


Directeurs
des services pénitentiaires

Julie OLLIVAUX,
42ème promotion

Mémoire
de recherche
et d'application
professionnelle

La dépendance des
personnes détenues

La dépendance des personnes détenues

Sommaire

| | |
|--|----|
| Glossaire..... | 4 |
| Introduction..... | 6 |
| Première Partie : Etat des lieux de la dépendance des personnes détenues | 8 |
| §1 Approches philosophique et sociologique de la dépendance..... | 9 |
| §2 La dépendance au sens biomédical : éléments de définition et chiffres en milieu carcéral..... | 11 |
| §3 Un législateur volontariste et une jurisprudence rigoureuse à l'endroit de l'administration pénitentiaire | 17 |
| §4 Des réponses pour l'heure purement locales..... | 21 |
| Deuxième Partie : Le triple défi des prises en charge locales de la dépendance en milieu carcéral : dignité, sécurité et prévention | 24 |
| §1 Sauvegarde de la dignité et préservation de la sécurité, une équation pénitentiaire classique..... | 24 |
| A. Le premier niveau de réaction des établissements pénitentiaires accueillant des détenus dépendants : les « arrangements » locaux | 24 |
| B. Le niveau intermédiaire de réaction des établissements pénitentiaires : l'aide informelle par les codétenus..... | 28 |
| C. Le troisième niveau de réaction des établissements pénitentiaires : l'intervention organisée d'aides à domicile en détention..... | 31 |
| §2 L'anticipation de la dépendance, une démarche plus atypique..... | 34 |
| Troisième Partie : L'enjeu de la prise en charge de la dépendance en milieu carcéral : une harmonisation au plan national..... | 38 |
| §1 Levier d'action horizontal : faire connaître à l'ensemble des établissements pénitentiaires les bonnes pratiques initiées par les « pionniers » de la prise en charge de la dépendance | 38 |
| §2 Levier d'action vertical : être force de proposition auprès de la direction de l'administration pénitentiaire pour intégrer la problématique de la dépendance en milieu carcéral dans le débat national sur la dépendance | 41 |

Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Centre de détention

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

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

C°EDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CPH : Centre Pénitentiaire pour Hommes

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DPIP : Directeur Pénitentiaire d'insertion et de Probation

GIR : Groupe Iso Ressources

INED : Institut National des Etudes Démographiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MRIE : Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PEP : Parcours d'Exécution de Peine

PPSMJ : Personne Placée Sous Main de Justice

RSA : Revenu de Solidarité Active

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

Introduction

« Le handicap n'est pas une donnée objective (...) Le handicap, c'est plutôt le résultat d'une rencontre entre une déficience et un environnement qui peut être plus ou moins adapté à cette déficience »¹.

En prison comme à l'extérieur, le retentissement de la déficience dans l'environnement détermine la nature de l'accompagnement nécessaire, en termes d'aide humaine et d'aide technique. Or, alors que la dépendance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées est devenue un sujet de préoccupation croissante dans la société civile, il est nécessaire de s'interroger sur l'absence de traitement national du problème de la dépendance en prison, dans un environnement où la vulnérabilité des personnes est pourtant plus aiguë qu'à l'extérieur. Partant, dans la mesure où une loi sur la dépendance est actuellement en préparation², l'administration pénitentiaire aurait tout intérêt à se saisir de ce contexte de réforme pour mettre en avant ses difficultés à faire face à la dépendance de personnes âgées et/ou handicapées incarcérées. Associer l'administration pénitentiaire à ces travaux, c'est aussi l'occasion de s'interroger sur la pertinence des termes choisis pour prendre en charge les personnes vulnérables que sont les personnes âgées et les personnes handicapées. Le terme de dépendance, défini par un auteur comme « l'état de sujétion, de subordination de celui qui attend d'un autre la satisfaction d'un besoin »³, a en effet une connotation plutôt négative. C'est pourquoi beaucoup plaident pour un changement de vocabulaire, et préconisent de parler d'autonomie plutôt que de dépendance. La modification du regard porté sur les déficiences dues au vieillissement et/ou au handicap passe aussi par une évolution de la terminologie. D'ailleurs, la ministre qui est en charge de ce dossier n'est pas la ministre des personnes âgées et de la dépendance, mais la ministre déléguée « chargée des personnes âgées et de l'autonomie »⁴. Le Québec, qui utilise depuis trente ans une grille de mesure de l'autonomie fonctionnelle prenant en compte les paramètres médicaux, mais aussi psychologiques et sociaux pour évaluer au plus près les besoins des

¹ Anne-Sophie Parisot, « Le vécu du corps et l'intériorisation du regard, une expérience personnelle », pages 144-145, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, sous la direction de Pierre Ancet, Dunod, 2010, 225 pages.

² Annonce faite par le Président de la République F. Hollande dans le journal « Le Monde » daté du 27/01/2013

³ Marie-France Freynet, « Les médiations du travail social », *Chronique sociale*, 1995, page 142.

⁴ Michèle Delaunay.

personnes âgées et/ou handicapées, peut à cet égard faire figure de modèle⁵. Parler d'autonomie plutôt que de dépendance constitue un premier pas, ne serait-ce que dans le discours, pour lutter contre l'isolement des personnes âgées et/ou handicapées.

Il est singulier d'observer que concomitamment à l'augmentation des personnes âgées et/ou handicapées incarcérées, l'administration pénitentiaire a mis en place un plan triennal⁶ pour favoriser le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, en application de la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances⁷, afin d'atteindre en 3 ans le seuil légal de 6% d'emplois de personnes handicapées. En exécution de ce plan d'action, la direction de l'administration pénitentiaire a choisi de former les étudiants recrutés par la voie de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé exactement de la même manière que les élèves recrutés par concours, dans une logique d'intégration maximale⁸. L'option choisie revient donc, au nom d'un modèle intégratif⁹, à demander aux élèves en question de s'adapter à leur environnement, au moins au stade de la formation, alors que dans le même temps on réfléchit à des solutions pour pallier l'inadaptation de l'architecture et de l'organisation de la vie carcérale aux personnes détenues présentant des handicaps et des incapacités.

Afin de dresser un tableau général des lignes de force qui traversent la réflexion sur la prise en charge des personnes détenues âgées et/ou handicapées dans les établissements pénitentiaires, on reviendra d'abord sur les données existantes sur la dépendance en milieu carcéral, avant de rappeler les différents niveaux de réaction des établissements face à cette problématique. On réfléchira enfin sur les marges de manœuvre des chefs d'établissement pour parvenir à une meilleure adaptation des prisons à ce public particulièrement fragile en détention.

⁵ Voir « Le Monde », 12 mars 2013, « Au Québec, les " villes amies des aînés " pilotées par les personnes âgées elles-mêmes »

⁶ Plan d'action triennal 2008-2010

⁷ Loi du 11/02/2005 n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁸ Voir l'étude réalisée par Cécile Rambourg, « L'Expérience de la formation aux métiers pénitentiaires des travailleurs handicapés », ENAP, 2012, 98 p.

⁹ Idem.

Première Partie : Etat des lieux de la dépendance des personnes détenues

Le processus de vieillissement de la population, avec la perte d'autonomie qui y est associée, est la plupart du temps présenté sous un angle strictement médical, de surcroît avec un jugement plutôt négatif. Pourtant, il nous apparaît nécessaire de rappeler que cette perception de la dépendance des personnes âgées et/ou handicapées est influencée par un modèle social dominant, celui de l'autonomie des individus, érigée, pourrait-on dire, en parangon. Limiter la présentation de la dépendance à son aspect biomédical revient à nier l'interdépendance entre les individus, qui est pourtant au cœur des relations humaines. Dès lors, que ce soit à l'extérieur ou en milieu carcéral, lorsque l'on s'attache à définir la dépendance, il convient d'envisager ce concept non seulement sous l'angle épidémiologique, mais avec l'éclairage des sciences humaines, sous peine de ne retenir qu'une définition biaisée et partielle du phénomène.

Le vieillissement de la population carcérale ne se rencontre pas qu'en France, il a aussi été observé à l'étranger, même si peu d'études ont à notre connaissance été publiées sur le sujet. Une étude australienne¹⁰ permet notamment de faire une comparaison avec les statistiques françaises sur le vieillissement de la population pénale. En Australie, en 2010, les personnes détenues âgées de plus de 50 ans représentaient 11,2% de la population carcérale totale. En 2000, ils en représentaient 8,3%. L'article évoque également une augmentation des prisonniers âgés aux Etats Unis, au Royaume Uni et en Nouvelle Zélande.

Par exemple, en Angleterre et au Pays de Galles, une augmentation de 149% des détenus âgés de 60 ans et plus entre 1996 et 2006 a été observée.

Aux Etats Unis, entre les années 2000 et 2009, le nombre de prisonniers âgés de plus de 55 ans a augmenté de 42 300 à 75 300 (de 3.4% à 5.2%). Selon l'étude, d'ici 2030, un tiers des prisonniers aux Etats Unis auront plus de 55 ans.

¹⁰*Older prisoners – a challenge for Australian corrections*, Trends & issues in crime and criminal justice no.426, Susan Baidawi, Shelley Turner, Christopher Trotter, Colette Browning, Paul Collier, Daniel O'Connor and Rosemary Sheehan, Canberra: Australian Institute of Criminology, August 2011

L'article fait le constat d'une augmentation bien plus élevée du nombre d'Australiens âgés de plus de 50 ans en détention sur la période 2000-2010 (84%) par rapport à la population générale (31%). Pour les auteurs de cette étude, cela démontre que l'âge de la population générale ne peut expliquer l'augmentation constatée dans les prisons.

Enfin, l'étude mentionne des exemples étrangers d'établissements accueillant spécifiquement des personnes détenues âgées présentant des pathologies chroniques: Singen en Allemagne et Laurel Highland en Pennsylvanie.

Ces exemples étrangers peuvent constituer des pistes de réflexion pour les ministères français de la justice et de la santé.

Mais avant tout, pour dresser un état des lieux de la dépendance en milieu carcéral, il apparaît nécessaire de balayer les diverses significations de cette notion à la croisée des chemins entre sciences médicale et humaine.

§1 Approches philosophique et sociologique de la dépendance

Le sociologue Norbert Elias, dans *Qu'est-ce que la sociologie*, a une formule qui invite à prendre de la hauteur par rapport à la signification de la dépendance : « Nous dépendons des autres et d'autres dépendent de nous. Dans la mesure où nous dépendons davantage des autres que ceux-ci ne dépendent de nous, ils ont un pouvoir sur nous »¹¹. Si on est tenté, au regard du traitement médiatique de la dépendance - présentée notamment comme un 5^{ème} risque pour la Sécurité sociale -, de n'y voir qu'un problème de santé publique, la façon dont notre société réagit au vieillissement d'une partie de sa population est aussi le signe d'un délitement, à tout le moins d'une friabilité du lien social. Or venir en aide à une personne qui perd progressivement son autonomie, c'est aussi rétablir un lien social entre les générations, rappeler l'interdépendance entre les personnes que nos sociétés ont tendance à nier.

En effet, dans une représentation communément admise, dire qu'une personne dépend de quelqu'un d'autre, c'est envisager une relation arithmétiquement déséquilibrée, entre une personne autonome et une autre personne en situation de perte d'autonomie. Or

¹¹ cité par B. Ennuyer, in *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod, Paris, 2002, page 27.

cette vision des choses est très étroitement liée à l'individualisme de nos sociétés contemporaines, pour lesquelles l'autonomie est devenue une norme. Marcel Gauchet a ainsi pu critiquer « l'individu contemporain », qui « aurait en propre d'être le premier individu à vivre en ignorant qu'il est en société »¹².

Les philosophies dites du « care » s'inscrivent en faux contre cette conception des relations humaines. On en trouve une première manifestation aux Etats-Unis dans un ouvrage publié par Carol Gilligan en 1982, traduit en français aux éditions Flammarion sous le titre « Une Voix différente. Pour une éthique du care »¹³. De manière condensée, on pourrait résumer ces théories philosophiques - qui ont été explorées plus récemment par Joan Tronto¹⁴ et Fabienne Brugère - en soulignant qu'elles partent non pas du postulat communément admis de l'autonomie des individus, mais au contraire de leur interdépendance, l'existence des individus étant jalonnée par des périodes d'autonomie et de vulnérabilité. Pour la philosophe Agata Zielinski, le care « permet de redonner une place à la vulnérabilité dans le lien social »¹⁵.

Un auteur, Bernard Ennuyer, vient prolonger cette réflexion dans une dimension plus sociologique, mais qui montre bien également combien notre perception de la dépendance est influencée par le primat de l'individualisme. Pour lui, le fait que la signification prépondérante de la notion de dépendance soit de nature biomédicale, c'est-à-dire une « dépendance-incapacité », n'est pas un constat anodin. Le fait que cette acception l'ait emporté, dans la littérature scientifique, sur la « dépendance-lien social », comme élément de la cohésion sociale, implique selon cet auteur rien de moins qu'un refus de l'organisation sociale d'admettre une quelconque « responsabilité collective dans le parcours social des individus vieillissants »¹⁶. Des sociologues tels que M. Blenkner ou M. Clark considèrent par ailleurs que cet individualisme est de nature à faire régresser les individus vers un état de faiblesse et d'anxiété tellement ancré qu'il

¹²Dossier « L'autonomie, nouvelle utopie ? », Sciences humaines, Février 2011.

cité par Alain Ehrenberg dans l'article *France-Etats-Unis, deux conceptions de l'autonomie*.

