



Vérifications sur place relatives à la prise en charge des personnes âgées ou dépendantes dans les actes de leur vie quotidienne

Centre de détention de Riom – 24 et 25 mars 2015

Le centre de détention de Riom a fait l'objet d'une visite par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) au mois de février 2009 ; au moment de cette visite, l'établissement était désigné comme pouvant accueillir les personnes âgées et/ou handicapées. Il s'agissait également d'un établissement accueillant des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), qui constituent une population statistiquement plus âgée que la moyenne de l'ensemble des personnes détenues.

Lors de la visite de 2009, il avait été constaté que les personnes handicapées étaient affectées dans des cellules situées au rez-de-chaussée des deux bâtiments de détention, de même que les personnes âgées ou ayant des difficultés d'autonomie. Les personnes détenues les plus fragiles y étaient également affectées prioritairement. Cette affectation était motivée par l'agencement des lieux, distribués par un couloir disposant d'un accès protégé, fermé par une grille ouverte à la demande, et bénéficiant de la présence continue de personnels de surveillance, dont le poste est situé à proximité. Il avait également été indiqué qu'en application d'une convention prise à cette fin, des auxiliaires de vie professionnels intervenaient pour la prise en charge de personnes particulièrement dépendantes.

Cependant, postérieurement à sa visite de l'établissement, le CGLPL a été saisi de la situation de personnes détenues hébergées dans ce secteur laissant supposer que la présence d'intervenants extérieurs et professionnels n'était plus assurée.

Aussi la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a-t-elle décidé, dans le cadre d'une étude thématique relative à la prise en charge quotidienne des personnes âgées ou dépendantes incarcérées de déléguer trois contrôleurs afin qu'ils procèdent à des vérifications sur place au sein du centre de détention de Riom dans les termes de l'article 6-1 de la loi du 30 octobre 2007 modifiée.

Les contrôleurs se sont rendus à l'établissement pénitentiaire les 24 et 25 mars 2015 ; ils ont pu s'entretenir librement et confidentiellement sur place avec les personnes qu'ils estimaient utiles d'entendre ou qui souhaitaient s'entretenir avec eux, qu'il s'agisse de personnes détenues, de personnels pénitentiaires ou de membres de l'unité sanitaire. Il n'a pas été possible de rencontrer des auxiliaires de vie, aucun n'intervenant au centre de

détention au moment de la présence des contrôleurs sur place, pas plus qu'avec un responsable de l'association qui les emploie, aucune suite n'ayant été apportée à une prise de contact téléphonique. Les contrôleurs ont pu avoir un accès aisé à l'ensemble des documents qu'ils estimaient utile de consulter. Enfin, à leur retour, ils ont procédé à des échanges contradictoires avec le directeur du centre hospitalier de Riom.

Au jour de la rédaction des constats opérés lors des vérifications sur place, le centre de détention de Riom est fermé. Le nouveau centre pénitentiaire de Riom, destiné à regrouper les trois établissements du département, à savoir les maisons d'arrêt de Riom et Clermont-Ferrand, et le centre de détention de Riom, a été livré fin 2015 et a ouvert au début de l'année 2016.

A la date des vérifications sur place, le centre de détention de Riom accueillait 146 personnes¹. Parmi celles-ci, trente-six avaient plus de soixante ans (24,66 %), treize avaient plus de soixante-dix ans (8,9 %), dont une était âgée de 80 ans. A titre de comparaison, à l'échelle nationale, le pourcentage de personnes détenues âgées de plus de 60 ans s'élevait à 3,6 %² au 1^{er} janvier 2014.

| Âge des personnes détenues au CD de Riom | Nombre de personnes | | Pourcentages (%) | | | |
|--|---------------------|-----|------------------|-------|-------|------|
| | | | | | | |
| 20 - 30 ans | 9 | 110 | 133 | 6,16 | 75,34 | 91,1 |
| 30 - 40 ans | 25 | | | 17,12 | | |
| 40 - 50 ans | 46 | | | 31,51 | | |
| 50 - 60 ans | 30 | | | 20,55 | | |
| 60 - 70 ans | 23 | 26 | 13 | 15,75 | 17,81 | 8,9 |
| 70 - 80 ans | 12 | | | 8,22 | | |
| 80 - 90 ans | 1 | | | 0,68 | | |

La personne la plus jeune était âgée de 24 ans et la plus âgée avait 80 ans. La moyenne d'âge des personnes incarcérées au centre de détention était de 49,6 ans. Pour rappel, au 1^{er} janvier 2014, la moyenne d'âge de la population pénale incarcérée en France était de 33,6 ans³.

¹ Nombre de personnes hébergées. Quatre autres personnes sont écrouées au centre de détention mais n'y sont pas hébergées car bénéficiant d'un placement à l'extérieur.

² Pourcentage calculé à partir du tableau 17 : « Effectifs des personnes détenues : structure détaillée par âge au premier janvier de chaque année », *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice, 1980 – 2014*, éditée par la sous-direction des personnes placées sous main de justice, bureau des études et de la prospective, DAP / PMJ / PMJ5, mai 2014.

³ Extrait du tableau 17 : « Effectifs des personnes détenues : structure détaillée par âge au premier janvier de chaque année », *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice, 1980 – 2014*, éditée par la sous-direction des personnes placées sous main de justice, bureau des études et de la prospective, DAP / PMJ / PMJ5, mai 2014.

Au 24 mars 2015, dix-neuf personnes détenues étaient hébergées au rez-de-chaussée du bâtiment F (F0) et huit personnes étaient hébergées au rez-de-chaussée du bâtiment E (E0). Une personne rendue vulnérable par la dégradation progressive de sa santé tant physique que psychologique⁴, sur la situation de laquelle l'attention des contrôleurs a été attirée par plusieurs personnes, était pour sa part hébergée au premier étage du bâtiment F.

Il n'a pas été possible d'établir avec précision les critères entraînant une affectation au niveau rez-de-chaussée des bâtiments E ou F. Le critère majoritairement évoqué était celui de la vulnérabilité, sans que n'ait été précisément caractérisée sa nature ou la façon dont elle devait être évaluée, entre vulnérabilité physique, psychique, « criminologique⁵ » – au-delà de celle qu'entraîne manifestement un handicap mental ou physique identifié. Il doit néanmoins être précisé qu'en ce qui concerne l'affectation dans la seule cellule de l'établissement susceptible d'accueillir des personnes à mobilité réduite, il a été précisé qu'elle était décidée sur avis médical.

