

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires

NOR : CPLX1830858V

Une personne détenue qui se déplace en fauteuil roulant ne peut accéder au coin sanitaire de sa cellule en raison d'une marche à franchir, de son exigüité et de l'absence de siège et de barre : pour se laver, elle n'a d'autre solution que de s'arroser avec un tuyau relié au lavabo, en inondant le sol. Un homme hémiparétique doit compter sur l'aide de son codétenu pour parvenir à son propre lit. Deux septuagénaires souffrant de troubles cardiaques dorment depuis plusieurs mois dans des lits superposés, ce qui oblige l'un à se hisser sur sa couchette avec difficulté en piétinant celle de l'autre. Une personne octogénaire sénile n'est pas en capacité de s'entretenir avec un contrôleur lors d'une visite.

Situations rencontrées par les contrôleurs au cours de visites ou dans le cadre de saisines.

Témoin du quotidien de cette minorité mal identifiée et parfois invisible, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est fréquemment alerté sur les conditions de détention de personnes en situation de dépendance due à l'âge ou à un handicap, et ce dans tous les types d'établissements pénitentiaires ou d'unités hospitalières spécialisées (1).

En France, comme dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, l'emprisonnement, en détention provisoire ou en exécution d'une condamnation, ne se heurte à aucune limite d'âge. La tendance au vieillissement de la société, l'allongement de la durée des peines et des prescriptions pénales sont autant de facteurs expliquant l'augmentation du nombre de personnes âgées en détention (2). De plus, les personnes incarcérées ont tendance à vieillir prématurément et sont souvent sujettes à davantage de problèmes de santé que les personnes en liberté. Nombre d'entre elles présentent des situations de dépendance ou des pathologies dues à l'âge, qui doivent être prises en compte par l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, l'administration pénitentiaire prend en charge au sein des établissements pénitentiaires des personnes handicapées. La notion de handicap est ainsi définie par la Convention des Nations unies pour les droits des personnes handicapées (CNDPH) : « par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Les principes fondamentaux d'égalité, de non-discrimination, d'accessibilité et d'aménagement raisonnable (3), qui doivent présider à leur intégration dans la société, doivent être mis en œuvre en détention.

Ces principes guident la prise en charge de groupes de personnes présentant des situations très différentes. **Leur diversité, et notamment les particularités liées au handicap mental, contraint à limiter le propos de cet avis aux situations de handicaps physiques – catégorie elle-même hétérogène : difficultés de locomotion, surdité, etc. La détention des personnes atteintes de troubles mentaux fera l'objet d'un avis distinct.**

Dans la continuité de ses premiers travaux sur la prise en charge des personnes âgées ou atteintes de pathologies invalidantes (4), le CGLPL souhaite à nouveau appeler l'attention sur les atteintes aux droits fondamentaux de ces personnes et poser la question du sens de leur maintien dans les établissements pénitentiaires. Il s'appuie pour cela sur les constats réalisés lors de ses visites et vérifications en établissements pénitentiaires (5) et sur de nombreux témoignages reçus.

Ces questions prennent un relief particulier au regard de la situation dramatique de la surpopulation carcérale en France, à laquelle le CGLPL a consacré en 2018 un rapport thématique (6). Le CGLPL constate en effet que la surpopulation a notamment pour conséquence une détérioration importante des conditions de détention et de la qualité des soins, et génère tensions et insécurité. Une telle situation affecte l'ensemble de la population concernée, mais elle a un impact disproportionné sur les personnes vulnérables.

Il n'existe pas de données chiffrées récentes relatives au nombre et à la proportion de personnes incarcérées présentant un handicap. La dernière étude concernant ce sujet, l'enquête « Handicaps- incapacité-dépendance en milieu carcéral » (ou « HID-prisons ») date de 2001 : « à structure par âge et par sexe comparable, la proportion de personnes ayant au moins une difficulté est près de trois fois plus élevée en prison que dans le reste de la population » (7).

Il est de ce fait impossible de mettre en place une stratégie nationale de prise en charge adaptée à ces publics. Dans la résolution 2223 (2018) sur les détenus handicapés en Europe, adoptée le 1^{er} juin 2018, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe « invite les Etats membres à recueillir des données statistiques, y compris des données ventilées par âge, par sexe et par d'autres critères pertinents, permettant d'avoir une vision précise du nombre et de la situation des détenus handicapés dans toute leur diversité ». Elle indique que ce recueil de données est le préalable à l'identification des mesures et des moyens nécessaires pour remédier aux problèmes rencontrés par les détenus handicapés.

Le handicap et l'âge ne constituent pas en soi des causes d'incompatibilité avec la détention. Il appartient donc à l'administration pénitentiaire de prendre en charge ces personnes en tenant compte de tous les degrés de dépendance et de la grande diversité des besoins (soins, appareillage paramédical, aide humaine, aménagement de

l'environnement, suivi psychiatrique et psychologique, etc.), afin que « les détenus souffrant d'une incapacité physique, mentale ou autre aient un accès entier et effectif à la vie carcérale de façon équitable » (8).