¹³ Flammarion, Champs Essais.

¹⁴ *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 29 janvier 2009, 238 pages.

¹⁵ « L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin », *Etudes*, décembre 2010, n°4136, page 639.

¹⁶ *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod, Paris, 2002, page 17.

est intériorisé par ces derniers, faisant percevoir toute situation de dépendance comme un processus négatif¹⁷.

§2 La dépendance au sens biomédical : éléments de définition et chiffres en milieu carcéral

Dans son étude sur la notion de dépendance, Bernard Ennuyer revient sur la genèse du concept de dépendance au sens biomédical, définition qui on l'a vu a pris le pas sur la dépendance dans son versant lien social.

Ce n'est qu'en 1973 que le terme « dépendance » apparaît en France, dans les écrits d'un médecin gériatre, Y. Delomier, ainsi que d'un autre médecin, R. Hugonot. Y. Delomier, alors médecin gériatre dans un établissement de long séjour à Saint-Etienne, définit la dépendance dans un article de la revue *Gérontologie* comme l'incapacité à faire sans aide les principales activités de la vie quotidienne¹⁸.

Parallèlement, à la fin des années 1970, Philip Wood¹⁹, rhumatologue et épidémiologiste, décline le concept de dépendance en trois niveaux : celui de la déficience, qui désigne les atteintes de l'organisme (c'est-à-dire toute perte ou altération d'une structure ou fonction) ; celui de l'incapacité, conséquence de la déficience, qui indique la réduction ou la perte de certaines fonctions sensorielles, motrices ou mentales ; celui du désavantage, qui évalue les conséquences globales, pour la personne dans sa vie personnelle et sociale, compte tenu de ses incapacités.

Néanmoins, ce n'est qu'en 1995 que la notion de dépendance gérontologique fait son apparition dans *l'Encyclopaedia Universalis*, définie comme la « nécessité dans laquelle se trouvent les personnes âgées d'avoir recours à une aide extérieure ».²⁰

Lorsqu'une situation de dépendance est caractérisée, la personne qui subit une perte d'autonomie peut solliciter des aides, dont les conditions d'octroi sont déterminées par la réunion de certains critères.

¹⁷ voir B. Ennuyer, op.cit., page 61.

¹⁸ voir B. Ennuyer, op.cit., pages 17 et 85.

¹⁹ P. Wood, cité par B. Ennuyer, in op. cit.

²⁰ Ibid.

Les personnes handicapées peuvent prétendre d'une part à l'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou à la prestation de compensation du handicap (PCH). En outre, les personnes souffrant d'une dépendance dans le cadre d'une perte d'autonomie liée au vieillissement peuvent demander à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (l'APA). Les personnes détenues dépendantes à raison d'un handicap ou de leur vieillissement peuvent prétendre à ces aides à l'instar du reste de la population, mais avec des spécificités.

L'AAH peut être demandée par les personnes handicapées résidant sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer, ou à St-Pierre et Miquelon (article L.821-1 du CSS²¹). La loi pose une condition d'âge : la personne handicapée doit avoir plus de vingt ans, et cesse d'être versée à l'âge légal de départ à la retraite pour les bénéficiaires ayant un handicap inférieur à 80%²². Le taux d'incapacité pour ouvrir droit à l'AAH est apprécié d'après le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, figurant à l'annexe 2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Une condition tenant à l'inactivité doit également être remplie²³. L'AAH doit être versée à toute personne dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80%²⁴, ainsi qu'à toute personne dont l'incapacité permanente est inférieure à 80% mais atteint 50%²⁵, qui s'est vue reconnaître par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi²⁶. Enfin, l'attribution de l'AAH est subordonnée à des conditions de ressources, de l'allocataire et de son conjoint (ou concubin, ou partenaire d'un PACS).

Il est toutefois à noter qu'une circulaire récente²⁷ d'application immédiate, rappelle les conséquences d'une incarcération sur les droits à l'AAH et au RSA. On y apprend notamment que passé un délai de soixante jours de détention, le montant de l'AAH est

²¹ Code de la Sécurité Sociale.

²² Pour les bénéficiaires ayant un taux de handicap supérieur ou égal à 80%, une AAH différentielle peut être versée.

²³ Un décret du 16 août 2011, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2011, est venu modifier ce critère.

²⁴ Article L.821-1 CSS ; article D.821-1 CSS.

²⁵ Article D.821-1 CSS.

²⁶ La décision de la CDAPH doit être motivée et préciser le délai de révision qui ne peut excéder cinq ans (porté à 10 ans lorsque le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable).

²⁷ Circulaire n° DGS/SD1C/2012/299, Direction Générale de la Cohésion Sociale, 30 juillet 2012, *relative aux conditions d'accès et aux modalités de calcul du RSA et de l'AAH des PPSMJ – incarcérées ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement ou d'exécution de peine.*

réduit de manière à ce que son bénéficiaire conserve 30 % du montant mensuel de l'allocation²⁸. La circulaire vient préciser que cette réduction n'a pas lieu dans seulement deux hypothèses : lorsque le bénéficiaire a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge²⁹ et lorsque le conjoint (ou le concubin ou partenaire d'un PACS) de l'allocataire ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la CDAPH. Il n'en reste pas moins que c'est un principe exorbitant du droit commun qui prévaut en détermination pour l'attribution de l'AAH : les indemnités compensatrices du handicap sont minorées pour les personnes incarcérées, choix du législateur dont la légitimité peut être discutée.

Les personnes handicapées peuvent également solliciter l'octroi de la PCH, lorsqu'elles remplissent les conditions fixées par l'article L.245-1 du CASF³⁰, à savoir une résidence stable³¹ et un handicap répondant à certains critères prenant en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie.

La PCH est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. La limite d'âge maximale pour solliciter cette prestation est de soixante ans³², mais les personnes dont le handicap répondait avant l'âge de soixante ans aux critères fixés pour l'octroi de la PCH peuvent la demander jusqu'à soixante-quinze ans³³. C'est la CDAPH qui accorde le bénéfice de la PCH³⁴.

Il est à noter que le cumul de la PCH et de l'APA n'est pas possible. La personne handicapée dispose d'un droit d'option entre les deux aides : toute personne qui a obtenu le bénéfice d'une PCH avant l'âge de soixante ans et qui remplit les conditions pour bénéficier de l'APA peut choisir, lorsqu'elle atteint soixante ans et à chaque renouvellement de cette prestation, entre le maintien de la PCH et le bénéfice de l'APA.

²⁸ Aux termes de l'article R.821-8 du CSS, à partir du premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus passés dans un établissement pénitentiaire, « le montant de l'AAH est réduit de manière à ce que son bénéficiaire conserve 30% du montant mensuel de ladite allocation. L'intéressé ne peut recevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas (...) incarcéré ».

²⁹ Au sens de l'article L.313-3 du CSS.

³⁰ Code de l'Action Sociale et des Familles

³¹ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer ou à St-Pierre et Miquelon

³² Article L.245-1, I CASF.

³³ L.245-1, I CASF et D.245-3 CASF.

³⁴ Article L.245-2 CASF.

Enfin, l'APA est le dispositif phare de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. L'allocation personnalisée d'autonomie a été mise en place à compter du 1^{er} janvier 2002 (loi du 20 juillet 2001). Cette allocation est destinée aux personnes âgées résidant en France qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur état physique ou mental³⁵.

L'APA, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide de la grille nationale AGGIR³⁶.

Une fois ces définitions et dispositifs d'aide rappelés, il convient de faire une revue des études de santé publique consacrées à la mesure de la dépendance en milieu carcéral. Or ces dernières ne sont pas légion, et de surcroît ne sont pas très récentes.

³⁵ Article L232-1 CASF.

³⁶ Article L.232-1 CASF ; l'ouvrage Lamy Protection Sociale (n°2359 et s.) rappelle les situations auxquelles les six groupes de la grille Aggir correspondent :

- le groupe iso-ressources I correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le groupe iso-ressources II comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants » ;
- le groupe iso-ressources III correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire ;
- le groupe iso-ressources IV comprend essentiellement deux groupes de personnes : celles qui n'assurent pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ; celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas ;
- le groupe iso-ressources V correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le groupe iso-ressources VI regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

NB/ Les personnes classées dans l'un des groupes 1 à 4 de la grille nationale bénéficient de l'APA sous réserve de remplir les conditions d'âge et de résidence (article R. 232-4 du CASF).

On a néanmoins quelques chiffres, qui permettent d'avoir une idée du vieillissement de la population carcérale sur les vingt dernières années. Au 1^{er} janvier 1990, 449 personnes âgées de 60 ans et plus étaient incarcérées. Au 1^{er} janvier 2012, on en recensait 2 565, soit 3,5% des personnes écrouées.

Du côté des études, seuls deux travaux comportent des données épidémiologiques et statistiques, mais datent du début des années 2000.

On mentionnera d'abord l'enquête « HID » (Handicaps, Incapacités, Dépendance) de l'Institut National des Etudes Démographiques de 2001, réalisée dans une trentaine d'établissements pénitentiaires, coordonnée par Aline Désesquelles, qui dirige la division des enquêtes et études démographiques à l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Au cours de cette enquête, près d'une personne détenue sur dix déclarait avoir besoin d'une aide matérielle (béquilles, appareillage, fauteuil roulant...) ou humaine. Or ce besoin, d'après les interrogatoires menés, n'était satisfait que dans un cas sur trois. De plus, dans un article publié suite à la parution de cette étude, Madame Désesquelles soulignait que l'enquête HID estimait à 29 % (pourcentage qui passe à 41,3% pour les personnes détenues âgées de 50 ans et plus) la part des personnes détenues se déclarant limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé, contre 4,8% dans la population libre³⁷. Toujours selon cette enquête, 22,7% des personnes détenues déclaraient souffrir d'au moins une incapacité (45,1% des détenus âgés de 50 ans et plus), contre 8,1% de la population libre.

Ces quelques données statistiques permettent de réaliser que non seulement les situations de handicap sont plus courantes en prison qu'à l'extérieur, mais surtout que les personnes vieillissant en milieu carcéral développent davantage d'incapacités induites par ce vieillissement qu'à l'extérieur.

Ensuite, une étude menée par Aurélie Gauthier³⁸ permet d'avoir une vision plus précise, en termes démographiques, du type de détenus concernés par des situations de

³⁷ A. Désesquelles, « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur », in *INSEE Première*, n°854, juin 2004, 4 pages.

³⁸ A. Gauthier, « Prison du corps, geôle de l'esprit : étude du vieillissement en milieu carcéral », *Cahiers de la sécurité*, n°12, avril 2010, p.171-177

dépendance. L'auteur fait en effet le constat d'un vieillissement de la population carcérale, au vu de deux facteurs : l'inflation de la répression des infractions à caractère sexuel et l'allongement des durées moyennes d'incarcération (constat partagé par plusieurs auteurs, notamment Marion Barthélémy). Mais cette étude porte sur deux maisons centrales - soit en principe des établissements où on dispose de davantage de temps qu'en maison d'arrêt pour organiser des activités, pour personnaliser l'exécution de la peine - on ne peut donc en toute rigueur l'exploiter pour mesurer le vieillissement de la population pénale sur l'ensemble des prisons françaises. Il est toutefois intéressant d'observer que l'auteur relève un vieillissement plus significatif des hommes incarcérés par rapport aux femmes incarcérées.

Enfin, Laurence Laplace³⁹ a procédé à un recensement, au 1^{er} février 2001, des détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne sur l'ensemble des établissements pénitentiaires. A cette date, elle a relevé que la région pénitentiaire la plus touchée par cette problématique était Paris, et la moins touchée Dijon. Les hommes étaient alors beaucoup plus représentés que les femmes, l'âge moyen des détenus dépendants - au 1^{er} fév. 2001 - était de 58,9 ans.

Au regard de la grille d'évaluation de la dépendance AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), qui est utilisée par les médecins pour attribuer ou non l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), Laurence Laplace ne relevait aucun GIR 1 (ce dernier correspondant à la plus forte dépendance, le GIR 6 correspondant lui à la situation où la dépendance est la moins sévère).

Les difficultés essentielles relevées par L. Laplace avaient trait à la toilette, à l'habillement, aux transferts et aux déplacements. Comme d'autres auteurs, Mme Laplace remarquait que l'aide apportée était souvent le fait de codétenus.

³⁹ L. Laplace, *Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral sur le territoire français*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Rennes 1, juin 2001, 79 p.

Au regard de l'ensemble de ces données, on retiendra dans notre étude la définition biomédicale, certes empreinte de considérations philosophiques et sociologiques. L'objet de cette étude consistera dès lors à essayer, malgré la relative insuffisance des données disponibles, de mieux comprendre pourquoi l'administration pénitentiaire doit apporter des réponses à la problématique du vieillissement des personnes incarcérées.

§3 Un législateur volontariste et une jurisprudence rigoureuse à l'endroit de l'administration pénitentiaire

La définition législative de la dépendance date de 1997. La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière ». Bien que la prestation spécifique dépendance, que cette loi avait instaurée, ait disparu au profit de l'allocation personnalisée d'autonomie, cette définition qui rejoint celle proposée par le Docteur Y. Delomier reste d'actualité.