Au moment des vérifications sur place, il était indiqué aux contrôleurs que quatre personnes détenues présentaient un état de dépendance nécessitant une assistance quotidienne, toutes quatre étant hébergées au rez-de-chaussée du bâtiment F. Deux d'entre elles souffraient d'une perte d'autonomie physique, les deux autres présentant un état de confusion rendant nécessaire la présence d'un tiers pour leur rappeler ou les encourager à prendre soin d'elles (se laver, s'habiller, etc.). Les contrôleurs se sont en outre interrogés sur la capacité de la personne mentionnée ci-dessus – hébergée au premier étage du bâtiment F – à prendre soin d'elle dans des conditions d'hygiène satisfaisantes.

⁴ M. G., âgé de 57 ans, a indiqué aux contrôleurs avoir subi deux attaques cardiaques, l'une au CP de Caen, en 2010 et la deuxième au CD de Riom, en février 2013. Il a indiqué avoir passé 36 ans en détention, en exécution de plusieurs peines successives. Il ne sortait jamais en promenade, ne participait à aucune activité. Au jour de son entretien avec un contrôleur, M. G. boitait de la jambe gauche et semblait éprouver des difficultés à effectuer le ménage de sa cellule à l'aide d'une simple balayette. Il est apparu vulnérable et dépressif. Il faisait l'objet d'une surveillance spécifique et la directrice a demandé à son personnel de renseigner le cahier électronique de liaison d'une observation au moins par jour le concernant. Il ne prenait qu'un repas par jour, le soir, et buvait du café et de l'eau avec du sirop dans la journée. Il ne percevait aucun revenu en-dehors de l'aide en numéraire de vingt euros mensuels réservée aux personnes dépourvues de ressources. Au renoncement de M. G. de s'investir dans sa détention ou plus simplement à prendre soin de lui a paru répondre l'incapacité des intervenants – pénitentiaires, sociaux, médicaux – à lui proposer une prise en charge.

⁵ Liée, par exemple, au motif d'écrou, à l'isolement ou à une particulière sensibilité à des mécanismes de pressions ou d'intimidation de la part d'autres personnes détenues.

I- Une prise en charge défaillante de la dépendance des personnes détenues au quotidien

A- Des infrastructures inadaptées et une faible offre d'activités

L'établissement était constitué de six bâtiments, dont trois situés dans l'espace dédié à la détention. Les bâtiments E et F, de trois étages chacun, étaient consacrés à l'hébergement des personnes détenues. Ils se situaient au fond d'une cour de promenade agréable et végétalisée, de part et d'autre du bâtiment G, consacré à l'unité sanitaire, aux activités socio-culturelles et scolaires ainsi qu'aux quartiers disciplinaire et d'isolement.

Alors même que le centre de détention de Riom était désigné comme établissement pouvant accueillir des personnes âgées ou dépendantes, il a été constaté que les infrastructures et la prise en charge des personnes détenues ne paraissaient que très peu adaptées aux besoins de celles-ci. Ainsi, seule une cellule, située au rez-de-chaussée du bâtiment E, pouvait accueillir une personne à mobilité réduite. Il s'agissait en l'espèce de deux cellules réunies en une, dégagant ainsi la surface nécessaire à un espace sanitaire adapté à la circulation d'une personne en fauteuil roulant. Les cellules situées au rez-de-chaussée du bâtiment F (F0) étaient des cellules de taille et d'aspect classiques, disposant de toilettes et d'un point d'eau mais dépourvues d'espace douche.

Il doit être précisé qu'au moment de la visite, aucune personne détenue au centre de détention de Riom ne nécessitait que lui soit prescrite l'utilisation d'un fauteuil roulant. Aucun constat n'a pu être fait sur la façon dont ce handicap pouvait être pris en charge quotidiennement, que ce soit par les personnels pénitentiaires, médicaux ou extérieurs.

Il a pu être vérifié que les circuits de mouvements vers les salles d'activité et les salles de consultation, situées au bâtiment G, étaient en principe accessibles à un fauteuil roulant de taille standard. Il a néanmoins été relevé que l'une des portes situées au premier niveau du bâtiment G, après l'ascenseur, juste avant d'entrer à l'unité sanitaire proprement dite, présentait une largeur du passage utile de 80 centimètres. Les personnels de surveillance ont indiqué que la dernière personne ayant disposé d'un fauteuil roulant pouvait emprunter cette porte avec son fauteuil ; néanmoins, à titre d'élément de référence, il doit être rappelé que les normes fixées par la réglementation relative aux établissements recevant du public (ERP) imposent une largeur des portes utilisables par le public desservant des locaux recevant moins de cent personnes supérieure ou égale à 0,90 mètre et un passage utile supérieur ou égal à 0,83 mètres.

Le CGLPL s'interroge sur le principe de désignation d'un établissement pénitentiaire comme lieu susceptible d'accueillir des personnes à mobilité réduite en dépit de la faible capacité de l'établissement à proposer des cellules adaptées et de l'absence d'aménagement ou réaménagement du bâti sur des parcours aussi essentiels que celui qui

mène à l'unité sanitaire – en l'absence, également, de possibilité de prise en charge de la dépendance par un suivi quotidien et professionnalisé.

Une salle collective de douches, dotées de cinq pommeaux et d'un unique dispositif de séparation dans le fond de la salle était située à l'entrée du FO, sur la gauche en entrant. Un fauteuil pliant était fixé au mur, permettant d'y installer une personne à mobilité réduite. Il était néanmoins relevé que cette salle était d'un accès malaisé pour les personnes à mobilité réduite en raison de la présence d'un dénivelé à l'entrée et d'un dispositif de débord d'une quinzaine de centimètres servant à éviter que l'eau ne s'évacue vers le couloir.

Cette salle de douche était par ailleurs située à un endroit de passage, à proximité de la grille protégeant l'accès à l'aile. Le poste de surveillance, situé après la grille, ne donnait pas directement sur la salle de douche. En revanche, le point phone était situé presque face à l'entrée de cette salle. Une personne utilisant le téléphone ne pouvait voir quelqu'un se tenant exactement sous un pommeau de douche, ces derniers étant situés sur le mur de droite ; néanmoins, le champ de vision englobait un espace suffisant pour constater qu'il pouvait être porté atteinte à l'intimité d'une personne y prenant sa douche – lorsqu'elle se déplaçait pour prendre des affaires, chercher une serviette, se rhabiller ou se faire assister dans ses gestes par une personne tierce.