Toutefois, dans certaines situations, il apparaît indispensable de se poser la question de la poursuite de l'incarcération, au regard du sens de la peine et de la prévention des traitements inhumains ou dégradants.

Cette question doit nécessairement être posée en amont, au moment du prononcé de la peine ou du placement en détention provisoire. La résolution du Conseil de l'Europe sur les détenus handicapés engage les États à prévoir et à développer davantage l'application de peines aménagées ou alternatives et à envisager systématiquement des peines ou des mesures coercitives provisoires non privatives de liberté. La gravité des faits, la nature du handicap et la capacité du système de détention à prodiguer les soins appropriés, en tenant compte du principe des aménagements raisonnables, sont parmi les critères qui doivent présider à ces décisions.

Cette résolution, qui est une application du principe général de personnalisation des peines, doit être mise en pratique par les magistrats français ; les mêmes critères doivent être pris en compte lorsqu'il est envisagé d'incarcérer une personne âgée. Pour ce faire, il est indispensable que les magistrats en charge du prononcé des peines ou du placement en détention provisoire aient une connaissance réelle des conditions dans lesquelles les personnes qu'ils incarcèrent vont exécuter leur peine. Lors de l'incarcération, le droit au maintien des liens familiaux doit également être pris en compte. Ce dernier est en effet trop souvent mis en péril par un éloignement géographique important, justifié par la nécessité de fournir un établissement adapté. Ce type de transfert postérieur à l'incarcération doit être proscrit ; d'autres solutions doivent être trouvées en amont. **A l'instar des dispositions issues de la loi du 15 août 2014 concernant les femmes enceintes, le CGLPL recommande, s'agissant des personnes handicapées et des personnes âgées de plus de 70 ans, que le procureur de la République ou le juge de l'application des peines s'efforcent par tout moyen de faire en sorte que la peine s'exécute en milieu ouvert** (9).

Lorsqu'au cours de la détention l'état de santé de la personne se révèle incompatible avec celle-ci, des outils juridiques permettent d'interrompre l'incarcération. Le CGLPL constate néanmoins qu'ils ne fonctionnent pas pleinement.

1. L'adaptation des conditions de détention doit concerner tous les aspects de la prise en charge

Une prise en charge adaptée suppose un repérage pertinent des situations et des besoins, à l'arrivée et au cours de l'incarcération. Des agents doivent être formés à cette fin. De façon complémentaire, il appartient aux unités sanitaires de mettre en place des outils de détection des situations de handicap.

Au-delà des aménagements matériels qui seront évoqués plus loin, c'est toute l'organisation de la vie en détention qui se révèle souvent inadaptée aux besoins des personnes et qui doit dès lors faire l'objet de mesures particulières.

Lors des visites d'établissements, les contrôleurs rencontrent fréquemment des personnes dont le handicap ou les difficultés dues à l'âge ne sont pas suffisamment, voire pas du tout prises en compte. Lors des entretiens avec les contrôleurs, ces personnes expriment à quel point la vie en détention est source de peur et d'angoisse : la confrontation avec une population majoritairement très jeune, leur isolement car les cours de promenade représentent un espace où elles sont particulièrement vulnérables, leur désœuvrement du fait de l'inadaptation des activités proposées, tant de loisirs que professionnelles.

Dans son avis relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires publié le 26 décembre 2016, le CGLPL a préconisé le développement de postes adaptés permettant le classement au travail des personnes détenues souffrant d'un handicap physique, ainsi que l'engagement d'une réflexion sur d'autres modes d'activité permettant une occupation dans un double objectif de socialisation et d'insertion.

Les mesures d'ordre intérieur sont une source d'anxiété particulière. S'agissant des fouilles intégrales, aucune instruction de la direction de l'administration pénitentiaire ne décrit les modalités techniques de leur réalisation sur des personnes détenues handicapées ou âgées. Aux termes de l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, toute restriction aux droits de la personne détenue pour l'un ou les motifs envisagés par cet article doit tenir compte de « l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité » de l'intéressé. Or, le CGLPL est régulièrement alerté sur des pratiques ou des gestes déplacés, tel que le contrôle d'une protection urinaire. De telles pratiques ont souvent des conséquences importantes comme l'arrêt des visites de la famille pour éviter de nouvelles fouilles, ou l'isolement total de la personne dans sa cellule.

Des directives données par l'administration pénitentiaire doivent venir préciser les gestes à réaliser lors des fouilles concernant les personnes dépendantes et handicapées. Par ailleurs, au sein des établissements, les surveillants chargés de réaliser les fouilles doivent pouvoir s'adresser à une personne référente formée à cet effet, afin de déterminer les gestes appropriés à chaque cas, voire l'opportunité d'une autre mesure.

Le manque d'adaptation des mesures de sécurité aux personnes handicapées touche également souvent les visiteurs (10). A titre d'exemple, dans de nombreux établissements, les visiteurs en fauteuil roulant sont contraints de changer de fauteuil au niveau du portique de détection pour qu'un agent procède à son contrôle. Il est nécessaire de mettre un terme à cette pratique et de permettre aux personnes concernées de conserver leur fauteuil personnel et de contourner le portique de détection.