Mais au-delà de cette description du législateur, qui en quelque sorte prend acte d'une évolution démographique en instituant des mécanismes de compensation des handicaps générés par le vieillissement de la population, on assiste à une « pression » croissante du législateur d'une part, de la jurisprudence d'autre part, pour que l'administration pénitentiaire réponde aux cas de dépendance des personnes qui sont sous sa garde.

Ainsi, la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009, dans son article 50, prévoit la possibilité pour une personne se trouvant en situation de handicap de désigner un aidant de son choix, l'administration pénitentiaire disposant d'un droit de veto quant au choix de l'aidant. Le rapport du Sénat sur l'application de la loi pénitentiaire⁴⁰ a toutefois relevé d'importantes difficultés dans la mise en œuvre de cet article, qui tiennent à la fois à la réticence des associations d'aides à domicile à intervenir en détention, ainsi qu'à une implication insuffisante des Conseils généraux.

⁴⁰ J.- R. Lecerf, N. Borvo Cohen-Seat, Rapport d'information n° 629 sur l'application de la loi pénitentiaire, 4 juillet 2012, p. 42-43.

En outre, la loi pénitentiaire a abaissé à 70 ans le seuil pour pouvoir bénéficier d'une libération conditionnelle⁴¹, en supprimant de surcroît tout délai d'éligibilité, « dès lors que la réinsertion de la personne est assurée, en particulier si cette dernière fait l'objet d'une prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire ou si elle justifie d'un hébergement, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou si cette libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public ». Pourtant, là aussi, le rapport d'information précité déplore que les juridictions refusent bien souvent le prononcé de libérations conditionnelles pour des détenus répondant à ces critères lorsque la peine exécutée est encore couverte par la période de sûreté prévue par l'article 720-2 du code de procédure pénale. Quant au dispositif de suspension de peine pour raison médicale, non seulement les personnes prévenues n'y sont pas éligibles⁴², mais elles sont prononcées avec une extrême parcimonie pour les personnes condamnées.

Cette critique est relayée par une partie de la doctrine⁴³ qui peine à comprendre pourquoi la suspension de peine pour raison médicale est si peu employée, alors qu'on est dans un contexte de vieillissement de la population carcérale. L'article décrit les différents aménagements de peine pour raison médicale, notamment les assouplissements apportés par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Ce thème est intrinsèquement lié à l'étude de la dépendance, car le phénomène du vieillissement ou du handicap en prison pose la question de la place de ces personnes en détention. Il souligne également les difficultés de l'expertise médicale, en insistant notamment sur la subjectivité de la réponse de l'expert à la question de l'engagement du pronostic vital de la personne détenue, alors que la loi pénitentiaire permet le prononcé de la suspension de peine au vu d'un seul certificat médical. Un autre auteur, Joseph Rivière⁴⁴, abonde en ce sens mais via une critique de l'évolution de la prison vers un lieu de soins : pour lui,

⁴¹ Article 82 de la loi du 24 novembre 2009, rajoutant un alinéa à l'article 729 du Code de procédure pénale.

⁴² Le rapport d'information du Sénat du 4/07/2012 considère qu'il y a là une lacune de la loi pénitentiaire, en raison des conditions d'incarcération en maison d'arrêt qui sont inadaptées pour des personnes âgées ou handicapées, rapport précité p. 42-43.

⁴³ Voir notamment Myriam de Crouy Chanel, Etienne Noel, Olivier Sannier, *Les aménagements de peine pour raison médicale – Approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre*, AJ Pénal 2010, p. 318.

⁴⁴ Joseph Rivière, « L'âge en peine : problèmes et questions de la vieillesse en milieu carcéral », *Passe-Murailles*, n°28, janvier-février 2011, p. 67-69.

ce mouvement risque d'annihiler les possibilités de suspension de peine pour raison médicale.

En outre, deux règles pénitentiaires européennes, de par leur formulation très large, requièrent des établissements pénitentiaires la prise en charge des détenus dépendants. Il s'agit de la règle 72.1, qui dispose 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 », et de la règle 39, qui enjoint les autorités pénitentiaires à « protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde ».

Au regard de l'écart entre les textes et leur application, on peut considérer que les juridictions vont plus loin que le législateur en enjoignant véritablement l'administration pénitentiaire à répondre à la problématique de la dépendance en détention. Il convient ici de mentionner plusieurs jurisprudences qui comportent une dimension de politique pénale.

Pour commencer, dans l'arrêt CEDH, 24 octobre 2006, « *Vincent contre France* », la France a été condamnée pour violation de l'article 3 de la C°EDH (interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants)⁴⁵, s'agissant d'un détenu qui, pendant sa période de détention provisoire, ne pouvait franchir les portes de sa cellule en fauteuil roulant, et n'accédait à la douche que difficilement. La Cour pointe l'inadaptation des locaux, qui ont mis le requérant dans une situation de dépendance totale.

L'un des commentateurs de cet arrêt, Jean-Paul Céré, met cette décision en perspective avec d'autres arrêts rendus par la CEDH, ayant condamné la Moldavie et l'Ukraine. Cette comparaison est intéressante car elle permet de situer la France en termes de prise en charge des détenus dépendants par rapport à d'autres Etats.

Par ailleurs, dans sa note, Jean-Paul Céré profite du commentaire de la jurisprudence « Vincent » pour souligner une évolution prétorienne de la CEDH, qui à notre sens revêt une importance certaine sur la manière dont les établissements pénitentiaires doivent envisager la prise en charge des personnes dépendantes : les condamnations sur le fondement de l'article 3 de la C°EDH ne concernent pas seulement les cas de

⁴⁵ Jean-Paul Céré, *Recueil Dalloz* 2007, p. 1229, Exécution des peines, décembre 2005 - mars 2007.

dépendance durables, mais aussi les situations ponctuelles (à l'instar d'un accident survenant en détention). Cela exige donc une adaptabilité des établissements pénitentiaires.

Ensuite, une autre décision importante, qui constitue l'épilogue de l'affaire « Vincent », pose le principe de l'appréciation *in concreto* (i.e en fonction des circonstances de l'espèce) de la compatibilité de la détention avec le handicap. Il s'agit de l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 7 janvier 2009⁴⁶. Dans cet arrêt, la Cour de cassation déploie un raisonnement pragmatique. Elle considère en effet que la détention doit être compatible avec le handicap ; que l'adaptation des établissements pénitentiaires aux situations de dépendance générées par un handicap doit être examinée à l'aune des possibilités offertes par l'établissement, au regard des conditions effectives de la détention.

De la même manière, dans une ordonnance de référé du 27 juin 2011⁴⁷, le tribunal administratif de Marseille, à propos d'un détenu en fauteuil roulant qui à son incarcération aux Baumettes n'avait pu prendre une douche qu'au bout de huit jours, pour lequel de nombreuses parties de l'établissement étaient inaccessibles, qui ne pouvait pas contrôler l'ouverture de sa fenêtre et qui ne pouvait pas procéder à sa toilette seul, a condamné l'Etat à verser à ce détenu une indemnité de 2000 euros. Le juge des référés a estimé qu'en méconnaissant l'article 3 de la C^oEDH, « il n'était pas sérieusement contestable que l'Etat avait violé une liberté fondamentale ».

Cette décision se situe du reste dans le droit fil de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui dans une affaire proche de l'affaire « Vincent »⁴⁸ considère que faute de transférer immédiatement un détenu en fauteuil roulant dans une structure adaptée ou d'avoir suspendu la peine privative de liberté, l'Etat italien a violé l'article 3 de la Convention EDH, en infligeant au détenu en question un traitement dégradant.

⁴⁶ Muriel Giacomelli, « Les conditions de détention d'une personne handicapée doivent être durablement compatibles avec l'état de santé », *AJ Pénal* 2009, page 235.

⁴⁷ TA Marseille, Ord. Référé, 27 juin 2011, n^o110260, inédit ; jurisprudence citée par Martine Herzog-Evans dans son ouvrage *Droit pénitentiaire*, Dalloz Action, édition 2012-2013, pages 1037-1038.

⁴⁸ CEDH, 10 juin 2008, « Scoppola contre Italie », arrêt mentionné dans le Fascicule *Jurisclasseur* 560 « Droits des détenus »

Le droit français, au travers de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, invite il est vrai a minima les autorités pénitentiaires à intégrer les situations de handicap, en termes notamment d'exercice d'activités ou de travail⁴⁹.

Face à une législation plus incitative qu'effective, pour répondre à une jurisprudence assez sévère, les établissements pénitentiaires répondent au cas par cas, au gré des situations de dépendance qu'ils se trouvent contraints de gérer.

§4 Des réponses pour l'heure purement locales

Différentes études ont été réalisées dans des établissements plus spécifiquement touchés par le vieillissement de la population carcérale.

Ainsi, un article intitulé « Vieillir derrière les barreaux »⁵⁰ revient sur une étude réalisée au centre pénitentiaire de Liancourt en 2008 évaluant l'autonomie des personnes âgées de 50 ans et plus. Dans cet établissement, des aides-soignants interviennent à l'UCSA pour des soins réalisés dans les cellules des personnes dépendantes. Or à Liancourt, on a observé un encouragement à l'autonomie de ces personnes.

L'article soulève le problème du partage d'informations entre l'UCSA et le personnel pénitentiaire s'agissant des situations de dépendance. A Liancourt, une solution intermédiaire a été trouvée : l'UCSA ne communique que le strict nécessaire pour la prise en charge des personnes dépendantes.

Une étude thématique publiée en 2007⁵¹ portant sur l'évaluation des besoins des détenus âgés ou handicapés dans les différents établissements de la région Basse-Normandie recense les établissements les plus adaptés à ces situations et ceux qui ne le sont pas. Cette étude permet de mesurer l'écart entre un établissement comme Liancourt et les prisons situées en Basse-Normandie : globalement, dans les établissements visités, soit

⁴⁹ V. les articles 22, 27 et 33 al. 3 de la loi pénitentiaire du 24/11/2009.

⁵⁰ O. Sannier, D. Danjour, Y. Talamoni, « Vieillir derrière les barreaux », dossier, *Soins Gérontologie*, n°88, 2011, p. 21-41.

⁵¹ Isabelle Grimbert, *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair : Observatoire régional de la santé de Basse Normandie*, 2007, 110 p.

il n'y a pas de cellule aménagée du tout, soit il en existe mais peu. Dans une perspective similaire, une étude de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes, menée sur la région Rhône-Alpes et Auvergne⁵² présente l'intérêt de démontrer que les personnes détenues ayant le plus de problèmes de santé liés au vieillissement sont atypiques, représentent une minorité par rapport à la population pénale globale, en termes notamment de niveaux de ressources et d'études supérieures. Cette dimension, sur laquelle les autres travaux n'insistent pas, devra à notre sens être mise en exergue.

Ensuite, plusieurs mémoires se penchent sur les problèmes d'accessibilité des établissements pénitentiaires. On peut par exemple citer celui de Delphine Cadoret⁵³, qui fait un état des lieux de la prise en charge des détenus handicapés physiques, sur un échantillon d'établissements de la Direction régionale des services pénitentiaires de Lyon.

D'autres mémoires s'interrogent plutôt sur l'opportunité de privilégier l'aide par un codétenu pour les personnes dépendantes, ou bien à organiser l'intervention d'aides à domicile dans les prisons. Il s'agit des travaux d'Isabelle Piccoli Picco⁵⁴ et de Marion Barthélémy⁵⁵.

Ayant effectué notre stage d'observation dans un établissement ayant récemment mis en place une convention entre la direction de l'établissement, le SPIP, le Conseil Général et une association d'aide à domicile, on introduira une dimension pratique en revenant sur les difficultés de mise en place de ces conventions, dues notamment à des cultures différentes.

Ce prisme d'analyse nous apparaît également particulièrement intéressant, en ce qu'il implique un positionnement, en tant que futur directeur des services pénitentiaires, entre sauvegarde de la sécurité de l'établissement (faire entrer des intervenants extérieurs en détention nécessite toujours une certaine vigilance) et reconstitution d'une forme de lien

⁵² MRIE, 2010, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*

⁵³ D. Cadoret, *La prise en charge des détenus handicapés physiques : étude comparée entre les sites de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône et le centre de détention de Riom*, Mémoire, 10^{ème} promotion de CIP, ENAP, 2006, 106 p.

⁵⁴ *La prise en considération par le conseiller d'insertion et de probation de l'état de dépendance du détenu dans les gestes de la vie quotidienne*, Mémoire, 11^{ème} promotion de CIP, ENAP, 2007, 124 p.

⁵⁵ *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les établissements pénitentiaires*, Mémoire, 39^{ème} promotion de DSP, ENAP, 2011, 114 p.

social, qui peut prendre deux formes différentes : une aide extérieure ou une aide interne, via un codétenu, que l'on peut valoriser en la transformant en diplôme.