Entrée de la salle de douche du FO



Vue de l'entrée de la salle de douche depuis le point phone du FO

Lors de la visite de l'établissement en 2009, il avait été constaté qu'une conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation avait mis en place un atelier « mémoire » auquel participaient huit personnes détenues âgées. Il n'était cependant plus proposé d'atelier de ce type dans l'établissement au jour des vérifications sur place.

Ainsi, seule une activité de gymnastique douce semblait être spécifiquement proposée aux personnes âgées à raison d'une fois par semaine. Or, plusieurs personnes détenues ont indiqué aux contrôleurs n'avoir jamais entendu parler de cette activité.

Il faut naturellement préciser que l'ensemble des activités proposées au centre de détention était ouvert aux personnes détenues âgées et/ou dépendantes – les salles d'activités leur restant accessible, le cas échéant en utilisant le monte-charge du bâtiment E. Cependant les personnes rencontrées semblaient peu informées à ce sujet et s'y intéresser peu ; aucune des personnes n'y était inscrite.

B- L'absence d'auxiliaires de vie

La convention locale du 22 mai 2003 : une bonne pratique de l'établissement qui doit être reprise par le nouveau centre pénitentiaire

En dépit des termes de l'article 50 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 qui prévoit expressément l'intervention d'auxiliaires de vie pour les personnes détenues en situation de perte d'autonomie, la situation des personnes détenues est variable selon les établissements pénitentiaires.

Une convention visant à la prise en charge de la dépendance des personnes détenues au centre de détention de Riom avait été conclue le 22 mai 2003 entre le centre de détention, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), l'hôpital de Riom d'une part et l'association départementale des services, maintien et gardes à domicile (ADSMG), d'autre part.

Conformément à son article 1^{er}, cette convention avait pour objet de répondre aux besoins de prise en charge et d'aide des personnes détenues en perte d'autonomie. A ce titre, elle prévoyait que l'association délivre aux personnes détenues dépendantes, « *bénéficiaires ou pas d'une allocation pour perte d'autonomie qui en feront la demande des prestations prévues par l'article L. 232 du Code de l'action sociale et des familles*⁶ ».

La convention prévoyait, dans son article 3-a, la délivrance d'une information-sensibilisation à l'égard des intervenants de l'association, faite en collaboration avec l'unité

⁶ L'article L232-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

sanitaire. L'article 3-b précisait que l'équipe des infirmières accompagnait dans un premier temps l'intervention de ces personnes afin de faciliter leurs tâches.

L'article 5 définissait les modalités d'intervention de l'association auprès des personnes détenues non bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : le plan d'intervention était déterminé par l'unité sanitaire sous la forme d'un certificat médical et les demandes de financement éventuelles étaient confiées au SPIP. Par ailleurs, le stockage d'un matériel ou d'aides médico-techniques était assuré par l'unité sanitaire. Il n'a pas été possible de vérifier la mise en œuvre de ces dispositifs.

Enfin, un référent par service (direction, SPIP et unité sanitaire) était nommé pour les personnes intervenantes au nom de l'association.

La signature d'une convention tripartite permettant aux personnes détenues en situation de dépendance de bénéficier du concours d'auxiliaires de vie en détention est une bonne pratique. Le CGLPL recommande qu'une telle convention soit établie dans le nouveau centre pénitentiaire de Riom.

Lors de la visite du centre de détention en 2009, les auxiliaires de vie – au nombre de trois – accédaient sans difficulté aux secteurs d'hébergement afin d'assurer la prise en charge des personnes détenues.

Il est néanmoins regrettable que cette convention – qui semble n'avoir jamais fait l'objet d'une dénonciation de la part des parties concernées – n'ait pu trouver à s'appliquer dans la situation de Monsieur A. Au jour de la venue des contrôleurs, il était en effet constaté que l'association n'intervenait plus au centre de détention depuis l'année 2012 (selon les informations délivrées sur place) malgré les besoins présents et connus, notamment à l'égard de Monsieur A.

En effet, l'examen du dossier de détention de Monsieur A. et notamment de plusieurs observations du cahier électronique de liaison (CEL) et comptes-rendus professionnels le concernant faisaient clairement état de la nécessité pour l'intéressé de bénéficier d'une aide dans les actes de la vie quotidienne et ce, depuis l'année 2011 :

« ce détenu est extrêmement sale, se lave jamais, sa cellule est une véritable porcherie : détritrus par terre, odeur nauséabonde, n'y aurait-il pas possibilité de le faire prendre en charge par des professionnels ? » ; « cellule très sale et hygiène corporelle également » ; « depuis déjà un certain temps le détenu A. n'est plus autonome pour son hygiène personnelle ainsi que de celle de sa cellule » ; « au niveau médical il a fait un AVC, il n'aurait pas de séquelles, il est incontinent, ce qui pose des difficultés d'hygiène personnelle mais aussi au niveau structurel. En effet, Monsieur A. urine régulièrement là où il se trouve (cursive, cour de promenade, bâtiment culturel, etc.). Il est partiellement sourd. Il ne s'occupe pas de sa cellule ni de son hygiène. » ; « Concernant le détenu A. je peux dire que lors de mon arrivée sa cellule était dans un état épouvantable, lui-même avait les habits la plupart du temps couvert d'excréments et

son passe-temps consistait à faire des allers retours de sa cellule à la cour de promenade pour ramasser les mégots dans les cendriers. A cette époque je n'ai jamais entendu un détenu de l'étage se plaindre de cet état de fait, alors qu'ils sont prompts à venir dénoncer des futilités. Depuis sa cellule a été récurée par une entreprise spécialisée. L'auxi d'étage intervient trois fois par semaine pour nettoyer sa cellule car ce dernier est incapable de se prendre en charge. Il faut s'assurer aussi de son hygiène corporelle et faire en sorte qu'il dispose de linge propre. Depuis son opération (cataracte) il est un peu moins isolé, il recherche plus le contact auprès des autres détenus. Cela le fragilise car il reste très vulnérable au vu de son état physique et de ses capacités intellectuelles limitées. Il présente aussi des difficultés de communication et de compréhension ».