2. Les établissements doivent mettre en œuvre le principe d'aménagement raisonnable

Il n'existe pas d'établissement pénitentiaire dédié à l'accueil des personnes détenues âgées ou en situation de handicap. Ces dernières sont écrouées selon les critères habituels, même si l'établissement n'est pas en mesure de les accueillir dans des conditions matérielles respectueuses de leur dignité. Leur statut juridique (prévenu, condamné, détenu particulièrement signalé, etc.) prime sur leur état de santé dans le choix de l'affectation. La création d'établissements spécialisés, par nature limités, serait une démarche lourde de conséquences, au premier

rang desquelles figurent le risque d'éloignement familial et la stigmatisation des personnes concernées, conduisant à une mise à l'écart supplémentaire de ces dernières.

Les établissements pénitentiaires se doivent néanmoins d'être aménagés. Le cadre législatif français en la matière repose sur la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Comme s'en est émue récemment la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans une déclaration sur la nécessaire garantie par les pouvoirs publics des droits des personnes en situation de handicap, le droit français n'est pas conforme aux principes de la Convention internationale des personnes handicapées (11). Notamment, il ne reconnaît pas pleinement la notion « d'aménagement raisonnable » qui n'a été transposée que dans le domaine du droit du travail.

Des normes de construction sont imposées depuis 2010 pour les nouveaux établissements : l'administration pénitentiaire « aménage les zones nécessaires et prévoit un nombre de cellules adaptées pour les personnes handicapées » (12). Le comité européen de prévention de la torture (CPT), dans son récent rapport sur la Belgique, précise qu'une cellule pour personne à mobilité réduite ne devrait pas avoir une surface au sol inférieure à 14-15 m².

Les cellules adaptées pour les personnes à mobilité réduite (PMR) et pour les personnes en situation de handicap (PSH) sont la plupart du temps situées au rez-de-chaussée des bâtiments, ce qui permet un accès facile aux locaux communs et zones des services. Néanmoins, ces ailes sont généralement réservées au régime de détention dit « strict en porte fermée », qui s'impose dès lors le plus souvent à elles, quel que soit leur comportement.

Dans les établissements plus anciens, les plus nombreux, les cellules et les espaces collectifs n'étaient à l'origine pas conçus pour recevoir les personnes à mobilité réduite. Les règles d'accessibilité, au demeurant insuffisantes, définies dans un arrêté du 29 décembre 2016, ne sont pas respectées (13). Des aménagements ont pourtant été réalisés ici ou là pour adapter les conditions de détention, tels que la réunion de deux cellules ou l'affectation des personnes détenues à mobilité réduite au sein de cellules collectives ordinaires. Celles-là restent néanmoins souvent démunies face à l'absence de cheminement accessible défini, à l'étroitesse des portes et des portiques, à la présence de marches, à l'absence d'ascenseur ou à l'impossibilité d'atteindre des boutons d'appel, des postes téléphoniques ou des rangements. Quand ils sont accessibles, les blocs sanitaires sont rarement adaptés (barres de relevage, miroir à hauteur et flexible à la place du pommeau de douche). Dans de pareilles situations, les personnes détenues ne disposent pas des aménagements matériels nécessaires pour conserver leur autonomie. Au-delà de leur cellule, elles se retrouvent bien souvent privées d'accès aux différentes activités, services et espaces communs présents en détention.

Le cas échéant, des mesures doivent être prises pour assurer la maintenance des fauteuils roulants, seul moyen pour les personnes détenues à mobilité réduite d'assurer leurs mouvements en détention. Par ailleurs le CGLPL est régulièrement saisi par des personnes ayant des difficultés à se procurer des protections urinaires ou de la colle dentaire. Une personne sourde et muette a signalé au CGLPL le refus par la direction de lui procurer une ardoise magique, dispositif qu'il utilisait habituellement pour communiquer. L'administration pénitentiaire doit en outre, en application de l'article D. 367 du code de procédure pénale, prendre en charge le coût des aides techniques pour les personnes dépourvues de ressources suffisantes.

Dans les quartiers disciplinaires, il n'existe pas d'aménagements pour héberger les personnes handicapées dans des conditions respectueuses de la dignité. Dès lors, si le fauteuil roulant peut entrer dans la cellule, les déplacements y sont très limités et l'accès au bloc sanitaire quasi impossible.

Les médecins des unités sanitaires prescrivent parfois certains aménagements des lieux de vie des personnes détenues et de leurs moyens de transport. Toutefois, ces prescriptions ne sont pas toujours suivies d'effets, ni précédées de visites des locaux par les équipes médicales pour leur permettre de se prononcer *in concreto* sur l'opportunité de tel ou tel aménagement.

La notion d'aménagement raisonnable, au sens de la CIDPH, doit être adoptée dans le droit national. A défaut de cette reconnaissance, les droits des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie sont privés d'effectivité et leur égalité d'accès aux services et aux soins ne peut être assurée.