Nous privilégierons l'examen de ces initiatives locales dans la deuxième partie du mémoire, car elles reflètent le plus justement le bilan actuel des actions de prise en charge de la dépendance en milieu carcéral. En effet, les établissements pénitentiaires qui ces dernières années ont été confrontés à l'entrée en prison de détenus âgés et/ou handicapés ont eu à relever un défi de taille. Il s'est agi pour ces établissements de mettre en œuvre des dispositifs nécessaires à la sauvegarde de la dignité des personnes détenues, tout en gardant toujours intacte une vigilance quant aux impératifs sécuritaires inhérents au milieu carcéral. Mais à ce délicat jeu d'équilibre qui est commun à l'ensemble des problématiques pénitentiaires, des professionnels de ces établissements ont fait montre d'audace et d'anticipation en mettant en place des actions destinées à prévenir, ou à tout le moins à retarder, la survenance de la dépendance chez les personnes incarcérées.

Deuxième Partie : Le triple défi des prises en charge locales de la dépendance en milieu carcéral : dignité, sécurité et prévention

La prise en charge de la dépendance en milieu carcéral est pour l'heure le fruit d'une casuistique pénitentiaire, dans la mesure où seuls les établissements qui ont été davantage confrontés à l'entrée en détention de personnes âgées et/ou handicapées ont mis en œuvre des démarches spécifiques. Ces initiatives locales seront dès lors au cœur de notre étude.

Là où beaucoup de questions relevant du champ pénitentiaire doivent être traitées sous le prisme classique de la sécurité et de la réinsertion, le problème de la dépendance en milieu carcéral doit, au regard des actions menées dans les établissements, faire l'objet d'une triple analyse. En effet, la recherche de solutions concernant l'accroissement des personnes détenues dont l'autonomie est amoindrie est d'abord guidée par le souci de préserver la dignité des individus, classiquement tempéré par les exigences sécuritaires inhérentes au milieu carcéral. Mais l'audace des actions locales qui sont menées réside dans l'adjonction d'un autre impératif, non moins crucial s'agissant d'une question de santé publique : celui de la prévention. Il est à cet égard singulier d'observer que c'est plutôt du terrain qu'émerge une volonté prospective, de nature à encourager une politique ambitieuse d'harmonisation impulsée par l'administration centrale.

§1 Sauvegarde de la dignité et préservation de la sécurité, une équation pénitentiaire classique

- A. Le premier niveau de réaction des établissements pénitentiaires accueillant des détenus dépendants : les « arrangements » locaux

Tenter de concilier la détention avec la dignité des personnes détenues présentant des signes de dépendance constitue le point de convergence de l'ensemble des actions menées.

La première étude à s'être penchée sur le problème du vieillissement en milieu carcéral, après l'étude statistique de l'INED « Handicap-Incapacité-Dépendance » (2001) a été

menée en 2007 par l'Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie⁵⁶. L'auteur de l'étude a cherché à comprendre les raisons de l'augmentation des détenus âgés dans la région Basse-Normandie, et a examiné la qualité des prises en charges de ces détenus particuliers dans différents établissements de cette région : le centre pénitentiaire de Caen, la maison d'arrêt de Cherbourg, la maison d'arrêt de Coutances et le centre de détention d'Argentan.

Au centre pénitentiaire de Caen, entre 1990 et 2003, l'âge moyen de la population carcérale a augmenté de 8,8 ans, soit d'environ huit mois par an⁵⁷.

D'après l'étude menée par Isabelle Grimbert, lorsque les établissements pénitentiaires de la région Basse-Normandie ont commencé à voir entrer en détention des détenus âgés, ils ont essayé de s'organiser à l'échelon régional, en procédant au transfert des détenus dépendants vers des établissements plus adaptés. Sur la région étudiée, les détenus dépendants de la maison d'arrêt de Cherbourg ou de la maison d'arrêt de Coutances étaient ainsi transférés vers des établissements plus modernes, le centre de détention d'Argentan et le centre pénitentiaire de Caen. En 2007, la moyenne d'âge des détenus de ce centre pénitentiaire était de 46 ans. Cette moyenne assez élevée s'expliquait par le fait que dans cet établissement, trois quarts des personnes incarcérées étaient des délinquants sexuels⁵⁸. Toutefois, si les structures de Caen et d'Argentan étaient plus adaptées que celles d'établissements plus anciens, la situation était loin d'être idéale. Ainsi, si le CD d'Argentan comptait en 2007 deux cellules pour les personnes à mobilité réduite, ces dernières ne comportaient pas de dispositifs pour recharger les batteries des fauteuils dans les cellules⁵⁹. Par ailleurs, l'ensemble des établissements étaient confrontés au problème de l'insuffisance des ressources humaines pour les extractions médicales. Or, par exemple pour un détenu souffrant de surdité, la confection de prothèses auditives nécessite de multiples consultations à l'extérieur, quasi inenvisageables au regard des effectifs de personnels de surveillance.

⁵⁶ Isabelle Grimbert, *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair : Observatoire régional de la santé de Basse Normandie*, 2007, 110 p.

⁵⁷ Ibid., page 17.

⁵⁸ Ibid., pages 24-25.

⁵⁹ Ibid., pages 30-31.

La « sectorisation », soit le regroupement des détenus présentant des problèmes de dépendance, s'effectue également par une voie détournée, pour des motifs tenant au profil des personnes incarcérées. Dans la mesure où les personnes qui sont condamnées à un âge avancé sont souvent des auteurs d'infraction à caractère sexuel, elles sont majoritairement incarcérées dans des établissements ayant vocation à accueillir ces profils. Il s'agit en particulier des centres de détention de Liancourt, de Caen, de Nantes⁶⁰. C'est aussi le cas des centres pénitentiaires d'Aiton, de St Quentin-Fallavier et de Riom, établissements de la région Rhône-Alpes et Auvergne qui hébergeaient en 2010 des détenus âgés majoritairement incarcérés depuis moins de cinq ans, condamnés à de lourdes peines⁶¹. L'étude de 2010 de la Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes (MRIE) portant sur ces établissements relevait ainsi qu'un tiers des détenus rencontrés avaient été incarcérés entre soixante et soixante-cinq ans, un tiers après soixante-cinq ans, et un troisième tiers entre cinquante et soixante ans⁶².

Par ailleurs, certains établissements ont développé des dispositifs de détection des situations de dépendance, en mobilisant le partenariat. Ainsi, à la Maison Centrale de Saint Maur, une commission « unité d'accueil et d'observation »⁶³ a été mise en place. Composée de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), du psychologue du parcours d'exécution de peine (psychologue PEP), d'un membre de la direction de l'établissement, d'un personnel de surveillance, de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et du service médico psychologique régional (SMPR), cette commission permet de procéder dès l'accueil du détenu à une détection et une évaluation de son état de dépendance. Des instances de ce type sont particulièrement idoines pour détecter des situations de dépendance, notamment lorsqu'on a affaire à des détenus qui ne demandent rien, qui cherchent à dissimuler leur état et vis-à-vis desquels on peut craindre un passage à l'acte suicidaire. A la maison d'arrêt de Caen, la détection des cas de dépendance s'opère par plusieurs « circuits » d'information : l'équipe

⁶⁰ M. Barthélémy, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les établissements pénitentiaires*, Mémoire, 39^{ème} promotion de DSP, ENAP, 2011, p. 33

⁶¹ MRIE, 2010, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*, page 8.

⁶² MRIE, 2010, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*, page 17.

⁶³ V. Isabelle Piccoli-Picco, *La prise en considération par le conseiller d'insertion et de probation de l'état de dépendance du détenu dans les gestes de la vie quotidienne*, Mémoire, 11^{ème} promotion de CIP, ENAP, 2007, pages 26 à 28.

d'infirmières, le personnel de surveillance, le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation), les familles ou encore les visiteurs de prison⁶⁴. D'autres pistes de détection des situations de dépendance ont été explorées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, notamment en utilisant le logiciel Gide. On a ainsi pensé, dans cet établissement, à demander aux services de la régie des comptes nominatifs de repérer quelles sont les personnes détenues percevant l'allocation adulte handicapé sur leur compte nominatif. Cette initiative n'a malheureusement pas été très efficace, aussi la maison d'arrêt de Fleury a-t-elle finalement opté pour un travail conjoint de partenariat entre l'administration pénitentiaire et l'UCSA, consistant dans le renseignement d'une fiche de type « grille AGGIR », aux fins de recenser les besoins au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie des personnes détenues en situation de handicap⁶⁵.

Toutefois, ces réponses locales, même lorsqu'elles peuvent matériellement être organisées, peuvent parfois aggraver les pathologies. Ainsi, un détenu ayant accepté de participer à l'étude réalisée en Basse-Normandie avait été incarcéré en mauvaise santé (problèmes cardiaques, de dos, arthrose, antécédent d'accident vasculaire cérébral avec séquelles d'hémiplégie) et avait vu son état se dégrader avec son transfert. En maison d'arrêt, sa dépendance avait été évaluée en GIR 4, et après son transfert un mois plus tard dans un autre établissement, il passait en GIR 2. On constate donc que dans certains cas, les transferts de détenus handicapés vers des établissements appropriés à l'état de santé des personnes détenues, qui constituent pourtant une obligation pour l'administration pénitentiaire⁶⁶, ne sont pas une solution miracle. De même, y compris dans les établissements qui se sont par la force des choses spécialisés dans l'accueil des personnes dépendantes, beaucoup de détenus âgés se plaignent d'une détérioration de leur état de santé en détention⁶⁷.

Pourtant, fussent-elles imparfaites, les solutions trouvées au sein des établissements pour prendre en charge les détenus dépendants sont louables. Un article publié en 2008

⁶⁴ Isabelle Grimbert, *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair : Observatoire régional de la santé de Basse Normandie*, 2007, page 35.

⁶⁵ V. Caroline Dagain, *L'adaptation pénitentiaire de la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap*, Mémoire, 40^{ème} promotion de directeurs des services pénitentiaires, mai 2012.

⁶⁶ Art. D360 CPP ; l'administration pénitentiaire a vu sa responsabilité engagée, pour une absence de transfert, dans un arrêt CAA Paris, 5/07/2012, n°12PA00066.

⁶⁷ V. notamment MRIE, 2010, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*, page 8.

dans la revue « Dedans-Dehors »⁶⁸ évoque en effet des situations intolérables sur le plan de la dignité, à l'instar d'un détenu en fauteuil roulant qui avait été transféré en 2003 de la maison d'arrêt de Brest à la maison d'arrêt de Fresnes, qui était parfois obligé de dormir sur son fauteuil, car il souffrait trop pour se coucher. Ce même détenu ne pouvait pas accéder à la cour de promenade en raison de son handicap, et avait vu son état se dégrader progressivement, notamment en raison d'une défaillance de soins (non délivrance de sondes urinaires adaptées, escarres...).

Cette première phase de réaction des établissements pénitentiaires est dictée par le souci d'apporter un début de réponse au problème croissant du vieillissement de la population carcérale, qui rend délicates des conditions de détention dignes pour les personnes détenues concernées.

A ce stade, les établissements ne sont pas confrontés à l'équilibre entre dignité et sécurité⁶⁹, qui en revanche surgit dès lors que l'on envisage l'aide qu'il convient d'apporter à ces personnes, fût-elle informelle.

B. Le niveau intermédiaire de réaction des établissements pénitentiaires : l'aide informelle par les codétenus

Dans tous les établissements ayant fait l'objet d'une étude sur la question de la prise en charge de la dépendance, il est fait mention d'une aide apportée par les codétenus, plus ou moins encadrée. Cette réponse apportée à des pathologies mettant en péril la dignité des personnes détenues apparaît de prime abord assez peu satisfaisante, mais peut pourtant, dans une certaine mesure, constituer un levier de réinsertion des détenus faisant office d'« aidants ».

Dans l'étude réalisée par la MRIE en 2010, près d'un détenu sur quatre interrogé se déclarait en très mauvaise santé, et plus de la moitié des détenus interrogés indiquait

⁶⁸ « Incapacité et handicap en prison : non-assistance à personne dépendante », *Dedans-Dehors* n°65, avril 2008.

⁶⁹ Les impératifs sécuritaires interviennent toutefois bien évidemment s'agissant des matériels et appareillages médicaux conservés en cellule : le chef d'établissement peut s'y opposer pour des motifs liés à la sécurité (art. D.273 CPP).

avoir rencontré des difficultés à accomplir seul des actes de la vie quotidienne tels que monter des escaliers, faire sa toilette, s'habiller, manger ou nettoyer sa cellule⁷⁰. Pour pallier leurs difficultés d'autonomie, beaucoup de détenus sollicitent l'aide de codétenus. Dans l'enquête de la MRIE, vingt détenus âgés de plus de soixante ans ont déclaré faire appel à une telle aide⁷¹.

Avant d'exposer les contours de cette aide informelle, il importe de souligner que dans l'ensemble, les détenus handicapés physiques sont beaucoup moins demandeurs que les détenus valides, et sollicitent paradoxalement moins le personnel soignant que ces derniers, car ils ont l'habitude de vivre avec leur handicap⁷².

Ceci étant, les personnes détenues empêchées d'accomplir les actes de la vie quotidienne ont besoin d'être aidées. L'aide apportée par un codétenu a longtemps été la seule alternative⁷³. En effet, du fait de l'enfermement, il n'est matériellement pas envisageable de se reposer sur la famille de la personne handicapée pour apporter une aide logistique. Le rôle de cette dernière se limitera à la constitution du dossier et à une aide financière⁷⁴. Quant au personnel de surveillance, l'aide qu'il peut apporter - pousser un fauteuil roulant, ouvrir une barquette alimentaire etc. - ne relève pas stricto sensu de ses missions, mais de l'éthique, à tout le moins du bon sens. Mais l'aide des surveillants s'arrête à des actes simples, et exclut tout geste professionnel requérant une technicité spécifique, sous peine pour eux de voir leur responsabilité engagée si un

⁷⁰ MRIE, 2010, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*, page 16.

