



## Motion du CNCPH

### *Alerte sur l'Accès aux soins et aux structures d'aval pour les détenus handicapés*

**Assemblée plénière du 16 juillet 2021**

#### **Rappel du contexte**

---

Le CNCPH a rencontré le CGLPL suite à son alerte sur la situation particulière du centre pénitentiaire de Bédenac. Les échanges ont toutefois été plus larges et ont concerné les conditions d'accès aux soins des détenus handicapés et la problématique de discrimination qu'ils connaissent pour intégrer des structures d'aval. Nos travaux s'inscrivent et prolongent ceux menés par le groupe de travail « prison » de la précédente mandature.

#### **Recommandations et observations de la Commission**

---

Le CGLPL et le CNCPH soulignent le droit de tout détenu à avoir le même accès aux soins que dans le droit commun. Ce qui paraît simple, suppose pourtant une mobilisation interministérielle. Nous soulignons ici les dysfonctionnements rapportés :

- Un défaut d'accessibilité : des cellules mais aussi des espaces communs garantissant ainsi un égal accès aux locaux par les personnes détenues (ex bibliothèque ou lieux de travail).
- Une accessibilité partielle : par exemple, le centre pénitentiaire de Bédenac dispose de grandes cellules PMR avec de grandes douches mais n'a pas de barres d'appui dans les couloirs ou des étagères situées en hauteur (9/20 détenus étant en Fauteuil), pas de potence pour les transferts-lits fauteuil ou encore l'indisponibilité d'accompagnant pour une personne non voyante hors de l'unité.
- Une indisponibilité d'aides humaines : les prisons ne disposent pas d'aide soignants et l'accès des services à domicile est rendu difficile par :
  - Les contraintes de sécurité ;
  - Une tarification inadaptée au temps nécessaire ne serait que pour accéder aux détenus (transport + mesures de sécurité) ;
  - Difficultés accrues par la localisation en zone blanche (grande ruralité de certains centres de détention) ;
  - Une réticence de certains de ces services à intervenir dans ces conditions.

Ainsi, la présence ne couvre pas les besoins quotidiens sur la toilette et les soins et ce, dans un contexte d'accroissement du niveau de dépendance des détenus (vieillesse notamment). La pénitencier pour pallier ce manque de moyen a pris sur elle certaines fois de rémunérer un codétenu. Se posent alors :

- La question de la formation de cette personne ;
  - La question de l'emprise qui peut être exercée sur ces personnes vulnérables dans le contexte carcéral.
- 
- Une frilosité pour aménager les peines ou réviser les modalités d'accès aux soins : un juge pourrait autoriser des sorties kinésithérapie deux fois par semaine et autoriser un transport en ambulance privé. Cette possibilité offerte est très peu mobilisée par crainte d'une fugue y compris dans des cas où celle-ci est peu probable du fait du niveau de dépendance.
  - Une présence massive de personnes présentant un trouble psychique en prison (8 hommes et 7 femmes sur 10) et une vulnérabilité plus importante au suicide. Or, ces personnes ne disposent pas des soins adaptés (voire n'ont plus du tout de soins faute de moyens humains). Les décompensations y sont nombreuses et importantes. Les aménagements de peine sont peu mis en œuvre, les psychiatres et les juges craignant la récidive, même quinze ou vingt ans après les faits. Les personnes présentant des troubles psychiques sont donc discriminées au sein de l'univers carcéral : au moment du premier confinement un certain nombre de détenus a profité d'aménagement de peine mais pas ceux présentant des handicaps d'origine psychique.
  - Une présence en détention de personnes souffrant de problèmes cognitifs qui ne comprennent pas où elles sont et ont des comportements qui conduisent les surveillants à les priver de tout (ex : consommation compulsive de tous les objets qu'on leur supprime mais sans les soigner). On peut dès lors se demander quel est le sens de la peine.
  - Une discrimination dans l'accès aux structures d'aval : certaines suspensions de peine n'ont pas été possibles faute de place en structure d'aval (1 an pour trouver une place). Les assistantes sociales repèrent des places sur via trajectoire, appellent et se voient opposer un refus dès que mention est faite du statut de détenu.
  - Une absence d'accompagnement dans les murs pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel alors qu'ils sont soumis à une obligation de soins à la sortie !
  - Un refus d'accepter les patients en urgence dans les UHSA : les patients en crise échouent dans des chambres d'isolement sans soins. Au bout de trois jours, privés de tout, ils préfèrent retourner en prison. Le problème de l'urgence psychiatrique en prison est majeur.

- Un accès au travail souvent réservé aux personnes détenues les plus productives (paiement à la pièce). Les places étant limitées, les personnes en situation de handicap sont découragées et y ont peu accès.

## **Demandes / propositions de la Commission**

- Elargir la réflexion interministérielle pour anticiper le vieillissement de la population carcérale demandée par le CGLPL à la perte d'autonomie afin de ne discriminer aucun besoin (toutes les situations seraient concernées et non celles uniquement liées à l'âge).
- Mettre en place une cellule pluridisciplinaire d'expertise afin d'adapter la détention aux besoins en soins ou en adaptation de la personne. Celle-ci devra être disponible et mobilisable lors de l'entrée, pendant le séjour ou en préparation de la sortie. Elle serait ainsi un point d'appui pour répondre aux problématiques d'aval et pour faire appliquer ses recommandations (ex : du centre pénitentiaire de Bédenac où le kinésithérapeute n'était présent qu'une fois par semaine alors que des soins quotidiens devaient être dispensés).
- Entamer une réflexion profonde (sociétale) sur la stratégie que nous souhaitons adopter face à la hausse de la perte d'autonomie en prison (6% des détenus en hausse constante) : soit mieux appliquer les lois qui permettent les suspensions de peine en raison de l'état de santé du détenu, soit créer des unités spécialement aménagées avec l'offre de soins adaptée. Doit-on adapter le droit commun pour les détenus en fin de peine ou en incapacité d'être pris en charge en détention ? Ou crée-t-on une forme de détention spécialisée ?
- Entamer un travail avec les professionnels de la pénitencier et les professionnels de santé travaillant en prison (en particulier les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation) pour améliorer leur connaissance de notre secteur et donc des débouchés possibles pour les détenus et parallèlement rappeler à nos secteurs l'inconditionnalité de notre accueil tout en travaillant sur les stéréotypes liés à la détention.
- Promouvoir un repérage systématique des troubles des personnes entrant en prison et un diagnostic différentiel devant les surreprésentations des taux de prévalence de plusieurs pathologies en milieu carcéral : psychique (Cf. supra), TDAH (étude Montpellier 17 à 40% de TDAH dans la population carcérale vs 2,5% en population générale), lésions cérébrales acquises (étude à Fleury Mérogis du CRFTC IDF : 40%). Repérer les contraintes fonctionnelles et mettre en place les bons traitements. Ceci permettrait de sécuriser le reste du parcours, de diminuer la violence, d'augmenter la qualité de vie en détention et par la suite réinsérer durablement les personnes à leur sortie (en évitant la récidive). Nous demandons un engagement fort du Ministère de la Santé pour soutenir et

financer la démarche qui constituera, in fine, une économie substantielle grâce aux couts évités.

- Poursuivre les travaux entrepris sur les ESAT et EA en prison et notamment mis en place par l'APAJH.
- Investir et déployer les dispositifs nationaux de soins psychiatriques destinés aux personnes détenues (faciliter les sorties, les consultations, développer le télé-soin...).

## **Vote de l'Assemblée plénière du CNCPH**

---

Les membres du CNCPH, réunis en assemblée plénière, approuvent et adoptent cette motion.