Les personnes dont l'état de santé le requiert doivent être hébergées dans une cellule répondant aux normes PMR et leur transport dans des véhicules adaptés doit être systématique. Le prononcé d'une sanction de placement au quartier disciplinaire doit être proscrit s'agissant de ces personnes. Des formules alternatives au placement en quartier disciplinaire, telles que le confinement en cellule PMR, doivent être retenues. L'appréciation des incompatibilités éventuelles relatives à la vie en détention par le médecin doit être réalisée *in concreto*, c'est-à-dire en tenant compte à la fois de l'état de santé de la personne détenue et de l'environnement qui lui est offert. Des visites régulières en détention par l'équipe soignante doivent permettre une telle appréciation.

Par ailleurs, les nombreux constats du CGLPL sur la thématique des soins dispensés aux personnes détenues sont d'autant plus éloquents s'agissant des personnes présentant des pathologies chroniques ou liées au vieillissement (14).

Le manque d'accès à certaines médecines de spécialité constitue un obstacle supplémentaire à la qualité de leur prise en charge : la présence de spécialistes au sein des unités sanitaires doit être renforcée. Comme recommandé dans l'avis du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, les personnes détenues souffrant de pathologies lourdes devraient pouvoir bénéficier d'un protocole individuel de prise en charge lorsque leur Etat de santé nécessite de nombreuses extractions médicales (indépendamment de la possibilité d'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale).

Le CGLPL recommande en outre d'utiliser des moyens de contrainte strictement proportionnés au risque présenté par les personnes et permettant le respect de leur dignité dans le cadre des extractions médicales

dont elles font l'objet. Une note de la direction de l'administration pénitentiaire du 20 mars 2008 précise que « les détenus lourdement handicapés ne devront pas être soumis au port des moyens de contrainte » et que les détenus âgés de plus de 70 ans « ne devront être soumis au port des menottes que dans les cas exceptionnels où leur dangerosité est avérée. En aucun cas les détenus âgés de plus de 70 ans ne devront être soumis au port des entraves ». Ces prescriptions sont trop vagues et pas toujours respectées ; l'utilisation des moyens de contrainte doit être encadrée de façon plus stricte et en tout état de cause personnalisée.

3. La mise en place d'un accompagnement humain doit être équivalente en détention et à l'extérieur

Un accompagnement humain peut s'avérer nécessaire pour certains gestes de la vie quotidienne (15). L'article 50 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoit que « toute personne détenue se trouvant dans la situation de handicap (...) a le droit de désigner un aidant de son choix ». En pratique, les personnes détenues concernées sont davantage aidées par un codétenu (45 %) que par un intervenant extérieur (32 %), et une part importante n'est pas prise en charge (23 %) (16). Les responsables des unités sanitaires rencontrés par le CGLPL considèrent que cette assistance ne relève pas de leur mission. En revanche, les établissements pénitentiaires ont la possibilité, en application de l'alinéa 2 de l'article 2-1 de la loi pénitentiaire, de solliciter les dispositifs de droit commun qui relèvent des conseils départementaux.

Nombre d'établissements ne disposent encore d'aucun partenariat dans ce domaine ; quand ils existent en théorie, il n'est pas rare qu'ils restent lettre morte en pratique. On sollicite un codétenu aidant bénévole (17) ou l'auxiliaire du service général chargé de l'entretien du bâtiment. Le CGLPL a ainsi observé qu'une personne détenue classée comme auxiliaire du service général peut être chargée du déshabillage et de la toilette d'un codétenu ou de la distribution des traitements médicamenteux pour les personnes qui ne peuvent se rendre à l'unité sanitaire. Cette pratique fait peser des responsabilités trop importantes sur une personne qui n'y est pas préparée et ne peut en aucune manière conduire à une prise en charge de qualité. Dans l'arrêt *Helhal contre France* (18), la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a considéré que l'absence ou l'insuffisance de soins et la nécessité de se faire aider d'un codétenu pour prendre des douches ont soumis l'intéressé à un niveau de souffrance dépassant celui qui est inhérent à une privation de liberté, en violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Dès que la situation de dépendance d'une personne détenue est reconnue, qu'elle soit ponctuelle ou définitive, l'assistance par un organisme d'aide à domicile local doit être mise en œuvre afin de lui assurer une prise en charge sanitaire effective et des conditions de détention dignes. L'assistance d'un codétenu bénévole ou d'un auxiliaire du service général auprès des personnes détenues dépendantes, non formés à cette fin et non supervisés par un professionnel, ne saurait être considérée comme suffisante à satisfaire l'obligation de préservation de l'intégrité et de la sécurité de ces dernières, et du respect de leur dignité.