En sus de cette absence d'intervention depuis 2012 au centre de détention, il semblerait – selon les propos recueillis auprès des différents personnels du centre de détention – que l'association ADSMG signataire de la convention avait refusé d'intervenir auprès de Monsieur A. en raison de sa « dangerosité ».

Une prise en charge difficile à mettre en œuvre – obstacles administratifs et résistances pratiques

La constitution des dossiers administratif et financier nécessaires à l'obtention du bénéfice d'un auxiliaire de vie peut être longue et complexe, en détention comme à l'extérieur. Le parcours des personnes détenues – et singulièrement, parmi elles, les personnes étrangères, détenues depuis de longues années – ajoute à la complexité des démarches. La situation de M. A. était emblématique de ces difficultés puisqu'il s'est avéré, à l'examen du dossier constitué par le SPIP, qu'une série de régularisations avait été effectuée afin de clarifier sa situation administrative et sociale, et qu'à l'issue de ces démarches, l'aide par un auxiliaire n'avait pas pu être mise en œuvre.

La demande de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) avait été rejetée le 15 octobre 2009 au motif qu'il ne détenait pas de titre de séjour en cours de validité, conformément à l'article L816-1 du code de la sécurité sociale.

La protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) avait été délivrée à Monsieur A. le 16 septembre 2014 pour une durée d'un an, soit du début du mois d'octobre 2014 jusqu'à la fin septembre 2015.

Une décision de refus du bénéfice de l'ASPA lui était à nouveau notifiée en date du 17 novembre 2014 au motif que Monsieur A. ne remplissait pas la condition de résidence régulière puisqu'à la date du dépôt de sa demande, en octobre 2014, il ne totalisait pas les dix années consécutives requises de détention préalable d'un titre de séjour. En effet, il déclarait être entré en France en 1967 et avoir été titulaire d'une carte de résident de 1985 à 1995 mais ce n'est qu'en janvier 2014 qu'une carte de séjour temporaire d'un an lui avait été délivrée.

Dans le cadre de la contestation de cette décision de rejet, Monsieur A. arguait qu'il avait été titulaire d'une carte de résident de 1985 à 1995 – laquelle n'était d'ailleurs pas la première –, qu'il avait été incarcéré le 14 janvier 1989 et se trouvait en détention sur le territoire français depuis cette date. Un certificat de présence avait été joint à cette réclamation pour confirmer cette information. Par ailleurs, il précisait que de nombreuses démarches avaient été effectuées en vue du renouvellement de sa carte de résident mais que son passeport était périmé et que le consulat marocain refusait de lui en délivrer un, exigeant sa présentation physique au consulat.

Cette démarche n'avait pu être effectuée que le 19 décembre 2013 dans le cadre d'une autorisation de sortie sous escorte. En effet, si Monsieur A. avait d'ores-et-déjà pu bénéficier d'une autorisation de sortie sous escorte le 12 décembre 2011 pour se rendre au consulat du Maroc à Lyon afin d'y effectuer une prise d'empreintes en vue de l'établissement d'un nouveau passeport, ce titre ne pouvait être délivré sans la présentation d'un acte de naissance. En l'absence d'inscription sur les registres de l'état civil de sa ville de naissance au Maroc, un mandataire sur place avait été désigné par l'association la CIMADE pour effectuer les démarches auprès du tribunal et des autorités en charge de l'état civil aux fins d'établissement d'une date de naissance complète. Une nouvelle carte nationale d'identité (CNI) et un passeport avaient pu être délivrés par le consulat du Maroc.

Une demande de titre de séjour avait de nouveau été effectuée ; la préfecture du Puy-de-Dôme avait finalement accepté suite à l'action du SPIP d'exonérer Monsieur A. d'une partie des frais relatifs à la délivrance d'un tel titre ; le reste des timbres fiscaux avait été payé par l'association nationale des visiteurs de prison (ANVP). Une carte de séjour temporaire vie privée et familiale avait été établie le 17 janvier 2014 pour une validité d'un an.

Une fois sa situation régularisée, une demande de retraite avait été adressée à la CRAM, laquelle avait été rejetée au motif de l'insuffisance des cotisations. Une nouvelle demande d'ASPA avait été effectuée auprès de la caisse des dépôts et consignations le 17 novembre 2014 dans la mesure où Monsieur A. n'était pas titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour l'autorisant à travailler. Une demande de CMU-C avait également été faite et accordée, ce qui avait permis à l'intéressé de bénéficier d'un appareillage auditif. La nouvelle CNI et le passeport de Monsieur A. avaient été établis à un autre nom que celui mentionné sur les documents pénitentiaires. La carte de séjour temporaire arrivait à expiration le 16 janvier 2015 ; au jour de la visite, la demande de renouvellement était en cours d'élaboration et des solutions étaient recherchées pour financer les timbres fiscaux.

La synthèse de la directrice du centre de détention datée du 8 décembre 2014 faisait état des démarches mises en place, par le SPIP, pour « *mettre à jour ses papiers d'identité, de séjour, pour tenter de débloquer sa situation de 'retraite', mettre en place la CMU-C* ».

Il ressortait par ailleurs de la synthèse sanitaire et sociale du SPIP du 11 décembre 2014 que les dossiers de retraite constitués auprès de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) avaient été rejetés car Monsieur A. ne justifiait pas de bulletins de travail.

Si le CGLPL est conscient de la lourdeur des démarches à accomplir, il regrette la tardiveté de réalisation des démarches administratives (situation administrative, droits sociaux), retardant de facto la prise en charge sanitaire et sociale de Monsieur A.

Le jeudi 6 novembre 2014, un médecin du Conseil général ainsi qu'une assistante sociale APA s'étaient déplacés au centre de détention de Riom pour y rencontrer Messieurs A. et Z. aux fins de l'évaluation du degré de leur perte d'autonomie dans le cadre de leur demande d'APA. Le 3 décembre 2014, une proposition de plan d'aide de l'APA était adressée à Monsieur A., pour laquelle son accord était sollicité : 8 heures par mois pour les tâches domestiques et 8 heures par mois pour l'aide à la toilette soit 16 heures par mois pour un montant de 330,24 euros, somme versée directement au service prestataire. L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) était décidée le 20 janvier 2015. L'état de perte d'autonomie était évalué au GIR 4 ; l'allocation était accordée du 1^{er} décembre 2014 au 30 novembre 2017 sous réserve d'une révision à la demande du bénéficiaire ou du service ; le montant mensuel de l'allocation s'élevait à 330,24 euros.

