



AVIS DE L'APF

-----  
PROJET D'ARRETE SUR L'ACCESSIBILITE  
DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES  
COMMISSION ACCESSIBILITE DU CNCPH  
MERCREDI 17 JUIN 2009

Préambule :

Handicap et prison : quelques constats...catastrophiques

En préambule, il faut savoir que la France est considérée par le Conseil de l'Europe, comme le 49<sup>ème</sup> pays d'Europe concernant l'état et la qualité de ses prisons ; et ce, juste avant la Moldavie.

De nombreux rapports publics en attestent et corroborent ce premier constat, qu'ils émanent de rapports européens, parlementaires, d'autorités sanitaires, de centre de recherches ou d'organismes associatifs.

La France s'est faite également plusieurs fois condamnée par les instances européennes à ce sujet à partir de requêtes individuelles ayant demandé plusieurs années de procédure.

Concernant les personnes en situation de handicap, deux sources d'informations sont particulièrement importantes d'enseignements par le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) et l'enquête HID (Handicap, Incapacité, Dépendance).

Il s'agit surtout de l'avis n°94 du CCNE relatif à la santé en prison. Cet avis dresse un constat alarmiste à différentes échelles pour les personnes en situation de handicap incarcérées :

- Selon le CCNE, on peut estimer l'effectif de la population carcérale en situation de handicap à plus de 20 % du nombre total de détenus.  
Plus spécifiquement, il convient de retenir qu'environ 6 % des détenus bénéficient d'une reconnaissance administrative de leur handicap, soit environ 5000 personnes. Mais ce chiffre ne reflète tout le pan de la population n'usant pas leurs droits, soit par méconnaissance, soit par obstacles administratifs.

- En sus des conditions de forte promiscuité et de surpopulation, il y aurait matière à s'interroger sur l'application des apports de la loi du 11 février 2005 en termes de droit à compensation et d'accessibilité.
  - .Sur la compensation et l'accès aux soins :
    - Il existe de très fortes interrogations à l'heure actuelle sur les liens existants entre les établissements pénitentiaires et les MDPH en termes de reconnaissance à une PCH, et surtout d'accès aux aides techniques.
    - A cette interrogation, s'ajoute la qualité de l'accès aux soins proprement dit au sein de la prison pour les détenus en situation de handicap, ainsi que son adéquation aux types de déficience (par exemple, les pratiques de menotage pendant les consultations médicales).
    - Le milieu carcéral surajoute des problématiques liées au traitement des déficiences déclarées, ce qui aggrave le handicap pour bon nombre de personnes.
    - Les situations de fin de vie qui ne demeurent pas traitées de manière digne et humaine.
  - .Sur l'accessibilité :
    - Il existe de fortes présomptions pour que l'accessibilité des locaux pénitentiaires soit quasi inexistante. Des normes et préconisations existent en la matière, mais quid de leur réelle application ?

A ces éléments de l'avis récent (Octobre 2006) du CCNE, s'ajoutent dans le contexte des récents éléments jurisprudentiels, avec la condamnation de la France à l'échelle européenne pour l'inaccessibilité de ses locaux pour un détenu, ainsi qu'un avis de la HALDE pour l'inaccessibilité de certaines activités pour un détenu en situation de handicap.

#### Sur les dispositions du projet d'arrêté :

L'APF ne peut consentir aux dispositions du présent projet d'arrêté pour plusieurs raisons :

- Aucun bâtiment neuf ne doit déroger au principe d'accessibilité
- Au vu des rapports du CCNE et de l'enquête HID, il s'avère qu'au moins 20 % de la population carcérale souffre d'une situation de handicap.
  - o Ainsi, les dispositions des articles 16 et 20 du projet d'arrêté reposant sur le principe de quota très faible (1% des parloirs, locaux de fouilles, boxes d'attentes des cabinets médicaux ; et 3 % des cellules sont prévues pour être accessibles), ne peuvent en conséquence être recevables en la matière.

-

- L'inexistence de dispositions concrètes sur la mise en accessibilité des établissements existants :

Les dispositions de l'article 2 du projet d'arrêté concernant les établissements pénitentiaires existants renvoient à officialiser l'inaccessibilité des bâtiments existants, alors qu'une fois de plus, un nombre non-négligeable de personnes détenues ne bénéficient pas de conditions d'accessibilité en regard de leur situation de handicap.