L'intervention des organismes extérieurs est souvent empêchée par l'absence de financement résultant d'obstacles procéduraux. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui permet à certaines personnes âgées de plus de 60 ans de financer l'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ou des aides techniques (19), repose en effet sur l'évaluation du niveau d'autonomie du demandeur (20). Une équipe médico-sociale dépendant du conseil départemental (21) doit pour cela se déplacer à son domicile. Cependant, il arrive fréquemment que, lorsque cette personne est incarcérée, cette visite ne soit pas réalisée, ce qui empêche le versement de l'allocation. Les médecins des unités sanitaires sont parfois sollicités pour procéder eux-mêmes à l'évaluation, mais cette pratique soulève une question de déontologie, le médecin se trouvant alors en position de soignant et d'expert. Des questions d'organisation administrative ne sauraient conduire à priver une personne de ses droits.

Une action concertée du ministère de la justice et du ministère des solidarités et de la santé en direction des conseils départementaux doit permettre la réalisation de l'évaluation du niveau d'autonomie des personnes détenues dépendantes, afin que celles-ci ne soient pas privées de l'assistance à laquelle elles ont droit.

Face à ces situations de dépendance, l'administration pénitentiaire et les différents intervenants tentent de s'organiser pour proposer une prise en charge adaptée.

Dans certains établissements, l'administration pénitentiaire a créé des unités spécialisées pour prendre en charge un public âgé ou présentant des pathologies invalidantes. Il en est ainsi de l'unité de soutien et d'autonomie du centre de détention de Bédenac (Charente-Maritime) ou d'une aile d'hébergement du centre de détention de Toul (Meurthe-et-Moselle), visitées par le CGLPL. Ces secteurs accueillent des personnes détenues très âgées ou souffrant de pathologies multiples. Transférées depuis d'autres établissements de la région, elles bénéficient de conditions matérielles qui tentent de répondre à leurs besoins.

L'« unité de soutien et d'autonomie » du centre de détention de Bédenac dispose de vingt et une cellules PMR. Lors de la visite, la moyenne d'âge des personnes qui y étaient détenues était de 69 ans ; la personne la plus âgée avait 89 ans. Plusieurs personnes, en raison de leur état de santé ou de leur âge, présentaient une perte de mobilité et se déplaçaient à l'aide d'un fauteuil roulant ou d'une canne. Il est apparu aux contrôleurs que certaines d'entre elles étaient désorientées, perdaient la notion de l'endroit où elles se trouvaient et souffraient de pertes de mémoire. Quelques-unes n'étaient pas en mesure de réaliser l'entretien de leur cellule, de leur linge ou leur toilette personnelle de manière autonome.

Dans ce type d'établissement, l'objectif poursuivi est d'adapter la prise en charge dans tous ses aspects, dans des conditions qui dépassent la mission de l'administration pénitentiaire. Un surveillant rencontré lors d'une visite s'interrogeait parfois sur son aptitude à relever une personne ayant chuté au sol, alors que l'état de santé de celle-ci était particulièrement fragile, sans y être formé. La création d'unités ainsi aménagées, qui présentent parfois les caractéristiques d'un établissement médico-social, pose en outre la question du maintien en détention de personnes

qui n'y ont plus leur place. La perte d'autonomie est parfois telle que, malgré les aménagements mis en œuvre localement par l'administration, le sens de l'incarcération doit être interrogé. Il existe pourtant des dispositifs permettant d'interrompre la détention : l'aménagement ou la suspension de la peine.

4. Les dispositifs permettant la sortie anticipée de détention doivent être renforcés

Encore faut-il que les personnes concernées soient en mesure d'en faire la demande. On se souvient de cet homme, condamné en 1979 et libéré en 2018 à l'âge de 67 ans, surnommé « l'oublié » par les médias. Il aura fallu compter sur l'initiative d'un avocat informé de sa situation pour mettre en œuvre une mesure d'aménagement de peine qu'il était en droit de solliciter depuis de nombreuses années.

Ces difficultés se posent dans les mêmes termes pour un grand nombre de personnes qui ne sont pas en mesure de faire des démarches de leur propre chef pour solliciter les divers intervenants.

C'est notamment souvent le cas des personnes sourdes incarcérées, dont le nombre n'est pas connu. Ces personnes, en l'absence de moyens leur permettant de communiquer de manière satisfaisante, ne comprennent généralement pas le fonctionnement et les règles de l'établissement dans lequel elles sont incarcérées. Elles ne disposent ainsi d'aucun moyen de faire valoir leurs droits. Leur handicap, souvent méconnu, doit être pris en compte par les services compétents dans le cadre de leur suivi ; la démarche de ces derniers doit nécessairement être proactive.

Un repérage systématique des personnes susceptibles de bénéficier d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale doit être mis en place. Il doit inclure des personnels pénitentiaires, mais aussi des professionnels de santé et des avocats. Le personnel médical doit également, lorsqu'il l'estime nécessaire, remettre des certificats médicaux directement à la personne détenue ou, avec son accord, à sa famille ou à son conseil.