Toutefois, en raison du refus d'intervention de l'association auprès de Monsieur A., cette aide n'avait pas été versée.

Dès lors que la situation de dépendance d'une personne détenue est reconnue, le CGLPL considère qu'une assistance par des organismes d'aide à domicile (associations, SSIAD, etc.) doit être mise en œuvre sans délai, aux fins de lui assurer une prise en charge sanitaire effective et des conditions de détention dignes.

Face aux difficultés rencontrées par la direction du centre de détention de Riom concernant la prise en charge de Monsieur A. et le refus d'intervention de l'association, la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) avait invité l'établissement à saisir l'agence régionale de santé (ARS) et la préfecture du refus d'intervention de l'association. Elle précisait par ailleurs que « *ce sujet sera toujours à l'ordre du jour avec le nouveau CP donc il nous faut trouver des acteurs fiables* ». Elle ajoutait enfin qu'à défaut de l'intervention de l'association, conventionnée avec l'établissement, il revenait *de facto* au centre hospitalier de rattachement d'assurer la prise en charge des personnes dont l'état nécessite une assistance au quotidien. Dans un courriel daté du 4 février 2015, le directeur interrégional adjoint confirmait son souhait de poursuivre toutes les actions visant à aider un projet d'insertion de Monsieur A. auprès des acteurs non encore saisis. Il indiquait « *regretter qu'entre 1995 et 2014 aucune solution n'ait pu être trouvée permettant à Monsieur A. de régulariser sa situation et donc d'être éligible à l'allocation de solidarité aux personnes âgées* ».

Les contrôleurs relèvent que de nombreuses démarches ont été effectuées afin de permettre à Monsieur A. de bénéficier de l'assistance d'intervenants d'aide à domicile.

Ainsi, il ressort de la synthèse de la directrice du centre de détention datée du 8 décembre 2014 que lors de la visite du Conseil général du 6 novembre avait été également envisagé la mise en place d'un accompagnement à l'entretien de la cellule de Monsieur A. et aux soins en lien avec un service extérieur type ADMR (anciennement « aide à domicile en milieu rural », réseau associatif de services à la personne). La direction du centre de détention avait rencontré les représentants du Conseil Régional pour préciser l'importance de la mise en place d'une prise en charge effective et la nécessité d'une prise en charge masculine « *Monsieur A. étant connu en détention pour ses comportements imprévisibles, il peut se montrer, sans signe précurseur, agressif ou déviant* ».

Dans sa synthèse sanitaire et sociale du 11 décembre 2014, le SPIP relevait que malgré l'accord du Conseil général pour l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il resterait difficile de mettre effectivement en place l'action des aides-soignants et des auxiliaires de vie dans la mesure où leur action nécessitait la mise à disposition continue et exclusive d'un personnel pénitentiaire durant les interventions auprès de Monsieur A.

Par courriel en date du 3 décembre 2014, l'assistante sociale du Conseil général 63, référente APA, indiquait à la CPIP de Monsieur A. avoir contacté le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui avait confirmé être habilité à intervenir au centre de détention pour une aide à la toilette prise en charge par la sécurité sociale. Le SSIAD aurait précisé compter un aide-soignant homme parmi son personnel tout en relevant qu'il ne serait pas obligatoirement présent pour intervenir. Par ailleurs, il ressortait de ce document que les associations ADSMG et l'APAMAR disposaient chacune d'un personnel masculin, lequel intervenait sur Clermont-Ferrand. Les responsables de ces deux associations devaient contacter leur hiérarchie pour envisager leur intervention au centre de détention. L'ADSMG était également d'accord pour réfléchir à une intervention commune avec un aide-soignant du SSIAD, par exemple l'un aurait en charge la toilette de Monsieur A. tandis que l'autre effectuerait le ménage de sa cellule. La présidente de l'ADSMG aurait à nouveau évoqué les problèmes de sécurité en soulignant que par le passé les aides à domicile étaient laissées seules sans surveillance ni accompagnement d'un surveillant à la fois pour rejoindre la cellule de la personne dont elles avaient la charge et durant leurs interventions.

Des mesures de sécurité et d'accompagnement doivent être proposées aux personnels des organismes d'aide à domicile par l'administration pénitentiaire afin de faciliter leurs interventions.

Un courriel était adressé par la CPIP en charge du suivi de Monsieur A. au Conseil général du Puy-de-Dôme le 29 décembre 2014 relativement aux modalités d'intervention des auxiliaires auprès de l'intéressé. Il faisait suite à une réunion qui s'était tenue le même jour avec la direction de l'établissement. Lors de cette réunion il avait été convenu qu'un personnel de surveillance serait mis à disposition pour accompagner les intervenants dans le cadre de la prise en charge de Monsieur A. si les interventions avaient lieu de 7h30 à 8h30 en semaine. Ainsi, le surveillant prenait en charge les intervenants au poste central de sécurité pour les

emmener jusqu'à la cellule de l'intéressé. Le surveillant demeurait ensuite dans le couloir à proximité des intervenants durant leur intervention puis les raccompagnait jusqu'au poste central de sécurité. La direction s'était engagée à ce que ces interventions soient précisées dans la fiche de poste du surveillant afin de garantir la bonne exécution de cette tâche. Contact avait été pris avec la présidente de l'ADSMG pour lui faire part de cette proposition, dont elle avait pris note tout en indiquant qu'elle prendrait l'attache du SSIAD pour envisager le plan d'action et ainsi proposer un planning fixe.

Une réunion avait été programmée le 29 janvier avec le SPIP pour permettre la mise en place effective de l'accompagnement de Monsieur A. Il avait ainsi été décidé que l'entretien corporel se ferait par un homme et l'entretien de la cellule éventuellement par une femme mais uniquement lorsque son collègue masculin serait présent. De son côté, l'établissement s'était engagé à mettre en place un accompagnement en détention ainsi qu'une note spécifique de surveillance durant l'intervention de l'ADMR.