Il en est de même des proches et de la famille qui sont en situation de handicap, et ne peuvent venir « visiter » une personne détenue en raison de l'inaccessibilité des lieux. La surpopulation carcérale étant de notoriété publique (environ 65 000 personnes détenues pour 50 000 places), le fait de ne pas proposer un principe d'une adaptation individualisée à une situation de handicap reviendrait à ne pas prendre en compte officiellement la présence de personnes en situation de handicap dans les établissements pénitentiaires existants.

- L'imprécision de l'article 7 susceptible de déroger aux attributions traditionnelles de la CCDSA (Commission Départementale de Sécurité et d'Accessibilité)  
En édictant que *Pour des raisons de sûreté, en accord avec le président de la commission de sécurité et d'accessibilité, l'administration pénitentiaire se réserve le droit de maîtriser la diffusion et l'exploitation des documents relatifs aux établissements pénitentiaires.*, l'article 7 ouvre le champ à une interprétation selon laquelle la CCDSA aurait à se prononcer sur un permis de construire sans pour autant pouvoir disposer de toutes les pièces justificatives lui permettant de se prononcer à bon droit sur la recevabilité dudit dossier.  
N'étant pas dans une matière d'exception ayant trait au « secret défense », alors en tant qu'instance officielle prévue par les textes réglementaires, la CCDSA n'a pas à se voir amputer d'éléments lui permettant d'œuvrer dans ses attributions pour se prononcer sur un bâtiment public.
- Des oublis importants tels que l'accessibilité des douches
- De plus, nonobstant le fait que le projet d'arrêté puisse être revu selon les remarques effectuées précédemment, rien ne justifie que l'arrêté entrerait en vigueur 6 mois après sa publication tel que le stipule l'article 21.  
Il existe à ce jour un programme de construction d'établissements neufs, lesquels se verraient alors affranchis d'obligations en termes réglementaires sur l'accessibilité.

Au vu des éléments précités et en l'état actuel de sa rédaction, l'APF émettra un avis défavorable sur ce projet d'arrêté sur l'accessibilité des établissements pénitentiaires.

## ANNEXE AU PREAMBULE

En complément, voici les extraits de l'avis du CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) datant de 2006 qui sont directement relatifs au handicap, ainsi que les recommandations émises par l'instance.

### **Extraits de l'avis n°94 du CCNE : La santé et la médecine en prison**

*« Une personne détenue sur deux souffre soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps ou l'espace, soit d'une incapacité, difficulté, voire impossibilité à réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne, telle que s'habiller, se laver, parler... ».*

*Une enquête réalisée en 2003 sur les personnes à leur entrée en détention indiquait que 2,4% étaient titulaires d'une allocation pour adulte handicapé (AAA), 3,3% étaient invalides, et 3,8% bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Au total, plus de 6% des personnes au moment de leur incarcération (soit environ 5 000 personnes incarcérées) étaient concernées par au moins un de ces critères.*

*L'Académie de Médecine, évoquant d'une manière plus générale les personnes détenues de plus de 60 ans, notait dans son rapport de décembre 2003 que la plupart d'entre elles « sont incarcérées dans des établissements inadaptés aux handicaps physiques liés à l'âge : nombreux escaliers, absence d'ascenseur, absence de plans inclinés rendant inaccessible de nombreux locaux, y compris les locaux médicaux... a fortiori pour ceux qui doivent utiliser un fauteuil roulant ».*

*Ces personnes handicapées sont confrontées en prison à trois grandes difficultés :*

- l'inaccessibilité des lieux*
- le manque total ou partiel d'aide technique*
- et surtout l'absence d'une tierce personne pouvant les aider dans les gestes et soins indispensables au quotidien.*

*- L'inaccessibilité des lieux empêche le détenu handicapé de bénéficier des parties communes (douches, salles de travail, bibliothèque, cour-promenade...)*

*La plupart des prisons, archaïques, manquent totalement ou partiellement de barres d'accès et d'ascenseurs, de douches et de WC aménagés, de cellules individuelles suffisamment spacieuses pour recevoir un lit adapté et un fauteuil roulant.*