⁷¹ Op. cit., p. 10.

⁷² V. Delphine Cadoret, *La prise en charge des détenus handicapés physiques : étude comparée entre les sites de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône et le centre de détention de Riom*, Mémoire, 10^{ème} promotion de CIP, ENAP, 2006, page 57 ; Isabelle Piccoli-Picco, *La prise en considération par le conseiller d'insertion et de probation de l'état de dépendance du détenu dans les gestes de la vie quotidienne*, Mémoire, 11^{ème} promotion de CIP, ENAP, 2007, page 26

⁷³ Elle est, depuis le décret n°2010-1634 du 23/12/2010, autorisée par le CPP (art. R57-8-6) sous certaines conditions :

« Les 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 peuvent désigner un aidant, y compris une autre personne détenue, pour permettre la réalisation de ces actes, durant les périodes d'absence des professionnels soignants. La personne désignée doit expressément y consentir. Les dispositions du deuxième alinéa de [l'article L. 1111-6-1](#) du code de la santé publique sont applicables à la personne détenue et à l'aidant qu'elle a désigné. Le chef d'établissement peut s'opposer à la désignation d'un aidant notamment pour des motifs liés à la sécurité des personnes ou au maintien de l'ordre au sein de l'établissement. »

⁷⁴ C. Dagain, *L'adaptation pénitentiaire de la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap*, Mémoire, 40^{ème} promotion de directeurs des services pénitentiaires, mai 2012, page 28.

accident survient⁷⁵. Enfin, les aides-soignants et infirmiers de l'UCSA ne disposent pas d'effectifs suffisants pour dispenser une aide quotidienne aux personnes dépendantes en détention⁷⁶.

Cet état de fait explique le recours aux codétenus, dont l'assistance est plus ou moins organisée et présente des avantages, mais aussi nombre d'inconvénients. Au titre des inconvénients, l'ensemble des travaux de recherche pointe le risque de menace et de racket potentiellement contenu dans l'action de l'aidant, qui peut chercher à abuser de sa position face à une personne vulnérable⁷⁷. Inversement, le détenu dépendant peut également chercher à exercer une emprise malsaine sur son aidant, risque à envisager s'agissant des personnes incarcérées pour des infractions sexuelles. Dans le cas de figure le moins ennuyeux, l'aide donnera lieu à un système d'échange (aide contre des produits cantinés), et dans le pire des cas, à du racket. De plus, l'investissement que l'on attend du détenu qui se place en position d'aidant est considérable, il s'agit pour ce dernier d'assurer une véritable veille de son codétenu, de jour comme de nuit, et d'aider à la toilette de la personne dépendante (soins d'hygiène corporelle, douche, voire mise de protections...) ⁷⁸. On réalise dès lors les dérapages auxquels le choix de l'aide par un codétenu sont susceptibles de conduire.

Pourtant, l'aide apportée par le codétenu, si elle est suffisamment encadrée et contrôlée, présente certains avantages. Pour Isabelle Piccoli Picco, elle peut même « permettre une resocialisation de l'aidé comme de l'aidant »⁷⁹. Si on veut parvenir à cet objectif, la direction de l'établissement peut ici jouer un rôle majeur, en rencontrant régulièrement, à l'occasion d'audiences, le détenu dépendant et son aidant, pour s'assurer que ce dernier n'abuse pas de sa position (et vice versa). A un degré supérieur, le chef d'établissement pourra essayer de mettre l'accent sur le partage d'informations en CPU (Commission pluridisciplinaire unique), notamment avec l'UCSA, pour ajuster la prise en charge ; il peut également être envisagé de rémunérer les codétenus aidants (pour éviter la tentation du racket), ou encore de transformer cette aide informelle en levier de réinsertion. Il s'agira, pour cette dernière proposition, de transformer cette aide en

⁷⁵ Ibid., p. 29.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ V. C. Dagain, op. cit. p. 30 ; M. Barthélémy, mémoire précité, p. 42.

⁷⁸ I. Piccoli Picco, mémoire précité, p. 20.

⁷⁹ Ibid., p. 62

diplôme d'auxiliaire de vie, qui pourra s'avérer fort utile à l'extérieur, dans un secteur qui recrute de manière assez importante⁸⁰.

L'aide informelle du codétenu présente donc à la fois des inconvénients et des avantages. Elle est toutefois assez risquée, sur le plan de la sécurité des personnes dépendantes. Surtout, elle trouve ses limites dans les actes qui peuvent être réalisés. Il n'est notamment pas acceptable que la toilette soit effectuée par un codétenu. Il convient dès lors plutôt de privilégier, autant que faire se peut, surtout pour les cas graves de dépendance, l'aide des professionnels.

Si cette aide constitue certainement la solution la plus adaptée en termes de protection de la dignité, c'est celle qui nécessite la plus grande vigilance en termes de sécurité, car elle fait entrer des tiers en détention, ainsi que du matériel qui peut être dangereux pour la sécurité de l'établissement.

C. Le troisième niveau de réaction des établissements pénitentiaires : l'intervention organisée d'aides à domicile en détention

En termes de prise en charge et d'accès aux soins, les personnes détenues dépendantes ont droit, au même titre qu'à l'extérieur, aux dispositifs prévus par la loi du 20 juillet 2001 sur la perte d'autonomie des personnes âgées⁸¹.

Au centre de détention de Liancourt, depuis mars 2010, deux aides-soignants interviennent à temps plein auprès des personnes détenues dépendantes, pour des soins réalisés dans la cellule de celles-ci⁸². Au sein de cet établissement, des détenus malvoyants ou hémiplegiques ont par exemple été aidés par ces aides-soignants, et on a constaté un encouragement à l'autonomie chez ces personnes⁸³.

⁸⁰ Ces pistes sont explorées par Marion Barthélémy, mémoire précité, page 42. Caroline Dagain, mémoire précité, pages 29-30, évoque la possibilité de la rémunération du codétenu. Ainsi, à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2012, certains détenus étaient rémunérés environ 110 euros par mois pour assister leur codétenu dépendant (découpage de viande, fauteuil roulant poussé, ménage, mais pas de tâches liées à l'intimité telles que la toilette), d'autres détenus apportant leur aide de façon bénévole.

⁸¹ Loi n°2001-627 du 20/07/2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁸² O. Sannier, D. Danjour, Y. Talamoni, « Vieillir derrière les barreaux », dossier, in *Soins Gérontologie*, n°88, 2011.

⁸³ Les auteurs de l'étude précitée relèvent que bien souvent, les pathologies de ces personnes sont découvertes et traitées en détention.

Dans d'autres établissements, comme par exemple le centre de détention de Riom, c'est l'intervention d'auxiliaires de vie auprès des personnes dépendantes en détention qui a été privilégiée⁸⁴. Cette intervention de spécialistes, si elle est appréciable au regard de la qualité des soins dispensés et de la dignité de la personne détenue dépendante, soulève un certain nombre de difficultés que les travaux de recherche comme les professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes stages⁸⁵ soulignent. La difficulté principale tient à l'absence de formation spécifique des auxiliaires de vie à l'exercice de leur activité en détention, méconnaissance qui peut s'avérer fort délicate face à des personnes dépendantes ayant été incarcérées pour des affaires de mœurs. Il appartient aux établissements de trouver des solutions adaptées, ce qui n'est pas toujours aisé. Ainsi, au CPH de Rennes-Vezin, seuls des auxiliaires de vie masculins - s'agissant d'une profession pourtant essentiellement féminine - interviennent auprès des détenus dépendants, tandis qu'au centre de détention de Riom, une rotation est mise en place de sorte que les auxiliaires de vie ne soient pas deux jours de suite au contact du même détenu ; par ailleurs, initiative intéressante pour responsabiliser les détenus aidés, ceux qui ont des revenus prennent en charge une partie du financement de l'auxiliaire de vie⁸⁶.

De plus, s'agissant de la sécurité des établissements, il convient d'être vigilant par rapport au matériel que les auxiliaires de vie peuvent faire entrer ou non en détention. Mais les avantages découlant du recours à ces professionnels du soin aux personnes âgées et/ou handicapées sont sans nul doute supérieurs aux inconvénients qu'il peut générer. Au premier chef, cette aide offre au détenu une ouverture – parfois la seule lorsqu'on a affaire à des personnes isolées en détention, ce qui est assez souvent le cas des personnes âgées ou handicapées – vers l'extérieur, et partant l'amorce d'un lien social ainsi recréé⁸⁷.

Ces quelques difficultés montrent l'opportunité d'encadrer l'intervention d'associations d'aide à domicile en prison, notamment par le biais de conventions entre les différents

⁸⁴ V. D. Cadoret, mémoire précité, p. 49.

⁸⁵ Je remercie tout particulièrement le directeur pénitentiaire d'insertion et de probation du centre pénitentiaire de Rennes-Vezin pour l'entretien qu'il m'a accordé lors de mon stage découverte du milieu pénitentiaire.

⁸⁶ D. Cadoret, mémoire précité, p. 61.

⁸⁷ V. Isabelle Piccoli Picco, mémoire précité, page 72.

partenaires. Au CPH de Rennes-Vezin, une convention a été signée le 6 février 2013⁸⁸ pour organiser et sécuriser l'intervention d'une association d'aide à domicile au centre pénitentiaire. Cette convention présente la particularité d'associer l'UCSA et le SMPR. Dans l'ancienne prison pour hommes de Rennes⁸⁹, alors qu'il n'y avait aucune cellule pour les personnes à mobilité réduite, un accord (mais pas une convention formalisée) avait été passé avec l'association qui a in fine signé la convention du 6 février 2013. Cette association était conventionnée avec le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. A l'ouverture du nouvel établissement, elle a continué à dispenser des soins aux personnes dépendantes lorsqu'elle était sollicitée. A Rennes-Vezin, des aides à domicile de l'association ont notamment apporté leur assistance à un détenu en fauteuil roulant, ainsi qu'à une personne amputée des deux bras qui avait un codétenu qui l'aidait pour les gestes du quotidien, mais pour laquelle la toilette était réalisée par l'association.

D'après le directeur pénitentiaire d'insertion et de probation que j'ai pu interroger lors de mon stage à Rennes-Vezin, la principale difficulté concerne l'évaluation de la situation des détenus, qui apparaît assez redondante. En effet, après un repérage des situations la plupart du temps effectué par le personnel de surveillance, l'UCSA procède à une première évaluation médicale en remplissant une grille calquée sur la grille AGGIR, puis le médecin coordinateur du Conseil Général⁹⁰ procède à nouveau à l'évaluation GIR, conformément à la législation, dans la mesure où il incombe aux Conseils Généraux de financer l'APA. D'après ce directeur, qui a eu un rôle moteur dans la signature de la convention de février 2013, l'absence de place conférée au SPIP ou à l'établissement dans cette phase d'évaluation devait être repensée, dans l'optique d'un partenariat efficace entre les acteurs de la dépendance, dans l'intérêt de la personne détenue. C'est donc dans cette direction que va la convention signée à Rennes en février 2013, qui associe étroitement tous les partenaires, en renforçant le rôle de l'UCSA, du SMPR et du SPIP. Ainsi, il est prévu que les CPIP apportent leur expertise à

⁸⁸ Convention de partenariat pour la mise en œuvre de prestations en faveur des personnes âgées et handicapées en milieu carcéral, entre le CPH de Rennes Vezin, le SPIP d'Ille-et-Vilaine et le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, le CHU, le Centre hospitalier Guillaume Régnier (psychiatrie), l'association Assia Réseau UNA. On a reproduit cette convention en annexe.

⁸⁹ La maison d'arrêt Jacques Cartier, qui a fermé lors de l'ouverture du CPH de Rennes Vezin.

⁹⁰ S'agissant des personnes handicapées, c'est le médecin coordinateur de la MDPH qui remplit la grille AGGIR.

l'association d'aide à domicile pour la constitution des dossiers⁹¹. Surtout, dans des situations où l'état de santé de la personne détenue nécessite d'intervenir en urgence, il est stipulé que l'UCSA ou le SMPR pourront prendre contact avec le médecin conseil du Conseil général qui, au vu des éléments recueillis, pourra autoriser l'attribution d'une APA en urgence⁹². Enfin, il est bien évidemment tenu compte des impératifs de sécurité. Tout d'abord, le casier judiciaire des intervenants est examiné, et une formation⁹³ est dispensée aux aides à domicile avant qu'ils n'aillent dispenser ces soins en détention. Ensuite, le chef d'établissement a toute latitude pour déterminer les zones de la détention auxquels les aides à domicile peuvent accéder⁹⁴.

La prise en charge de la dépendance des personnes détenues est donc un domaine pour lequel les actions partenariales sont particulièrement adaptées pour pouvoir conjuguer les impératifs de dignité et de sécurité. S'agissant maintenant des actions de prévention de la dépendance, c'est le SPIP qui est force d'impulsion dans certains établissements. Il n'y a pas encore de conventions signées dans le champ de la prévention, pourtant c'est dans la prospective que se joue l'avenir de la prise en charge de la dépendance.