Dans un courriel du 19 février 2015, la DISP rappelait la nécessité de rassurer les intervenants de l'association et de travailler avec eux sur les modalités d'intervention et les axes de sécurisation de leurs personnels, tout en reconnaissant la légitimité des craintes qui pourraient être ressenties par ces intervenants : *« il est clair que si nous laissons une ASH seule en détention, sur un étage ouvert et sans accompagnement pénitentiaire, de surcroît avec ce profil de détenu, cela peut faire peur ».*

Dans sa réponse adressée à la DISP le 20 février 2015, la directrice du centre de détention précisait qu'une réflexion avait déjà été menée avec le SPIP sur l'accompagnement des intervenants de l'association, projet présenté et validé : mise à disposition des intervenants de l'agent d'étage avec prise en charge à la porte d'entrée et accompagnement jusqu'à la cellule, garde fixe de l'agent d'étage devant la porte de la cellule durant l'intervention des personnels puis accompagnement des intervenants jusqu'à la porte d'entrée principale.

Pourtant, au jour de la venue des contrôleurs, aucune avancée n'avait été constatée. Selon les informations portées à la connaissance des contrôleurs, il semblerait que l'association ADSMG n'avait nullement eu l'intention d'intervenir à nouveau au centre de détention dans le cadre de la prise en charge de Monsieur A.

Si la signature d'une convention entre l'établissement et une association d'auxiliaires est positive, le CGLPL rappelle que celle-ci doit être renouvelée périodiquement et que sa mise en œuvre doit être effective.

C- Un suivi sanitaire distant

Présentation et organisation de l'unité sanitaire

L'unité sanitaire (US) du centre de détention de Riom, située dans le bâtiment G, était accessible pour les personnes à mobilité réduite par le truchement d'un monte-charge situé dans le bâtiment E. Les locaux étaient composés de trois salles : une salle de soins, le bureau du surveillant pénitentiaire et le bureau des infirmières, le bureau du surveillant se situant entre la salle de soins et le bureau des infirmières. Il a été relevé que cette localisation et la configuration des locaux ne permettaient guère une stricte séparation du lieu de soins avec le personnel surveillant. Les infirmières ont indiqué aux contrôleurs que la présence continue d'un personnel de surveillance ne posait pas de difficultés.

Le CGLPL rappelle que le respect du secret médical empêche toute présence d'un personnel pénitentiaire durant les soins délivrés aux personnes détenues. Il recommande à ce titre que toute mesure soit prise au sein du nouveau centre pénitentiaire de Riom pour garantir la confidentialité des soins.

Les personnels se répartissaient comme suit : cinq infirmières, exerçant en binôme tous les deux mois au centre de détention et à la maison d'arrêt de Riom, deux ou trois vacations de psychologues, et le médecin coordinateur, lequel intervenait au centre de détention ponctuellement. La couverture sanitaire de l'établissement était assurée par le centre hospitalier de Riom. Lorsque la pharmacie de l'hôpital ne disposait pas de traitements ou petits matériels disponibles en pharmacie, la convention signée avec la pharmacie de ville permettait de les obtenir (couches pour incontinence, etc.). Une fois le produit reçu, il était précisé qu'une infirmière le remettait en mains propres à la personne détenue.

Une ou deux infirmières étaient présentes tous les jours de la semaine de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30. Les détenus avaient accès à l'infirmerie du lundi au vendredi de 8 h 30 à 11 h 30 et de 13 h 45 à 16 h 30 en semaine. En revanche, le mardi après-midi, l'unité sanitaire était fermée, sauf urgence, afin de permettre aux infirmières d'organiser les dossiers médicaux.

Le suivi somatique de M. A.

L'unité sanitaire suivait M. A. s'agissant des soins somatiques habituels. Il est néanmoins relevé que des tensions avaient existé, notamment entre une infirmière et M. A., la première s'étant plainte à plusieurs reprises de son comportement inadapté (montrant son sexe, gestes des mains mimant la relation sexuelle). Ces difficultés avaient entraîné une distance dans sa prise en charge, M. A. ne pouvant être laissé seul auprès des infirmières.

M. A. avait bénéficié d'une opération de la cataracte. Cette intervention lui aurait permis de retrouver une vision correcte et l'US a précisé aux contrôleurs que M. A. ne nécessitait plus de prise en charge médicale spécifique à cet égard.

S'agissant de sa pathologie dentaire et de son hypoacousie, M. A. avait bénéficié d'un appareil dentaire et d'un appareillage auditif. Les soignants avaient précisé qu'il ne prenait pas soin des appareils précités, il s'agissait par exemple de son troisième appareil dentaire. Le 9 novembre 2014, un surveillant pénitentiaire indiquait qu'il « *a été donné ses appareils auditifs à M. A. par les infirmières le matin et ils ont été retrouvés cassés.* »

En matière d'accès aux soins spécialistes, le personnel médical avait indiqué que certains soins spécifiques n'étaient pas pratiqués au centre de détention de Riom. Interrogé sur les soins spécialistes non dispensés à Riom, le personnel de l'US indiquait que des consultations extérieures étaient organisées. Il précisait par ailleurs que M. A. avait pu bénéficier d'une consultation en gériatrie.

Les contrôleurs ont constaté que les personnes détenues bénéficiaient d'un accès limité aux soins dès lors que leur régime de détention imposait qu'elles soient accompagnées par des personnels pénitentiaires, que ce soit lorsqu'un rendez-vous médical était programmé ou pour récupérer un traitement. Le CGLPL constate que l'autonomie en termes sanitaires se décline notamment en matière d'accès matériel aux soins et aux traitements. Or, il a été constaté par les contrôleurs que les horaires d'ouverture de cellule de Monsieur A. coïncidaient avec les horaires de fermeture de l'unité sanitaire, empêchant alors ce dernier de pouvoir s'y rendre de manière autonome.

La distribution du traitement médicamenteux

Le respect du secret médical est prévu par les articles 45 et 48 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009. L'article 45 énonce que « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L.6141-5 du code de la santé publique* ». Ce respect du secret médical doit se décliner dans le strict respect de la réglementation applicable à la distribution des prescriptions médicamenteuses, ainsi qu'il est prévu dans le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Selon les personnels soignants, les médicaments étaient distribués soit en pilulier journalier soit en pilulier hebdomadaire selon le degré d'autonomie de la personne détenue. Les infirmières ajoutaient qu'en cas de difficultés pour la personne détenue pour se rendre à l'US, elles distribuaient certains traitements en cellule. Les personnes détenues rencontrées par les contrôleurs n'ont pas confirmé que la dispensation des médicaments pouvait être effectuée par les infirmières en cellule.