- Les aides techniques (lit adapté, alèses, système de levage, fauteuil roulant, etc.) sont quasiment inexistantes pour les raisons précédemment évoquées, mais aussi par manque de moyens financiers.*

*Jusqu'au début de l'année 2005, les allocations prévues par la loi pour aider les personnes dépendantes et donc leur permettre d'acquérir certains matériels de soutien se trouvaient réduites ou supprimées quand elles entraient en prison pour un délai excédant 45 jours, y compris lorsqu'elles étaient mises en examen ou prévenues, présumées innocentes.*

*Quant à la présence d'une tierce personne, qui apporte une aide à la vie quotidienne ou offre des soins particuliers (kinésithérapie par exemple), elle demeurait, jusqu'à début de l'année 2005 refusée.*

*L'aide au détenu handicapé dépendait entièrement du bon vouloir de ceux qui l'entouraient (gardiens ou surtout codétenus) avec tous les manques et les risques que cela comporte.*

*La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale indique, dans son chapitre « éléments d'actualisation du guide (la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées) » que « l'accueil en détention de personnes dépendantes âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues.*

*Le même chapitre « éléments d'actualisation du guide (la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées) » indique aussi que « les personnes dépendantes, âgées ou handicapées doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état, notamment de cellules réservées à l'accueil de personnes handicapées ».*

*Mais seuls les nouveaux établissements pénitentiaires sont censés comporter systématiquement « au moins une cellule aménagée ». On voit mal comment les nouvelles prisons dotées pourtant d'une cellule aménagée (une pour 200 places, soit 0.5% dans les seules nouvelles prisons, alors que le pourcentage de personnes handicapées incarcérées, toutes prisons confondues, était en 2003 de plus de 6% !) parviendraient à résoudre le problème de l'ensemble des personnes handicapées détenues, car au nombre de détenus entrant porteurs d'un handicap s'ajoute désormais celui des détenus qui ont vieilli en prison.*

*Ainsi, « celles-ci [les personnes handicapées] sont soumises à des conditions d'hébergement et de vie attentatoire à leur dignité », pour reprendre les termes de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme dans son Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006.*

*Quand toute prise en charge véritable du handicap est dans les fait impossible, la personne détenue handicapée se trouve de fait exclue non seulement du champ d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais aussi de la loi du 18 janvier 1994, qui a pour objectif de donner au détenu un accès aux soins et à la protection de la santé identique à celui de la population générale.*

*Contrairement à un condamné, un prévenu, présumé innocent, en fin de vie ne peut pas bénéficier des dispositions de suspension de peine pour raison médicale prévues par la loi du 4 mars 2002.*

*La suspension de peine pour raison médicale en fin de vie, prévue par la loi du 4 mars 2002, le recours à des soins d'urgence, ou à un accompagnement médical, nécessaire en cas d'angoisse profonde, est parfois rendu inaccessible :*

*- Inaccessible la nuit, par l'insuffisance de « rondes de nuit » rendant impossible l'accueil et la transmission au service médical de tout appel de détresse.*

*- Difficile le week-end, et même le jour en semaine, en raison du manque d'attention portée aux appels des détenus par les surveillants trop habitués à leurs cris et souvent peu formés à distinguer les plaintes nécessitant une réponse immédiate.  
Pourtant, il est inacceptable que des personnes enfermées dans des cellules, en totale situation de dépendance et en situation d'anxiété ne puissent pas bénéficier en cas d'urgence d'un accès, jour et nuit, à l'équipe médicale.*

### *Recommandations du CCNE*

*Les conditions d'une éthique de la prison et du sens de la peine doivent être cherchées autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la prison, autant en amont qu'en aval : avant, pendant et après l'incarcération, et comme alternative à l'incarcération.*

#### *1. En amont :*

- Assurer à toute personne l'accès aux droits fondamentaux, notamment en matière de santé, d'éducation et de protection sociale.*
- Porter une attention particulière aux problèmes de santé mentale des mineurs en difficulté et de toutes les personnes vulnérables.*

#### *2. Lors de la mise en examen:*

- Eviter l'incarcération de prévenus, présumés innocents, ne présentant pas de dangerosité, comme le prévoit la loi. Le cas échéant, prévoir d'autres dispositions que l'enfermement pour éviter le dépérissement des preuves (contrôle judiciaire renforcé à l'instar de la curatelle renforcée).*