§2 L'anticipation de la dépendance, une démarche plus atypique

On a souligné plus avant que la population pénale âgée était souvent en détention pour des infractions à caractère sexuel. Ce que l'on relève moins fréquemment, c'est que ces personnes entrées tardivement en prison⁹⁵ sont souvent insérées professionnellement, disposent majoritairement de ressources (retraite), souffrent rarement d'addictions et sont plutôt cultivées, avec un niveau d'études supérieur à la moyenne des personnes détenues⁹⁶.

⁹¹ Article 2-3 de la convention de partenariat signée au CPH Rennes-Vezin le 6 février 2013.

⁹² Article 2-6 de la convention précitée.

⁹³ Cette formation est doublement bénéfique, à la fois pour la sécurité de l'établissement et pour la sécurité des intervenants, qui interviennent dans un espace particulier.

⁹⁴ Article 3-2 et 3-3 de la convention précitée.

⁹⁵ Voir MRIE, étude précitée p. 17.

⁹⁶ Ibid.

En raison des spécificités de cette population incarcérée, des activités ciblées doivent être envisagées, dans le domaine à la fois sportif et culturel. En effet, si les détenus âgés ont une grande appétence pour les activités culturelles⁹⁷, ce sont aussi ceux qui peuvent le moins aisément se rendre à la bibliothèque, en raison de leur moindre mobilité.

Certains établissements, conscients de l'intérêt majeur que représente la prévention de la dépendance pour éviter la gestion de situations dramatiques de perte complète d'autonomie, qui constitue une épée de Damoclès face à un public détenu plutôt discret en détention et ayant tendance à l'isolement, ont mis en œuvre des expérimentations.

Au Centre de détention de Joux-la-Ville par exemple, une expérience pilotée par des psychologues et des infirmiers psychiatriques a consisté à mettre en place des activités ayant pour objet de stimuler les capacités cognitives des détenus âgés. Parmi ces activités, on trouvait un atelier revue de presse ; une activité de définition de mots ; une activité consistant à lire des histoires dans un groupe, aux fins d'entretenir les capacités de mémorisation des détenus⁹⁸.

D'autres établissements, comme la Maison d'arrêt de Dijon, proposent des ateliers mémoire. La plupart du temps, ce sont des établissements pour peine qui étoffent l'offre culturelle à destination des personnes âgées, à l'instar du Centre de détention de Mauzac qui propose des ateliers d'écriture, de la musicologie et de la sophrologie. Dans le champ du sport, le programme « Equilibre », créé dans les années 1990 en Bourgogne, a essaimé dans d'autres établissements⁹⁹. Ainsi, au Centre de détention de Mauzac, où la moyenne d'âge des détenus est de 44 ans en 2013¹⁰⁰, une CPIP¹⁰¹ s'est interrogée sur le point de savoir si la détention ne constituait pas un accélérateur du vieillissement des détenus, par son organisation très sédentaire, avec des mouvements réduits dans des cellules exiguës, non compensés par des durées de promenades suffisantes. Or, précisément pour les détenus âgés, les activités sportives sont souvent fort réduites. A Mauzac, Céline Rahard avait constaté que 70% des détenus âgés de plus de soixante ans

⁹⁷ Dans l'étude de la MRIE, 83% des détenus interrogés ont déclaré lire « souvent » ou « parfois ».

⁹⁸ Exemples relevés par Joseph Rivière, « L'âge en peine : problèmes et questions de la vieillesse en milieu carcéral », in *Passe-Murailles*, n°28, janvier-février 2011, p. 67-69.

⁹⁹ Ces activités sont mentionnées par M. Barthélémy aux pages 46 et 47 de son mémoire précité.

¹⁰⁰ Elle était de 48 ans en 2005, la moyenne d'âge des détenus a donc baissé, même si elle reste élevée en raison de la forte proportion d'AICS incarcérés à Mauzac.

¹⁰¹ Céline Rahard, Projet d'action professionnel, 9^{ème} promotion de CIP, *Mise en place d'une activité physique adaptée aux détenus âgés du CD de Mauzac* ; voir notamment p.17.

ne pratiquaient aucune activité sportive¹⁰². Dès lors, pour agir préventivement sur le vieillissement, avec dix détenus s'étant portés volontaires, Céline Rahard a mis en place avec un moniteur de sport et un psychomotricien de l'UCSA une activité de gym douce. Les détenus âgés ayant pris part à ce cours ont tous déclaré ressentir un mieux-être physique général, de meilleures facilités d'équilibre après plusieurs semaines d'exercice¹⁰³.

Si la pratique d'un sport apparaît essentielle pour prévenir la dégénérescence du corps, la stimulation cognitive, en particulier la mobilisation de la mémoire, l'est tout autant. Or une autre CPIP, auteur d'un projet d'action professionnel ayant consisté à mettre en place un atelier mémoire au CD de Riom¹⁰⁴, rappelle à juste titre que « pour nombre de détenus, la mémoire correspond aux actes (...) qui les ont conduits à perdre leur liberté. L'oubli est donc privilégié au souvenir »¹⁰⁵. Toute la difficulté de mettre en place un atelier mémoire à destination des détenus de plus de soixante ans est alors de ne pas stigmatiser les participants. Il convient en effet d'éviter qu'un amalgame soit opéré entre l'atelier en question et un groupe de parole réunissant des auteurs d'infractions sexuelles, risque qui se comprend aisément lorsque l'on connaît le profil pénal dominant des personnes âgées incarcérées. Pour Madame Rahard, l'une des clefs consiste à présenter l'activité comme un atelier de jeux, et non comme un atelier sur les faits ayant conduit à l'incarcération¹⁰⁶. Là encore, la démarche à Riom a impliqué des détenus motivés, volontaires, de plus de soixante ans, pour des ateliers qui se sont tenus chaque mercredi.

Même si la CPIP a estimé ne pas disposer d'un recul suffisant pour mesurer l'impact de ces ateliers¹⁰⁷ sur les capacités cognitives des participants, on ne peut que louer les efforts allant dans le sens d'une prévention de la dépendance, qui ont l'immense mérite de recréer du lien social pour des détenus de fait à l'écart de la vie « normale » en détention.

¹⁰² Ibid., p.28.

¹⁰³ Ibid., p.55-56.

¹⁰⁴ Nelly Auberger, Projet d'action professionnel, 12^{ème} promotion de CIP, *Ludo'mania : un atelier mémoire*.

¹⁰⁵ Ibid., p. 5.

¹⁰⁶ Ibid., p.15-16.

¹⁰⁷ Ibid., p.41.

Dans les établissements qui ont été confrontés à la prise en charge de personnes dépendantes, des solutions parfois assez innovantes ont donc pu être mises en place. Il s'agit désormais de franchir l'étape des solutions locales, pour aller vers une harmonisation nationale des politiques de prise en charge de la dépendance.

Troisième Partie : L'enjeu de la prise en charge de la dépendance en milieu carcéral : une harmonisation au plan national

Face au constat du vieillissement et du handicap d'une partie croissante de la population pénale, la nécessité de mettre en place une politique nationale de prise en charge de la dépendance apparaît avec une particulière acuité. Le dernier rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté insiste sur l'urgence, pour l'administration pénitentiaire, de s'emparer de cette question¹⁰⁸.

Pour tendre vers cet objectif ambitieux, il nous semble que les directeurs des services pénitentiaires disposent de deux leviers d'action. Tout d'abord, les directeurs d'établissements qui ont mis en œuvre des actions spécifiques de prise en charge de la dépendance peuvent jouer un rôle de tutorat, de conseil, en faisant connaître aux autres établissements les actions et conventions mises en place sur leurs structures. Ensuite, il serait pertinent que les directeurs des services pénitentiaires soient les relais, vis-à-vis de la direction de l'administration pénitentiaire, des besoins des établissements en termes de prévention et de traitement de la dépendance, afin d'inclure les problématiques carcérales dans le cadre du vote de la loi sur la dépendance qui devrait se tenir cette année.

§1 Levier d'action horizontal : faire connaître à l'ensemble des établissements pénitentiaires les bonnes pratiques initiées par les « pionniers » de la prise en charge de la dépendance

Certes, l'harmonisation des prises en charge de la dépendance en milieu carcéral doit être pilotée par l'administration centrale. Toutefois, considérer qu'il convient d'attendre passivement une réaction de cette dernière pour que la prise en compte du problème de la dépendance en prison évolue serait inefficace et contre-productif. C'est précisément parce que la direction de l'administration pénitentiaire a amorcé une réflexion sur cette question qu'il faut exploiter les expérimentations au sein des établissements pour enrichir le débat et contribuer à l'harmonisation. Le calendrier est propice à cette

¹⁰⁸ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2012*, Chapitre 5, « Privation de liberté et accès aux soins », page 215 et s.

démarche, dans la mesure où la direction de l'administration pénitentiaire a commandité deux recherches au groupement d'intérêt public « Mission de recherche Droit et Justice », dont les résultats ne seront pas connus avant au moins une année¹⁰⁹. Aux prémices de la réflexion, il serait intéressant pour les chefs d'établissement de partager leurs expériences de prise en charge des personnes détenues dépendantes. On pourrait ainsi imaginer, à l'issue de ce partage d'expériences, une formalisation via la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques ainsi que des modèles de conventions pour l'intervention des aides de vie en détention. Cette démarche de référencement et de sélection des actions les plus efficaces de lutte contre un vieillissement accéléré en prison permettrait d'éviter de partir de zéro dans l'élaboration d'une prise en charge harmonisée de la dépendance sur l'ensemble des établissements pénitentiaires français. En effet, pour l'heure, on manque d'études épidémiologiques récentes, d'enquêtes d'ampleur sur lesquelles l'administration pénitentiaire puisse légitimement s'appuyer pour justifier le lancement d'une politique de santé publique ambitieuse. La dernière étude épidémiologique sur la question de la dépendance en milieu carcéral date de 2001. Il s'agit de l'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance », sous l'égide d'Aline Désesquelles. Une autre enquête de l'INED, nous a-t-on précisé au Ministère de la Santé, serait finalisée mais non exploitée. On manque donc actuellement de matériau scientifique tangible pour prendre toute la mesure de cette problématique, à tel point qu'à l'occasion d'un colloque qui s'est tenu le 26 novembre 2012 au Ministère de la Santé sur la santé des personnes détenues, une table ronde sur le thème de la dépendance qui était programmée a dû être annulée, faute, pour les organisateurs du colloque, d'avoir pu réunir une base documentaire suffisante. Sur le site internet de l'INED, dans un document à caractère généraliste portant sur la santé des populations¹¹⁰, on trouve quelques précisions concernant les travaux de l'INED sur la dépendance en milieu carcéral. Dans cet article de synthèse, l'INED informe de la réalisation d'une enquête sur la dépendance en milieu carcéral. De plus, une autre étude de l'INED portant sur la mortalité d'une cohorte de sortants de prison, apprend-on dans ce même article, devrait être entreprise avec la direction de l'administration

¹⁰⁹ Cette information nous a été communiquée par une personne chargée du développement et de la recherche à PMJ5.

¹¹⁰ « La santé des populations au fil de l'âge et du temps : analyse des tendances et disparités – Descriptif des travaux antérieurs de l'unité et note d'objectifs », Janvier 2012, www.ined.fr/fichier/t_recherche/NoteDetPhare2012/P0512.pdf

pénitentiaire, qui aurait récemment constitué une base de données contenant toutes les informations de la fiche pénale des personnes suivies dans le cadre de l'étude¹¹¹. Cette enquête portant sur le suivi de 8000 personnes ayant purgé une peine de prison et libérées en 2002 pourrait aider à mesurer l'influence des situations de dépendance en prison sur la survenance des décès à la sortie. Dans ce contexte de collecte de données, un référentiel de bonnes pratiques testées sur le terrain ne pourrait qu'enrichir les travaux menés par la direction de l'administration pénitentiaire et les différents organismes de recherche (INED, INSEE, Mission de recherche Droit et Justice). En outre, une telle initiative conférerait une envergure plus étendue et plus ambitieuse à la prise en charge de la dépendance des personnes détenues par la direction de l'administration pénitentiaire, qui aujourd'hui est plutôt cantonnée à des considérations architecturales et matérielles, certes indispensables. C'est en effet l'objectif d'un guide technique et fonctionnel de 2002¹¹² que de proposer un aménagement type de cellule pour les personnes à mobilité réduite. Les cellules aménagées doivent avoir une superficie de 19 mètres carré minimum, disposer d'une interphonie avec points de renvoi près du lit et de l'espace sanitaire, d'une borne d'appel, d'une douche et de WC adaptés (avec barre d'appui et sol antidérapant) et d'un lit médicalisé. Des préconisations en termes d'accessibilité aux activités et aux parloirs figurent également dans ce guide.

Si l'architecture de l'établissement et l'aménagement des cellules sont cruciaux pour les personnes détenues dépendantes, les prises en charge humaines, tant au stade de la prévention qu'au stade du soin, sont tout aussi importantes. Or, c'est sur cette dimension du problème que les directeurs des services pénitentiaires peuvent avoir un rôle précieux, en recensant les activités obtenant les résultats les plus intéressants en termes de prévention du déclin cognitif et physique des personnes détenues vieillissantes et/ou handicapées. La communication entre établissements est ici très importante, afin que les établissements qui ont mis en place des activités ou signé des conventions pour faire intervenir des aides de vie en détention fassent bénéficier aux autres établissements de leur expérience et de leurs conseils.