Lors de la vérification sur place, les contrôleurs ont cependant constaté que le traitement médicamenteux pouvait être délivré à la personne détenue par un surveillant pénitentiaire affecté à l'US et non par une infirmière. Le surveillant participait ainsi à l'activité

du service, en accord avec les infirmières, en distribuant des piluliers aux détenus se présentant à l'US. Le personnel infirmier n'avait fait état d'aucune difficulté particulière avec l'administration pénitentiaire en ce qui concerne le respect du secret médical.

L'attention des contrôleurs a par ailleurs été attirée sur la situation d'une personne détenue (M. G.), continuellement alité et paraissant extrêmement affaibli, qui ne semblait pas être pris en charge par l'unité sanitaire. D'après les éléments d'information recueillis, l'US n'aurait pas eu la possibilité de mettre en place une prise en charge médicale dans la mesure où la personne refusait toute aide extérieure. Le 23 février 2015, un surveillant pénitentiaire indiquait dans le cahier électronique de liaison « *qu'à la suite de la note n°054 2015, l'US devrait au moins venir le matin.* » Le chef de la détention répondait qu'« *il a été signalé à maintes reprises à l'US, il a été signalé (avec visite en cellule) au directeur de l'hôpital de Riom, au médecin coordonnateur de la DAP, aux trois représentantes de l'ARH. Le service médical fait ce qu'il estime normal (...). Il n'est pas question de substituer au service médical mais juste de pouvoir justifier si besoin et de notre travail sérieux* ». De la même manière, la CPIP alertait le 25 juin 2014, sur l'urgence de la situation de M.G. : « *Absence de prise en charge volontaire même si sa situation sanitaire nécessite une surveillance médicale* ».

Par surcroît, des témoignages concordants avaient permis d'établir qu'en ce qui concernait les personnes détenues hébergées au rez-de-chaussée du bâtiment F, la distribution était effectuée par l'auxiliaire, auquel les personnels médicaux remettaient les piluliers.

À l'initiative de l'établissement, à défaut de l'intervention de l'association, Monsieur A. était pris en charge par l'auxiliaire d'étage, Monsieur B. Il assurait en plus des tâches d'auxiliaire d'étage, le nettoyage de la cellule du détenu A., son accompagnement à la douche (deux fois par semaine) et à l'habillement ainsi que l'entretien de son linge personnel. Il se chargeait également de lui distribuer ses traitements médicaux et s'assurait de leur prise effective.

II- L'assistance par un auxiliaire, une solution palliative peu satisfaisante

A- La prise en charge par défaut de l'auxiliaire

Condamné pour des faits de torture et actes de barbarie ayant entraîné la mort sans intention de la donner et vol facilité par l'état d'une personne particulièrement vulnérable à une peine de réclusion criminelle de 22 ans par la cour d'assises d'appel du Var en janvier 2009, M. B. était écroué au centre de détention de Riom depuis juin 2010⁷. Il était affecté dès

⁷ La date d'écrou apparaissant sur la fiche de renseignements GIDE est fixée au 31 mai 2012 mais correspond au retour de M. B. d'une hospitalisation en UHSI.

son arrivée au rez-de-chaussée du bâtiment F où il était toujours hébergé au moment de la vérification sur place.

M. B. indiquait avoir eu la volonté d'apporter son aide en détention dès son arrivée au centre de détention, avant même d'être classé au service général⁸. Il aurait ainsi occupé un poste qu'il définit comme un poste d'assistant de l'auxiliaire chargé d'alors, M. R. Ce dernier aurait cependant refusé d'apporter son aide à des personnes détenues handicapées. M. B. indiquait alors avoir pris l'initiative d'aider les personnes détenues qui lui semblaient en avoir besoin.

Le début officiel de l'activité de M. B. pouvait être fixé au 1^{er} novembre 2012. Cette date figurait à l'acte d'engagement régularisé le 2 avril 2013, qui la fixe comme date de début d'activité. Une attestation du 10 mars 2013 du directeur du centre de détention confirmait ce classement au service général depuis le 1^{er} novembre 2012 et précisait : « *Monsieur B. occupe le poste d'auxiliaire d'étage et il a en charge le nettoyage des locaux communs et le service des repas sur son étage de détention. A signaler que Monsieur B. s'occupe également de deux personnes âgées détenues pour lesquelles il fait fonction d'auxiliaire de vie* ». La fiche de renseignement mentionnait pour sa part un classement en date du 21 novembre 2012.

Le caractère spontané de la prise de sa fonction « d'assistant auxiliaire » par M. B. rendait malaisée la détermination du moment où il avait concrètement commencé de jouer ce rôle – d'autant plus que son hospitalisation en UHSI et le changement d'écrou qui s'en était suivi avaient rendu impossible la consultation des observations portées au cahier électronique de liaison le concernant avant le 31 mai 2012. Il pouvait cependant être relevé que les fiches d'entretien réalisées par le service pénitentiaire d'insertion et de probation mentionnaient un classement comme auxiliaire en remplacement de M. R. dès le 18 juillet 2011. Par ailleurs, un courrier électronique du 1^{er} décembre 2011 adressé par un conseiller d'insertion et de probation au directeur et ses adjoints évoquait un incident ayant opposé Messieurs R. et B. à M. A. au sujet de l'hygiène de ce dernier. Il pouvait donc être supposé que M. B. avait commencé d'assister M. R. au deuxième semestre de l'année 2011.

Il est relevé que M. B. ne percevait alors a priori aucune rémunération dans ce cadre, la première feuille de paye datant de novembre 2012 et ne faisant apparaître au titre des sommes perçues pour l'année 2012 qu'un versement correspondant à ce seul mois d'activité.

Selon M. B., ses motivations étaient de nature humanitaire. Il indiquait avoir occupé des fonctions d'éducateur sportif, puis d'éducateur spécialisé, ayant eu l'occasion de travailler en contact avec des personnes handicapées au sein de structures comme l'UNAPEI ou l'ADAPEI. La lecture de la fiche d'accueil de M. B., rédigée le 24 juin 2010, faisait apparaître que la formation initiale de M. B. était celle d'électricien (CAP et EFAA). Il y était également indiqué que M. B. était titulaire du BAFA, d'un brevet de secourisme et d'un brevet d'éducateur sportif. Il était précisé qu'il avait reçu une formation en logistique humanitaire

ainsi qu'une formation sur les personnes en difficulté. La fiche mentionnait de plus la préparation d'un BEP sanitaire et social par correspondance.