De façon plus générale, l'information et la formation des divers intervenants et des personnes détenues elles-mêmes sur les procédures de suspension et d'aménagement de peine pour raison médicale doit être améliorée. Pour ces dernières, des outils d'information issus de la méthode « FALC » doivent être privilégiés (22). Ainsi, une information devrait systématiquement être dispensée aux personnes détenues atteignant l'âge de 70 ans sur la possibilité de bénéficier d'une libération conditionnelle quel que soit le reliquat de la peine, selon les termes de l'article 729 du code de procédure pénale.

Une personne détenue atteinte de schizophrénie, paraplégique et incontinente, cumulait différentes difficultés dans une maison d'arrêt. Elle ne pouvait se laver seule et se voyait contrainte d'utiliser des seaux. Faute d'étagère dans la salle de bain de sa cellule PMR, ses produits de toilette étaient entreposés sur le sol, dont l'accès lui était difficile. Son incontinence nécessitant de changer de sous-vêtements régulièrement, elle les lavait à la main dans son minuscule lavabo en inox, le personnel de surveillance ayant refusé que la machine à laver soit utilisée pour les sous-vêtements. A court de couches de protection, l'unité sanitaire l'avait informée qu'elle ne pouvait lui en procurer, faute de budget. Un dossier était en cours de constitution à la MDPH, mais souffrant des délais de traitement habituels. Isolée dans sa cellule, cette personne ne sortait pas en cour de promenade, de peur des brimades de la part de ses codétenus en raison de son incontinence. Personne détenue rencontrée par le CGLPL à l'occasion d'une visite d'établissement

La CEDH a rendu de multiples arrêts constatant des violations de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme s'agissant des conditions de détention de personnes handicapées, estimant notamment que « la détention d'une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut se déplacer et en particulier quitter sa cellule par ses propres moyens constitue un "traitement dégradant" au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme » (23). Le 14 décembre 2017, la Cour administrative d'appel de Paris a condamné l'Etat, considérant que la détention d'un prisonnier sourd et muet, à la maison d'arrêt de Fresnes pendant onze mois, sans mise en place de conditions de détention spécifiquement adaptées à son handicap était constitutif d'une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, même en l'absence de tout manquement de la part du personnel de l'établissement (24).

Une suspension de peine peut être accordée à toute personne détenue lorsque son pronostic vital est engagé, mais également lorsque son état de santé, physique ou mentale, est durablement incompatible avec la détention. Des aménagements de peine peuvent également être justifiés par l'état de santé de la personne, ou la nécessité de suivre un traitement médical.

Lors de sa visite en 2010 de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), le CGLPL avait constaté que plusieurs personnes détenues dont l'état de santé ou le degré d'autonomie était incompatible avec la détention y étaient hospitalisées (25) : aucune demande d'aménagement de peine pour motif médical n'était pourtant initiée. La garde des sceaux avait alors promis d'engager des travaux sur ce « sujet sensible » et pourtant, en 2014, lors d'une seconde visite de cet établissement par le CGLPL, aucune modification n'avait été observée.

A la suite des travaux du groupe de travail Santé Justice « aménagement de peine et suspensions de peine pour raison médicale », la loi du 15 août 2014 a élargi le champ d'application du dispositif de la suspension de peine, en l'étendant notamment aux prévenus (remise en liberté pour raison médicale, article 147-1 du code de procédure pénale) et aux personnes souffrant de troubles mentaux ; elle a assoupli les conditions d'octroi de cette mesure en prévoyant une seule expertise au lieu de deux. Elle a également créé la libération conditionnelle pour raison médicale, afin de favoriser l'octroi d'une libération conditionnelle aux personnes bénéficiant d'une suspension de peine.

Ce groupe de travail avait par ailleurs recommandé la diffusion d'un guide unique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale ; ce guide a été publié le 17 juillet 2018, par une circulaire conjointe des ministères de la justice et de la santé. Il décrit de façon détaillée ces dispositifs et s'adresse à l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans leur mise en œuvre (26).

Malgré l'existence de ces dispositifs spécifiques, les aménagements de peines sont plus difficilement accessibles aux personnes en situation de handicap et de dépendance qu'aux autres personnes détenues.

La longueur et la complexité de certaines procédures sont parfois dissuasives. Ainsi, le CGLPL a rencontré plusieurs personnes séniles qui devaient réaliser, préalablement à l'examen de leur demande d'aménagement de peine, un stage d'évaluation principalement basé sur des entretiens individuels au centre national d'évaluation (CNE) (27). Outre les questions relatives à l'utilité d'une telle procédure en cas de sénilité, le fait que l'état de santé de ces personnes interdisait un tel déplacement rendait impossible le dépôt de la demande d'aménagement de peine, les condamnant ainsi à une « sortie sèche ». Le droit de la personne détenue se trouve en ce cas privé d'effectivité par l'exigence d'une formalité impossible à respecter. Il est regrettable que cette question ne soit pas abordée dans le guide méthodologique récemment publié.

Par ailleurs, aucune disposition n'écarte pour les personnes condamnées à de longues peines ou pour des faits de terrorisme cette évaluation dans le cadre de la libération conditionnelle pour raison médicale à la suite d'une suspension de peine. Or, dans ces situations, le passage par le CNE apparaît difficilement compatible avec la situation des personnes en suspension de peine médicale.