¹¹¹ Ibid. page 17.

¹¹² *Guide technique et fonctionnel*, Direction de l'administration pénitentiaire, 25 mars 2002, « Aménagement de cellules pour personnes détenues handicapées ou dépendantes » ; voir également la question parlementaire n°51827, réponse publiée au JO le 15/09/2009 page 8855.

En outre, dans la mesure où une loi sur la dépendance est actuellement en préparation au gouvernement, il apparaîtrait également opportun pour les directeurs des services pénitentiaires de se saisir de ce contexte parlementaire propice pour faire des propositions à la direction de l'administration pénitentiaire, afin que la réflexion législative sur la prise en charge de la dépendance intègre la question des personnes placées sous main de justice. En effet, le vieillissement et le handicap des personnes détenues a curieusement été passé sous silence dans les trois rapports sur la dépendance remis au gouvernement en début d'année.

§2 Levier d'action vertical : être force de proposition auprès de la direction de l'administration pénitentiaire pour intégrer la problématique de la dépendance en milieu carcéral dans le débat national sur la dépendance

Lors de son discours de clôture du congrès de l'Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, le 25 janvier 2013, le président de la République a annoncé une loi sur la dépendance pour la fin de l'année 2013¹¹³. Véritable serpent de mer depuis de nombreuses années, cette réforme est rendue nécessaire par l'évolution démographique : selon l'INSEE, la France comptera 1,4 million de personnes âgées en perte d'autonomie en 2040. Les plus de 60 ans devraient représenter un tiers des Français en 2035 et les plus de 75 ans, près de 12 millions. En 2011, on estime à 22 milliards d'euros par an les dépenses consacrées à la dépendance. Sous l'effet du vieillissement, des projections tablent sur un besoin accru de 10 milliards d'euros par an dans les quinze ans¹¹⁴.

Pour préparer cette réforme, dont le financement sera étalé sur toute la durée du quinquennat du Président de la République, plusieurs rapports ont été commandés par le Gouvernement. Il s'agit des rapports Broussy¹¹⁵, Aquino¹¹⁶ et Pinville¹¹⁷. Tous ces

¹¹³ A l'occasion de ce discours, François Hollande a indiqué que le financement de cette réforme reposerait sur « le partage entre la solidarité nécessaire, parce que nous sommes un pays de cohésion sociale, et la responsabilité individuelle, personnelle, indispensable, parce qu'il faut qu'il y ait la participation de chacun à l'effort ».

¹¹⁴ Les Echos, 25 janvier 2013.

¹¹⁵ Luc Broussy, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, *Adaptation de la société au vieillissement : année zéro !*, janvier 2013.

rapports soulignent la transversalité de la prise en charge de la dépendance, sa dimension nécessairement interministérielle¹¹⁸. Toutefois, aucun de ces rapports ne mentionne le Ministère de la Justice, nonobstant le caractère interministériel proclamé de cette réforme. Il appartient dès lors aux acteurs de terrain que sont les directeurs des services pénitentiaires en établissement, au vu des besoins croissants en termes de prise en charge de personnes dépendantes en détention, de soumettre à la direction de l'administration pénitentiaire une liste d'actions de lutte contre la dépendance qu'ils estiment les plus pertinentes. Ce pourraient être les ateliers mémoire, les activités sportives dédiées aux personnes âgées, les dispositifs encadrés d'aide par un codétenu pouvant déboucher sur un diplôme d'aide de vie, et bien évidemment les conventions avec des associations d'aide à domicile. Ainsi, via cette remontée ciblée d'informations et de besoins, le Ministère de la Justice pourrait participer au concert interministériel. En effet, il n'y a aucune raison d'écarter l'administration pénitentiaire de l'élaboration d'une politique publique de prise en charge du risque de dépendance, au regard de la particulière vulnérabilité des personnes détenues.

De plus, si ce contexte d'intense réflexion autour du vieillissement de la population française doit être considéré comme une opportunité pour l'administration pénitentiaire de faire connaître ses difficultés et ses besoins, elle peut aussi s'inspirer des propositions des experts du vieillissement et du handicap pour orienter les actions de prise en charge des personnes détenues dépendantes incarcérées. Deux enseignements des différents rapports apparaissent à cet égard intéressants à exploiter en établissement. Pour commencer, à condition d'être soigneusement encadrée, la piste de l'aide par le codétenu d'une personne détenue dépendante devrait à notre avis continuer à être utilisée. En effet, dans un contexte économique morose, le secteur de l'aide à domicile est un des rares domaines d'activité qui devrait embaucher massivement dans les années à venir. Le Conseil d'Analyse Stratégique estime ainsi qu'entre 2010 et 2020, près de

¹¹⁶ Jean-Pierre Aquino, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013.

¹¹⁷ Martine Pinville, *Relever le défi politique de l'avancée en âge-Perspectives internationales*, mars 2013.

¹¹⁸ On peut ainsi lire, page 3 du rapport Aquino, que « La prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, médicale, psychologique, sociale, mais aussi environnementale, s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs et impliquant une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés ».

160 000 embauches auront lieu¹¹⁹. Par le truchement de la validation des acquis de l'expérience, ou par le passage de diplômes d'aide de vie pendant le temps de l'incarcération, les détenus ayant des fonctions d'aide de personnes dépendantes peuvent ainsi trouver l'opportunité de trouver du travail dans ce secteur à l'extérieur.

S'agissant ensuite de la prévention du vieillissement et du handicap, les travaux de préparation de la réforme de la dépendance peuvent également constituer une source d'inspiration pour l'administration pénitentiaire. Le rapport Pinville rappelle la définition de la prévention selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui distingue trois niveaux de prévention : primaire (éviter ou retarder la maladie en intervenant sur les facteurs de risque), secondaire (repérer les facteurs de fragilité, diminuer la prévalence d'une maladie et réduire sa durée d'évolution) et tertiaire (se centrer sur les incapacités installées, agir en aval afin de limiter les rechutes)¹²⁰ et mentionne des expériences de prévention de la dépendance par le sport dont l'efficacité a fait l'objet d'une évaluation. Il s'agit du dispositif néozélandais « OTAGO exercise Program », mis en place dans les années 1970, spécifiquement dédié à la prévention des chutes des personnes âgées de plus de 65 ans. Ce programme consiste en des exercices de musculation, accompagnés par un kinésithérapeute ou un infirmier. Ce programme, testé également aux Etats-Unis, au Royaume Uni et en Australie, a fait l'objet d'une évaluation qui a conclu à l'efficacité de ce dispositif : le nombre de chutes et de blessures est réduit en moyenne de 35% pour les personnes suivant ce programme d'exercice musculaire¹²¹. Certes, à l'extérieur, ce programme prévoit l'organisation de marches hors du domicile des personnes, les contraintes carcérales limiteront donc cette possibilité. Mais on pourrait imaginer des permissions de sortir pour ce motif¹²². Le rapport Pinville cite également un autre programme britannique de prévention des chutes, basé sur l'apprentissage de l'équilibre, ayant permis de réduire de 31% le nombre de chutes pour les participants¹²³.

¹¹⁹ Page 125 du rapport Broussy, on apprend ainsi que le nombre d'embauches d'aide à domicile d'ici 2020 représente 53 fois l'usine PSA d'Aulnay (qui a annoncé 8000 suppressions d'emplois d'ici à 2014).

¹²⁰ Rapport Pinville, pages 39-40.

¹²¹ V. rapport Pinville, page 49.

¹²² Le rapport d'activité 2012 du CGLPL mentionne d'ailleurs un exemple voisin, page 242 : dans une maison centrale, des randonnées pédestres organisées conjointement par le SPIP et le service des sports, dans le cadre de permissions de sortir sportives, ont été organisées en 2010.

¹²³ Programme « Stepping on » au Royaume Uni, cité par le rapport Pinville pages 49-50.

Des pistes d'amélioration de la situation des personnes dépendantes en détention existent donc ; il faut que l'administration pénitentiaire s'en saisisse pour défendre ses besoins spécifiques. Les travaux préparatoires de la loi sur la dépendance, bien que discrets comparativement à d'autres réformes en cours, doivent être l'occasion pour les établissements de faire évoluer la prise en charge des personnes détenues dépendantes.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Glossaire..... | 4 |
| Introduction..... | 6 |
| Première Partie : Etat des lieux de la dépendance des personnes détenues | 8 |
| §1 Approches philosophique et sociologique de la dépendance..... | 9 |
| §2 La dépendance au sens biomédical : éléments de définition et chiffres en milieu carcéral | 11 |
| §3 Un législateur volontariste et une jurisprudence rigoureuse à l'endroit de l'administration pénitentiaire | 17 |
| §4 Des réponses pour l'heure purement locales..... | 21 |
| Deuxième Partie : Le triple défi des prises en charge locales de la dépendance en milieu carcéral : dignité, sécurité et prévention | 24 |
| §1 Sauvegarde de la dignité et préservation de la sécurité, une équation pénitentiaire classique | 24 |
| A. Le premier niveau de réaction des établissements pénitentiaires accueillant des détenus dépendants : les « arrangements » locaux | 24 |
| B. Le niveau intermédiaire de réaction des établissements pénitentiaires : l'aide informelle par les codétenus..... | 28 |
| C. Le troisième niveau de réaction des établissements pénitentiaires : l'intervention organisée d'aides à domicile en détention..... | 31 |
| §2 L'anticipation de la dépendance, une démarche plus atypique..... | 34 |
| Troisième Partie : L'enjeu de la prise en charge de la dépendance en milieu carcéral : une harmonisation au plan national..... | 38 |
| §1 Levier d'action horizontal : faire connaître à l'ensemble des établissements pénitentiaires les bonnes pratiques initiées par les « pionniers » de la prise en charge de la dépendance | 38 |

| | |
|--|----|
| §2 Levier d'action vertical : être force de proposition auprès de la direction de l'administration pénitentiaire pour intégrer la problématique de la dépendance en milieu carcéral dans le débat national sur la dépendance | 41 |
| Annexes..... | 50 |

Bibliographie

I/ Ouvrages

- Ouvrage collectif sous la direction de Pierre Ancet, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Dunod, 2010, 225 pages.
- Bernard Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod, Collection Action sociale, Paris, 2002, 330 pages.
- Carol Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Flammarion, Champs Essais, 2008, 284 pages.
- Martine Herzog-Evans, *Droit pénitentiaire*, Dalloz Action, édition 2012-2013.
- Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 2009, 238 pages.

II/ Articles

A/ Articles de doctrine

-Jean-Paul Céré, commentaire de l'arrêt CEDH, 24 octobre 2006, « Vincent contre France », Exécution des peines, décembre 2005 - mars 2007, *Recueil Dalloz* 2007, p. 1229.

-Myriam de Crouy Chanel ; Etienne Noël ; Olivier Sannier, « Les aménagements de peine pour raison médicale – Approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre », *AJ Pénal* 2010, p. 318.

-Muriel Giacomelli, « Les conditions de détention d'une personne handicapée doivent être durablement compatibles avec l'état de santé », *AJ Pénal* 2009, p. 235.

B/Articles de revues spécialisées

-Dossier « L'autonomie, nouvelle utopie ? », *Sciences humaines*, Février 2011.

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

-Aline Désesquelles, « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur », *INSEE Première*, n°854, juin 2002, 4 p.

-Aurélié Gauthier, « Prison du corps, geôle de l'esprit : étude du vieillissement en milieu carcéral », *Cahiers de la sécurité*, n°12, avril 2010, p. 171-177.

-Joseph Rivière, « L'âge en peine : problèmes et questions de la vieillesse en milieu carcéral », *Passe-Murailles*, n°28, janvier-février 2011, p. 67-69.

-Olivier Sannier ; David Danjour ; Yannick Talamoni, « Vieillir derrière les barreaux », *Soins. Gérontologie*, n°88, 2011, p. 21-41.

C/ Etudes

-Isabelle Grimbert, *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair*, Observatoire régional de la santé de Basse Normandie, 2007, 110 p.

-Cécile Rambourg, « L'Expérience de la formation aux métiers pénitentiaires des travailleurs handicapés », ENAP, 2012, 98 p.

III/ Mémoires

- Nelly Auberger, *Ludo'mania : un atelier mémoire*, Projet d'action professionnel, 12ème promotion de CIP.

-Marion Barthélémy, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les établissements pénitentiaires*, Mémoire, 39ème promotion de DSP, ENAP, 2011, 114 p.

-Delphine Cadoret, *La prise en charge des détenus handicapés physiques : étude comparée entre les sites de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône et le centre de détention de Riom*, Mémoire, 10ème promotion de CIP, ENAP, 2006, 106 p.

-Caroline Dagain, *L'adaptation pénitentiaire de la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap*, Mémoire, 40ème promotion de directeurs des services pénitentiaires, mai 2012.

-Laurence Laplace, *Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral sur le territoire français*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Rennes 1, juin 2001, 79 p.

-MRIE, *Prison, santé et vieillissement : enjeux et impacts de la détention pour les personnes de plus de soixante ans*, 2010.

-Isabelle Piccoli Picco, *La prise en considération par le conseiller d'insertion et de probation de l'état de dépendance du détenu dans les gestes de la vie quotidienne*, Mémoire, 11ème promotion de CIP, ENAP, 2007, 124 p.