#### *3. Lors du jugement:*

- Faire en sorte que les personnes atteintes de maladie mentale grave ne soient pas envoyées en prison. Se prononcer pour l'incarcération et le maintien en prison des malades mentaux pose des problèmes éthiques graves*
- Développer le recours aux peines de substitution à chaque fois que cela est possible, et non pas de manière discrétionnaire, peines toujours préférables à l'incarcération.*

#### *4. En prison :*

- Considérer le détenu comme un sujet de droit. Respecter sa dignité humaine, c'est-à-dire ses droits fondamentaux, dont le droit à la protection de son intégrité physique et mentale.*
- Inciter les élus et/ou le législateur à veiller à la bonne application des lois concernant la santé des personnes incarcérées, lois parfaitement déclinées dans « le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ».*

*- Faire bénéficier d'une suspension de peine les détenus en fin de vie et les détenus handicapés, âgés, ou atteints de maladies somatiques ou mentales graves dont l'« état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention » comme le prévoit la loi.*

*Ce qui signifie :*

*. Inciter les responsables des unités de soins palliatifs des hôpitaux publics et privés à proposer un accueil dans leur structure aux détenus en fin de vie pour lesquels il y a eu décision de suspension de peine pour raison médicale.*

*. Rechercher hors des murs de la prison des solutions pour que les personnes très âgées, les grands handicapés et les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques quittent à jamais la prison.*

*- Inciter les juges d'instruction à suspendre la peine des personnes prévenues dont l'état de santé est incompatible avec le maintien en détention (et dont le statut de prévenu les empêche de bénéficier des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002). Parmi elles, les personnes parvenues au terme de leur vie.*

*- Inciter les élus et/ou le législateur à assurer le respect de la dignité humaine et des conditions de vie du détenu trop souvent source de maladies et de souffrances.*

*Ce qui signifie :*

*. Ne plus repousser, de loi en loi, la mise en œuvre réelle de la possibilité de détention en cellule individuelle, notamment en maison d'arrêt, disposition pourtant déjà prévue comme la règle pour les prévenus, sauf dérogation, par le Code de Procédure Pénale.*

*. Faire en sorte qu'entraver, lors d'une consultation, un détenu ou un prévenu soit considéré comme absolument inacceptable en dehors de circonstances exceptionnelles.*

*. Faire en sorte de réduire et de contrôler le recours et la durée des mesures d'isolement en cellule de discipline (le « mitard ») et en quartier disciplinaire, qui présentent des risques pour la santé mentale du détenu.*

*.Inciter les médecins et les équipes soignantes à favoriser les liens directs entre détenus et soignants, à ne pas résoudre seulement les problèmes apparents (somatiques ou psychiques) des personnes détenues, mais à être attentifs aussi à tout ce qui provoque une dégradation de l'être, telles l'humiliation, la violence et la désespérance. Réfléchir, en équipe soignante, au fait que médicaliser la sécurité par le recours aux psychotropes est une facilité apparente, certes parfois inévitable, mais dont l'usage fréquent masque ou aggrave les difficultés de fond plus qu'elle n'y remédie. Son excès constitue une atteinte à la santé et à la dignité.*

*.Développer, en concertation avec l'équipe soignante et avec l'administration pénitentiaire, le rôle de médiateur et le devoir d'ingérence des soignants dans tous les domaines où sont mis en jeu l'intégrité physique ou mentale du détenu, le droit à la protection de sa santé ou le respect de sa dignité humaine.*

*- Mettre en place une véritable politique de réinsertion. La réinsertion doit être préparée dès l'incarcération. Il faut renforcer les moyens et les actions du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), et les moyens et les actions des UCSA en ce qui concerne l'éducation à la santé, la préparation à la continuité des soins et l'accompagnement social après la sortie de prison.*

*Ce qui signifie :*

*. Veiller à la création renouvelée de projets de vie, seule perspective capable de donner sens à un futur, et fondamentalement nécessaire à la vie psychique et relationnelle en insistant sur les actions de formation professionnelle.*