Une dispense au passage au CNE doit être prévue lorsque l'état de santé de la personne ou son état de dépendance rend son affectation dans ce lieu et son évaluation par les équipes du CNE manifestement impossible.

Les difficultés relatives à la recherche d'un établissement d'accueil adapté à la sortie de détention constituent également un obstacle majeur à l'octroi d'un aménagement de peine. Les établissements de santé ou médico-sociaux sont souvent réticents à accueillir des personnes sortant de prison. Toutefois, quelques établissements ont entamé des démarches dynamiques, en lien avec les partenaires locaux, afin de permettre l'accès aux dispositifs de droit commun, en procédant, par exemple, à la signature d'une convention entre l'établissement pénitentiaire et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Alors que les conditions d'octroi de la suspension de peine ont été assouplies par la loi du 15 août 2014, les obstacles à l'élargissement de cette procédure demeurent multiples. Les chiffres disponibles montrent qu'elle est très rarement prononcée : 216 mesures de suspension de peine étaient suivies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) au 1^{er} janvier 2017. Les données relatives à cette mesure ne sont pas régulièrement publiées ; au demeurant, les rares qui sont disponibles ne permettent pas de recenser les mesures de suspension prises aux termes de la procédure d'urgence. Ces données mériteraient d'être affinées et publiées de façon régulière.

En pratique, la suspension de peine est le plus souvent décidée sur le fondement du premier critère, c'est-à-dire au bénéfice de personnes en fin de vie. Pourtant il n'est pas rare que des personnes décèdent en cours de procédure, alors même qu'il existe une procédure d'urgence. A l'instar du Conseil de l'Europe dans sa résolution 2082 sur le sort des détenus gravement malades adoptée en 2015, le CGLPL estime que nul ne devrait mourir en détention.

Peu de suspensions de peine pour raison médicale sont accordées au motif de l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec ses conditions de détention. Comme le soulignait le groupe de travail Santé Justice, la situation des personnes est regardée essentiellement par le prisme de l'offre de soins existant en prison et non sous celui de la dignité de la personne.

En application de la loi, la suspension de peine pour raison médicale peut être accordée à une personne détenue condamnée à une peine de réclusion criminelle, même assortie d'une période de sûreté (28). Le CGLPL a néanmoins constaté dans certains établissements que la possibilité de recourir à cette mesure pendant la période de sûreté est méconnue ou refusée par principe par certains professionnels rencontrés (magistrats de l'application des peines, SPIP) (29).

La faiblesse du dispositif s'explique essentiellement par les conditions de réalisation des expertises. Comme le précise le guide méthodologique, la jurisprudence impose que les juges du fond apprécient *in concreto* l'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention, au regard de l'état de santé et des conditions d'incarcération réelles de la personne.

Or, les médecins experts se déplacent peu fréquemment en détention pour y rencontrer la personne dans son environnement. Les expertises ne fournissent donc en général que des éléments insuffisants quant aux conditions matérielles de détention, à la disponibilité des soins et aux aides nécessaires pour les actes essentiels de la vie quotidienne. Un déplacement de l'expert pour apprécier ces éléments *in situ* est indispensable.

Par ailleurs, certains experts et magistrats considèrent l'existence des UHSI et de l'EPSNF comme des alternatives à la suspension de peine. Des experts concluent à la compatibilité de l'Etat de santé de la personne avec une hospitalisation dans ces établissements, alors que la personne détenue ne peut y être hospitalisée de façon pérenne. Ces établissements n'ont pas vocation à permettre le maintien en détention des personnes qui remplissent les critères d'une suspension de peine : « le maintien en détention correspond au maintien en détention « ordinaire » et non au sein d'une UHSI, d'une UHSA ou de l'EPSNF » (30).

L'incompatibilité avec la détention ne doit pas être appréciée uniquement au regard de l'état de santé de la personne concernée, mais aussi au regard de ses besoins et des réponses possibles en termes d'accompagnement, de compensation, d'accessibilité et le cas échéant de sa capacité à percevoir le sens de la peine pendant son incarcération. Il appartient dès lors aux magistrats de veiller à disposer de ces informations au moment de la prise de décision, en le précisant expressément dans les missions de l'expert et au besoin en sollicitant des informations complémentaires auprès d'autres intervenants.

La recherche d'un hébergement est également complexe. Les contrôleurs ont pu constater lors de visites d'établissements que l'absence d'hébergement médicalisé susceptible de prendre en charge de manière continue les patients concernés interdisait souvent l'utilisation effective des suspensions de peines, au stade de leur prononcé ou même de la mise à exécution d'une ordonnance favorable.

Il n'est pas admissible qu'une personne dont il est avéré que l'état de santé est incompatible avec la détention demeure incarcérée faute de structure d'accueil.

Les unités sanitaires doivent être sollicitées pour définir le type d'hébergement le mieux adapté à l'état de santé de la personne et pour faciliter l'accueil de leurs patients dans des établissements adaptés.

