICULARITÉS :

INDEX

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

CAA : Cour Administrative d'Appel

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAP : Commission d'Application des Peines

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CEL : Cahier Electronique de Liaison

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps

COPEP : Commission du Parcours d'Exécution de Peine

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique

CRAM : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DSP : Directeur des Services Penitentiaires

JAP : Juge d'Application des Peines

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PSE : Placement sous Surveillance Electronique

RIEP : Régie Industrielle des Etablissements Pénitentiaires

RPE : Règles Pénitentiaires Européennes

RPS : Réductions de Peine Supplémentaires

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TA : Tribunal Administratif

TGI : Tribunal de Grande Instance

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	P.2
SOMMAIRE	P.3
INTRODUCTION	P.4
PARTIE 1 – LES PERSONNES DETENUES HANDICAPEES, UN PUBLIC PARTICULIER AUX BESOINS SPECIFIQUES	P.10
Chapitre 1 Vivre son handicap en détention	P.11
Section1 : La situation des personnes handicapées en milieu carcéral	P.11
§1- Définition générale du handicap	P.11
§2- Données quantitatives sur les personnes détenues handicapées	P.13
A- Une surreprésentation du handicap dans la population carcérale	P.14
B- Les causes avancées de cette surreprésentation	P.16
Section2 : Les caractéristiques de cette population	P.17
§1- La perception du handicap dans la société	P.17
A- La personne handicapée, une personne hors norme ?	P.17
B- Les stratégies d'intégration des personnes handicapées	P.19
§2- La perception du handicap en détention	P.20
Chapitre 2 Handicapé et détenu, une impossible conciliation?	P.23
Section 1 : La nécessité de redonner du sens à la peine pour ce public doublement empêché	P.23

§1- La place du corps en détention	P.23
§2- La personnalisation de le peine vectrice de sens	P.25
Section2 : La prise de conscience de besoins spécifiques dans une perspective de respect de la dignité humaine	P.28
§1- Le handicap source de dépendance et d'isolement	P.29
A- Les difficultés liées à l'accessibilité	P.29
B- Le constat d'une plus grande vulnérabilité	P.31
§2- Une pression pour agir exercée par la jurisprudence	P.32
C- L'influence de la juridiction européenne	P.32
D- La réaction des juridictions nationales	P.34
PARTIE 2 - DES AVANCES NOTABLES MAIS ENCORE INSUFFISANTES	
DANS LA PRISE EN CHARGE	P.37
Chapitre1 : La création d'un dispositif législatif tenant compte du handicap en milieu carcéral	P.38
Section1 : Une volonté d'amélioration des conditions matérielles de détention	P.38
§1- Une politique volontariste en matière d'accessibilité des locaux	P.38
§2- La création récente de cellules aménagées	P.42
Section2 : Une réponse judiciaire et sociale pour assurer la personnalisation de la peine	P.45
§1- L'application limitée de la mesure de suspension médicale de peine	P.45
§2- La mise en place d'un parcours d'exécution de peine adapté	P.48

§3- L'attribution de prestations compensatoires du handicap	P.50
A- L'allocation adulte handicapé	P.50
B- Les autres prestations	P.53
Chapitre 2 : Vers une prise en charge spécifique et adaptée plus aboutie	P.56
Section 1 : Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire dans le repérage des situations de handicap	P.56
§1- L'utilisation d'un outil adapté d'identification du handicap	P.56
A- Le choix d'un outil d'identification	P.57
B- Le SMAF, un outil performant	P.58
C- Le SMAF, un outil d'avenir	P.59
§2- Les missions complémentaires du personnel pénitentiaire et médical	P.61
A- Le rôle du personnel médical	P.61
B- Le rôle du personnel de surveillance	P.64
Section 2 : Développer une politique globale de prise en charge de ce public	P.66
§1- Vers la mise en place d'unités spécifiques ?	P.66
§2- L'intervention de professionnels du handicap et de la dépendance	P.68
A- Les risques induits par la sollicitation de non-professionnels	P.68
B- Une prise en charge adaptée par le recours à une tierce personne	P.70
CONCLUSION	P.73
BIBLIOGRAPHIE	P.75

TABLE DES ANNEXES	P.80
ANNEXE 1	P.81
ANNEXE 2	P.91
ANNEXE 3	P.95
ANNEXE 4	P.105
ANNEXE 5	P.107
INDEX	P.118
TABLE DES MATIERES	P. 120

DETENTION ET DEPENDANCE : LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES EN MILIEU CARCERAL

Résumé :

L'institution carcérale ne paraît pas suffisamment préparée à prendre en charge un public en situation de handicap. Les établissements pénitentiaires s'avèrent largement inadaptés à l'accueil des personnes handicapées ou dépendantes aussi bien du point de vue de l'intégration de ces personnes à la vie de la détention qu'en terme d'accessibilité des locaux même si des avancées architecturales en la matière doivent être soulignées.

La question de la prise en charge du handicap en milieu carcéral n'est pas anecdotique et à vocation par conséquent à constituer une préoccupation majeure dans le contexte actuel d'accroissement de la population carcérale.

Une réflexion de fond doit être menée pour prendre en charge les personnes handicapées dans un univers, la prison, pas nécessairement pensé à l'origine comme adaptable aux particularités de chacun, et cela en s'appuyant sur les principes fondateurs de respect de la dignité et de réinsertion réaffirmés par la loi pénitentiaire.

L'enjeu est alors de mettre à l'épreuve la capacité de l'Institution à s'adapter en tenant compte des faiblesses, dans un espace carcéral qui accepte de se modifier, tout en faisant entrer progressivement en détention le droit commun de la prise en charge du handicap.

Mots clefs : Handicap, Dépendance, Vulnérabilité, Accessibilité, Suspension médicale de peine.