*. Favoriser dans toutes les prisons la création d'unités de visite familiale (UVF) permettant aux détenus de garder un lien avec leur famille, particulièrement avec leurs conjoints et leurs enfants et de lutter ainsi contre une misère affective destructrice.*

*. Favoriser le développement de la responsabilité du détenu en mettant en place des espaces (lieu ou temps) favorisant un rééquilibrage des relations intra carcérales : lieu de médiation, groupes de parole,... Ces espaces d'expression diversifiées, destinés autant aux professionnels qu'aux détenus, seraient importants pour apaiser la violence, entendre la souffrance, prévenir le suicide, rechercher un meilleur vivre ensemble et préserver aussi la santé mentale de chacun.*

*. Développer la vie associative avec le soutien des associations extérieures, par exemple les associations de malades et de personnes handicapées. Donner davantage de place aux membres des associations ou des institutions extérieures apportant déjà un soutien et un savoir-faire au sein de la prison ou à la sortie des détenus (travailleurs sociaux, enseignants, aumôniers, visiteurs de prison, etc...)*

*. Développer toutes les actions possibles d'information, de formation, de recherche permettant aux professionnels, entourant le détenu, d'accomplir leur mission dans des conditions favorisant le respect mutuel (professionnels, détenus, administration, bénévoles, visiteurs de prison société) et valorisant leurs tâches quotidiennes, particulièrement celles des surveillants.*

*- Favoriser et non pas restreindre les libérations conditionnelles pour les détenus ayant effectué la moitié de leur peine et favoriser aussi les libérations assorties de travaux d'intérêt généraux pour des détenus condamnés à une peine de moins d'un an, comme le prévoit la loi.*

*- Réfléchir enfin à ce que l'architecture des nouvelles prisons ne soit pas seulement pensée en fonction des normes de sécurité mais en fonction d'une préparation à la réinsertion sociale.*



*5. Après la sortie de prison :*

- Assurer l'accès aux soins physiques et psychiatriques, et à la prévention.*
- Donner toute son importance, dès avant la sortie de prison, à l'accompagnement social en lien avec des associations et institutions de soutien ou de réinsertion. La brutalité ou la soudaineté d'une sortie non préparée met en péril l'autonomie et la santé de la personne. Une libération mal préparée peut ainsi devenir une source d'exclusion, de désinsertion, d'aggravation d'une maladie somatique ou mentale. Il est donc important qu'elle soit bien préparée, et que l'on accorde toute son importance au rôle essentiel des travailleurs sociaux.*

*6. D'une manière générale :*

- Le CCNE en appelle de manière urgente aux pouvoirs publics, aux élus, au législateur, et aux autorités sanitaires pour qu'ils prennent toutes dispositions afin que :*
- la prison ne se substitue plus à l'hôpital psychiatrique, en raison d'une part des moyens décroissants accordés en France aux secteurs psychiatriques, et d'autre part d'une réticence croissante de notre société à accepter de soigner et d'accompagner, et non pas de punir, les personnes ayant commis des infractions à la loi par déraison.*
- tout détenu ait accès au respect de ses droits fondamentaux : notamment fasse en sorte que le prévenu puisse bénéficier des dispositions de la loi du 4 mars 2002 permettant la suspension de peine en fin de vie ou lorsque l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention.*
- les recommandations du Conseil de l'Europe concernant la prison, signées cette année par la France soient appliquées.*
- La réflexion et les débats entre citoyens sur le sens de la peine et de la prison ne soient pas réduits à quelques vaines incantations sans effets réels.*
- Le lien existant de toute évidence entre précarité, désinsertion sociale, abandon et incarcération soit interrogé pour que soit portée la plus grande attention aux personnes, et notamment aux enfants, les plus vulnérables et démunis, et mettre en œuvre leur nécessaire accompagnement médical, éducatif et social.*

*\* \* \**  
*\* \**  
*\**

*La question de la détention est d'autant plus complexe et difficile à poser, donc a fortiori à résoudre, qu'elle se heurte généralement à une opinion publique, sensible aux seuls impératifs sécuritaires. Le paradoxe réside dans le fait que la sécurité passe plus par le traitement digne des personnes que par leur élimination. On ne peut faire l'économie de la dignité humaine, à moins d'accepter et d'assumer l'indignité.*

*Le 26 octobre 2006*