Une action interministérielle doit être engagée pour favoriser l'hébergement des personnes âgées ou dépendantes à leur sortie de détention et leur rendre effectivement accessibles les dispositifs de droit commun. Localement, des partenariats doivent être établis entre les établissements pénitentiaires et des structures médicalisées et médico-sociales.

-
- (1) Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).
 - (2) En 1980, les établissements pénitentiaires français hébergeaient 359 personnes âgées de plus de soixante ans, près de huit fois moins qu'en 2017 (2 823 personnes). Caroline Touraut, 2017, « Vieillir en prison. Epreuves partagées et pluralité des expériences », ethnographiques.org, Numéro 35 - Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Nouvelles populations, nouveaux lieux, nouvelles pratiques.
 - (3) On entend par « aménagement raisonnable » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induisant des difficultés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.
 - (4) Rapport annuel d'activité du CGLPL (2012), p.236.
 - (5) Rapports d'enquêtes sur place sur la situation des personnes détenues en situation de handicap à Poitiers-Vivonne (janvier 2012), au centre de détention de Salon de Provence (février 2012) et au centre pénitentiaire sud francilien (janvier 2014) ; rapports des enquêtes sur place sur la situation des personnes en situation de dépendance menées au centre de détention de Toul en 2014 ; au centre de détention de Riom en mars 2013 ; au centre de détention de Bédénac en juillet 2018, publiées sur le site internet du CGLPL.
 - (6) Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale, Dalloz, 2018.
 - (7) Aline Déséquelles, INSEE Première, N° 854 - JUIN 2002.
 - (8) Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela), Règle 5.
 - (9) Article 708-1 du code de procédure pénale.
 - (10) Sur les difficultés d'accès d'une personne handicapée à un établissement pénitentiaire, voir le rapport de vérifications sur place effectuées à la maison d'arrêt de Privas les 23 et 24 mai 2016, publié sur le site du CGLPL.
 - (11) Déclaration sur la nécessaire garantie par les pouvoirs publics des droits des personnes en situation de handicap, JORF n° 0161 du 14 juillet 2018.
 - (12) L'arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction dispose que « l'administration pénitentiaire favorise l'accessibilité aux personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires, que celles-ci soient détenues, visiteurs, intervenants ou personnels. [...] Afin d'améliorer les conditions de vie des personnes détenues handicapées, l'administration pénitentiaire aménage les zones nécessaires et prévoit un nombre de cellules aménagées adapté pour les personnes handicapées. ».
 - (13) Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées.
 - (14) Rapport annuel d'activité du CGLPL (2012), p. 236 ; avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF du 16 juillet 2015.
 - (15) Article L. 232-1 code de l'action sociale et des familles.
 - (16) Enquête « SSAD et SSIAD » transmise par l'administration pénitentiaire, mars 2016, publiée dans le rapport d'information du Sénat du 26 juillet 2017 : « Soigner les détenus : des dépenses sous observation ».
 - (17) L'article R. 57-8-6 du code de procédure pénale, qui offre la possibilité aux personnes détenues connaissant certaines limitations fonctionnelles de désigner un codétenu « aidant » bénévole de leur choix, impose par renvoi à l'alinéa 2 de l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique qu'une formation soit dispensée à tout binôme aidant-aidé de la part d'un professionnel de santé.
 - (18) CEDH, 19 fév. 2015, Helhal c. France, n° 10401/12.
 - (19) Article D. 245-10 CASF.
 - (20) L'attention du CGLPL n'a pas particulièrement été appelée sur les modalités d'attribution et de versement de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui permet le financement d'interventions extérieures auprès des personnes en situation de handicap sur décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
 - (21) Article R. 232-7 CASF.
 - (22) FALC est une méthode autrement nommée Facile à Lire et à Comprendre. C'est une transcription d'un langage classique en langage compréhensible par tous.
 - (23) Arrêt Vincent contre France, 24 octobre 2006, requête n° 6253/03.
 - (24) CAA Paris, 14 déc. 2017, req. n° 16PA02092.
 - (25) CGLPL, rapports des visites de l'EPSNF de Fresnes (2010 et 2014) et observations de la garde des sceaux : <http://www.cglpl.fr/2015/rapport-de-visite-de-letablissement-public-de-sante-national-de-fresnes-epsnf-et-du-centre-socio-medico-judiciaire-de-surete-csmjs/>.
 - (26) Instruction ministérielle n° 201810028142 du 17 juillet 2018 relative à la publication du guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.
 - (27) Articles 706-53-13 et 14 du code de procédure pénale.
 - (28) Conformément au dernier alinéa de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, « les dispositions de l'article 720-2 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait application des dispositions du présent article ». L'article 720-2 prévoit que « les dispositions concernant la suspension ou le fractionnement de la peine, le placement à l'extérieur, les permissions de sortir, la semi-liberté et la libération conditionnelle ne sont pas applicables pendant la durée de la période de sûreté prévue à l'article 132-23 du code pénal ».

(29) Ce point est rappelé dans le guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.

(30) Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, p. 22.