- Céline Rahard, *Projet d'action professionnel*, 9ème promotion de CIP, Mise en place d'une activité physique adaptée aux détenus âgés du CD de Mauzac.

IV/ Rapports

- Jean-Pierre Aquino, *Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013.

-Luc Broussy, *Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Adaptation de la société au vieillissement : année zéro !*, janvier 2013.

-Jean-René Lecerf ; Nicole Borvo Cohen-Seat, *Rapport d'information n°629 sur l'application de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*, 4 juillet 2012, p. 42-43.

-Martine Pinville, *Relever le défi politique de l'avancée en âge-Perspectives internationales*, mars 2013.

V/Textes législatifs et réglementaires et documents pratiques

-Direction de l'Administration Pénitentiaire, *Guide technique et fonctionnel*, décembre 2004.

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

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

-Circulaire n°DGS/SD1C/2012/299, Direction Générale de la Cohésion Sociale, 30 juillet 2012, *relative aux conditions d'accès et aux modalités de calcul du RSA et de l'AAH des PPSMJ – incarcérées ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement ou d'exécution de peine.*

VI/ Sites Web

Institut National des Etudes Démographiques, *La santé des populations au fil de l'âge et du temps : analyse des tendances et disparités – Descriptif des travaux antérieurs de l'unité et note d'objectifs*, janvier 2012 :

www.ined.fr/fichier/t_recherche/NoteDetPhare2012/P0512.pdf

Annexes

CONVENTION

Entre :

Le Centre Pénitentiaire des Hommes de Rennes Vezin (CPH)
représenté par M., Directeur,

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation d'Ille-et-Vilaine (SPIP)
représenté par M., Directeur du SPIP 35

Le Centre Hospitalier Universitaire,
représenté par M.

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier
représenté par M.

L'ASSAD du Pays de Rennes
représentée par son Président, M.

Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine
représenté par son Président, M.

la Maison départementale des personnes handicapées d'Ille-et-Vilaine
représentée par son Président,

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE :

Vu la Charte des Droits et des Libertés des Personnes Agées Dépendantes du 8 septembre 2003,

Vu la loi n°2001-627 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,

Vu les décrets n°2001-1084 à 2001-1087 du 20 novembre 2001 sur la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie,

Vu la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale qui affirme et promeut les droits des bénéficiaires et diversifie les interventions des établissements et services,

Vu la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,

Vu l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte et aux droits de la personne accueillie,

Vu le décret 2004-613 du 25 juin 2004 et la Circulaire DGAS/2C/2005 du 28 février 2005 relatifs aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), des Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile et des Services Polyvalents et de Soins à Domicile (SPASAD),

Vu la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des Personnes Adultes Handicapées,

Vu l'arrêté du 29 juin 2005 autorisant la création d'un Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile pour Personnes Agées et Personnes Handicapées et/ou malades de moins de 60 ans, d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile pour personnes âgées et personnes de moins de 60 ans,

Vu la convention avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne,

Vu les dispositions de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire.

Article 1 :

La présente convention a pour objet de définir les modalités d'organisation de la prise en charge des personnes détenues fragilisées par la dépendance et/ou le handicap.

Article 2 :

Afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'aide des personnes détenues fragilisées par la dépendance et le handicap, le Centre Pénitentiaire des Hommes et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation souhaitent faire appel à l'ASSAD du Pays de Rennes qui fournira une prestation de service.

Article 3 :

Sur signalement du Centre Pénitentiaire des Hommes, du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, du Centre Hospitalier Universitaire ou du Centre Hospitalier Guillaume Rénier, l'ASSAD du Pays de Rennes s'engage à proposer et mettre en œuvre toute demande de droit commun à laquelle peut prétendre la personne détenue.

Pour ce faire, l'ASSAD du Pays de Rennes contactera le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Celui-ci s'engage à fournir à l'ASSAD du Pays de Rennes, toutes les informations administratives utiles à la constitution du dossier de la personne concernée. Le prestataire bénéficiera du concours des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation avec lesquels il mènera à bien la constitution du dossier.

| Prestations | Financeurs | Conditions d'accès |
|--|--------------------|---|
| Personnes de - de 60 ans | | Décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie : conditions d'éligibilité |
| Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | Conseil Général | |
| Services ménagers | Conseil Général | Décision du Conseil général - Conditions de ressources et taux d'incapacité |
| Personnes de + de 60 ans | | Décision du Conseil général : conditions liées à l'état de dépendance (GIR 1 à 4)* |
| Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) | Conseil Général | |
| Services ménagers | Conseil Général | Décision du Conseil général : conditions liées à l'autonomie (GIR 5 et 6) plus conditions de ressources |
| | Caisse de retraite | Décision de la Caisse de retraite : conditions liées à l'autonomie (GIR 5 et 6) plus conditions de ressources |

* GIR – Groupe Iso Ressources – grille AGGIR

Article 4 :

Le Directeur du Centre Pénitentiaire des Hommes permettra l'accès des intervenants habilités aux lieux nécessités par leur intervention.

Les aides à domicile seront autorisées à intervenir dans le Centre Pénitentiaire des Hommes après examen de leur casier judiciaire. Ceci concerne les titulaires et remplaçants.

Toute personne intervenant dans le Centre Pénitentiaire des Hommes recevra auparavant une information adaptée pour faciliter les modalités de son intervention en détention.

Article 5 :

Les interventions de l'ASSAD du Pays de Rennes se dérouleront en majorité à l'intérieur de la cellule. Cependant, pour une prise en charge le nécessitant, les intervenants auront également accès à l'UCSA et aux lieux permis par le chef d'établissement, sous réserve des impératifs de sécurité.

Article 6 : évaluation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'évaluation des besoins sera réalisée par l'équipe médico-sociale du Conseil général, en présence de la responsable de secteur de l'Assad, selon les modalités définies dans l'annexe 1, fiche de procédure APA, annexée à la présente convention.

Après évaluation des besoins individuels, l'Assad s'engage à mettre à disposition le personnel qualifié pour répondre aux besoins définis dans le plan d'aide.

L'intervention sera assurée par une personne de sexe masculin au Centre Pénitentiaire des Hommes.

Rappel des prestations assurées :

- 1 – Entretien de la cellule,
- 2 – Aide à la toilette,
- 3 – Aide à la mobilité de la personne détenue, dans le cadre défini par l'article précédent,
- 4 – Aide à la prise des thérapeutiques préparées par l'UCSA.

Les aides à domicile interviennent aussi bien pour les activités ordinaires de la vie quotidienne (nettoyage des surfaces et matériels de l'espace, entretien du linge, des vêtements et de la cellule) que pour les actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et coucher, aide à la toilette, aide à l'habillage et déshabillage, aide à la prise du repas, accompagnement hors de la cellule).

Les aides à domicile ne peuvent réaliser des actes considérés comme des actes de soins (prévention d'escarres, soins de plaies, application de pommades médicamenteuses).

La personne détenue peut néanmoins faire appel à la personne de son choix pour la réalisation de ces actes.

Article 7 : admission d'urgence APA

Après contact téléphonique entre les médecins de l'UCSA ou du SMPR et le Médecin conseil territorial du Conseil général, l'ASSAD s'engage à intervenir le plus rapidement possible et à déclencher, chaque fois que possible, une procédure d'urgence auprès des financeurs.

Article 8 : évaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH)

L'évaluation des besoins sera réalisée par la Maison départementale des personnes handicapées sur la base d'un recueil d'informations auprès des professionnels de l'UCSA ou du SMPR.

Le recueil d'informations peut concerner :

- des aides humaines,
- des aides techniques à condition qu'elle ne soit pas couverte par les missions de l'établissement,
- des aides spécifiques et/ou exceptionnelles qui ne correspondent pas aux missions de l'établissement.

Ces éléments seront ensuite transmis à la MDPH pour analyse et proposition d'un plan personnalisé de compensation.

La décision est prise par la Commission des droits et de l'autonomie et transmise à l'Assad pour mise en œuvre.

L'intervention sera assurée par une personne de sexe masculin au Centre Pénitentiaire des Hommes.

Rappel des prestations assurées :

- 1 – Aide à la toilette, habillage, déshabillage, lever, coucher, prise du repas,
- 2 – Aide à la mobilité de la personne détenue, dans le cadre de l'article 5,
- 3 – Aide à la prise des thérapeutiques préparées par l'UCSA.

Il faut noter que les aides à domicile ne peuvent intervenir que pour les actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et coucher, aide à la toilette, aide à l'habillage et déshabillage, aide à la prise du repas, accompagnement hors de la cellule), les activités ordinaires de la vie quotidienne (entretien du linge et de la cellule) n'étant pas prises en charge par la prestation de compensation du handicap.

Si les besoins portent sur ces activités, il convient de faire une demande d'aide ménagère au titre de l'aide sociale.

Les aides à domicile ne peuvent réaliser des actes considérés comme des actes de soins (prévention d'escarres, soins de plaies, application de pommades médicamenteuses).

La personne détenue peut néanmoins faire appel à la personne de son choix pour la réalisation de ses actes.

Article 9 : admission d'urgence PCH

Sur demande des médecins de l'UCSA ou du SMPR, et après avis du Chef de service évaluation de la MDPH, le Conseil général s'engage à mettre en œuvre l'intervention de l'Assad dans le cadre de la procédure d'urgence.

Article 10 :

Lorsque l'intervention nécessitera du matériel de nettoyage d'une part (balai, pelle et balayette, chaise à proximité de la douche) le Centre pénitentiaire le fournit.

Lorsqu'il y a un besoin en matériel médico-technique (cannes anglaises, fauteuil roulant, lève malade), cela relève d'une prescription médicale.

Article 11 :

Les horaires d'interventions seront définis par le chef d'établissement du Centre pénitentiaire en concertation avec l'ASSAD du Pays de Rennes en fonction des besoins.

Article 12 :

Les salariés de l'ASSAD intervenant à l'intérieur de l'établissement sont soumis :

- ▶ au règlement intérieur de l'ASSAD du Pays de Rennes, communiqué au Centre Pénitentiaire des Hommes,
- ▶ à la discrétion professionnelle et à la confidentialité,

Ils prendront connaissance du règlement intérieur du Centre Pénitentiaire des Hommes et le respecteront. Celui-ci est communiqué à l'ASSAD du Pays de Rennes.

Aucun fait ou information porté à la connaissance du personnel de l'ASSAD à l'occasion de ses interventions, ne pourra être divulgué à l'extérieur de l'établissement, sauf s'il estime qu'il y a danger pour lui ou pour la personne détenue. Dans ce cas, il en informera directement le chef de service du Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile qui jugera de la conduite à tenir.

Il est formellement interdit de faire entrer ou sortir un quelconque objet pour la personne détenue.

Article 13 :

En cas d'aggravation de l'état général de la personne, le salarié de l'ASSAD du Pays de Rennes en informe l'équipe de l'UCSA et la responsable de secteur de l'ASSAD.

Article 14 :

Si la prestation de service prévue ne peut être réalisée du fait du Centre Pénitentiaire des Hommes, celle-ci reste due.

Article 15 :

En cas de difficultés ou manquements dans l'application du déroulement de cette présente convention, l'une ou l'autre des parties peut en demander la dénonciation.

Le délai à respecter sera en fonction du problème et si possible au minimum d'un mois.

La convention pourra être modifiée en tout temps avec accord des parties.

Elle sera renouvelable annuellement après un bilan entre les signataires.

Fait à Rennes le

Le Directeur du Centre
Pénitentiaire des
Hommes de Rennes Vezin

Le Directeur du service
Pénitentiaire d'Insertion
et de Probation

Le Président ou le Directeur
du Centre Hospitalier Universitaire

Le Président du Centre Hospitalier
Guillaume Régnier

Le Président de l'Assad

Le Président du Conseil général et
Président de la MDPH

La nécessité d'organiser l'accueil de personnes détenues âgées et/ou handicapées va croissant dans les établissements pénitentiaires. Comme à l'extérieur, toute une partie de la population pénale vieillit et connaît des difficultés d'adaptation à des structures qui n'ont pas été pensées pour héberger des personnes souffrant de handicaps ou d'incapacités. Si les établissements récents ont prévu des aménagements architecturaux pour améliorer les conditions de détention de ces personnes, on se situe pour l'heure bien en deçà d'une prise en charge globale des détenus qui ne sont pas autonomes pour effectuer les gestes de la vie quotidienne. Un plan d'action ambitieux doit être mis en œuvre. Il implique une démarche prophylactique tout autant que curative, les réponses à apporter étant architecturales mais aussi humaines. Les directeurs des services pénitentiaires ont un rôle d'arbitre entre préservation de la dignité de ces personnes particulièrement fragiles en détention et maintien de la sécurité dans l'établissement ; ils peuvent aussi être force de proposition auprès de leur Ministère de tutelle, grâce aux expérimentations qu'ils mènent sur le terrain.

Le projet de loi sur l'autonomie, ainsi que les études récemment commandées par la Direction de l'administration pénitentiaire sur les phénomènes de vieillissement et de handicap des personnes incarcérées, constituent une étape charnière dans la recherche de solutions pertinentes au problème de la dépendance. Cette réflexion constitue un des défis majeurs que l'administration pénitentiaire doit aujourd'hui relever.

Mots-clefs : Dépendance – vieillissement – handicap – dignité - anticipation