En ce qui concerne ses expériences professionnelles, il était indiqué : « *travail en tant qu'éducateur spécialisé (formation), éducateur sportif et technique (PJJ).* » et « *responsable résidence étudiante – travail social et humanitaire* ». L'absence de mentions précises⁹ reprises aux documents recueillis auprès du service pénitentiaire d'insertion et de probation ne permettait pas d'acquiescer de certitude sur le parcours professionnel de M. B. eu égard à l'expérience qu'il alléguait avoir acquise auprès de personnes fragiles ou dépendantes. Il était relevé que sur un rapport d'expertise réalisé en septembre 2005¹⁰, il était indiqué qu'au moment des faits, M. B. était en arrêt maladie depuis deux ans et demi « *suite à un alcoolisme chronique et allègue-t-il une dépression remontant à de nombreuses années. Se présentant comme éducateur de formation, attiré par le social et l'humanitaire, il était lui-même dépendant d'associations telles que ACTE qui lui avait procuré un logement et GAADE qui l'aidait dans ses démarches administratives [...]* ». Il doit enfin être ici indiqué que les faits criminels pour lesquels M. B. avait été condamné comportaient la circonstance aggravante d'avoir été commis sur une personne particulièrement vulnérable.

M. B. semble donc avoir pris l'initiative d'occuper une fonction dont il avait perçu le besoin, initiative entérinée par l'administration pénitentiaire au départ de M. R. Il est relevé qu'aucune commission pluridisciplinaire unique ne semblait s'être réunie pour étudier la demande, expresse ou implicite, de M. B. d'occuper ce poste. En tout état de cause, aucune décision de classement de M. B. à ce poste n'avait pu être retrouvée.

Le CGLPL regrette l'absence d'une telle décision qui aurait été de nature à permettre l'examen pluridisciplinaire de la demande de M. B. et, le cas échéant, d'autres personnes détenues volontaires¹¹. Il recommande qu'une attention particulière soit portée à la candidature des auxiliaires du service général amenés à intervenir dans le contexte d'une détention vulnérable, au regard de l'âge ou de l'état de santé des personnes détenues.

La fiche de poste définissait ainsi la nature du travail assigné à M. B. :

« *À la disposition du surveillant d'étage.*

Nettoyage : sols, vitres, couloir, douches, grille d'accès de l'étage, murs et plafond, bureau du surveillant.

Nettoyage de la cour de promenade

Collecte des déchets et mise en sac poubelle

Distribution des repas

Assistance en terme d'hygiène de 2 détenus de l'étage »

⁹ Il n'est fait mention d'aucun employeur spécifiquement désigné, pas plus que n'est précisé de date ou lieu d'emploi.

¹⁰ Les faits pour lesquels M. B. est incarcéré se sont produits en août 2005.

¹¹ Il doit être précisé sur ce point que la plupart des intervenants ont indiqué aux contrôleurs que seul M. B. était volontaire pour occuper cette fonction. Il n'a néanmoins pas été possible de s'en assurer.

Le travail devait être effectué sept jours sur sept et la rémunération était fixée au niveau classe 2 au nombre de jours par mois.

Concrètement, les contrôleurs ont constaté que l'investissement que l'on attend de M. B. était conséquent, en raison des missions liées à sa fonction d'auxiliaire et à sa responsabilité en matière d'assistance médicale. Il s'agissait d'assurer une veille tous les jours de la semaine y compris le week-end.

Il a été indiqué aux contrôleurs que comme « *aide de vie* », M. B. assistait en réalité trois personnes détenues, toutes trois hébergées au rez-de-chaussée du bâtiment F. Il contrôlait les soins quotidiens de deux personnes détenues et assurait ceux de M. A. Les toilettes étaient réalisées *a minima* le dimanche après-midi, parfois deux fois par semaine. Avant que M. A. ne soit opéré de la cataracte, sa toilette nécessitait qu'il soit proche de M. A. pour le nettoyer. Il indiquait l'installer sur une chaise en plastique, dans les douches communes du rez-de-chaussée, sous les pommeaux. Néanmoins, l'exigüité du lieu empêchant qu'il utilise ces douches sans être lui-même éclaboussé, il expliquait utiliser un tuyau d'eau, dont il indiquait contrôler la température avant d'asperger M. A., porte ouverte, afin de pouvoir se mouvoir plus aisément. M. A. se montrant parfois peu enclin à se rendre avec lui dans la salle de douches, M. B. indiquait lui promettre des cigarettes s'il acceptait d'y aller. M. B. a précisé que depuis son opération, M. A. ayant regagné un peu en autonomie, il se contentait désormais de lui recommander de se rendre à la douche.

En plus de ces soins, M. B. précisait faire le ménage des trois personnes concernées et remplir les bords de cantine pour M. A. et une autre personne détenue. Plusieurs témoignages ayant fait état de ce que M. A. était parfois vu en train d'éponger de l'eau froide versée en grande quantité sur le sol de sa cellule, M. B. indiquait qu'il souhaitait inciter M. A. à participer au nettoyage de sa cellule.

Il était également constaté par les contrôleurs que M. A. ne disposait plus de ses vêtements, chaussures ou cigarettes en cellule – à l'exception de ceux qu'il portait sur lui. Ces effets étaient retrouvés dans un placard ne fermant pas à clé, situés dans la petite salle commune du rez-de-chaussée face aux douches. Il était indiqué que les effets personnels de M. A. lui auraient été retirés car il avait pour habitude de les utiliser pour frapper contre la porte et réclamer de sortir en criant¹². Il était également indiqué que, laissé avec l'ensemble de ses effets personnels, M. A. était capable de changer de vêtement plusieurs fois par jour, ce qui multipliait les lavages.

En outre, il était également indiqué que M. B. se chargeait de stocker les dosettes de café et les cigarettes de M. A. – à raison de deux paquets par mois, à l'aide des 20 euros d'aide numéraire alloués pour les personnes dépourvues de ressources suffisantes. Afin d'éviter les accusations de rackets, M. B. indiquait remettre les cigarettes à M. A. en présence d'un

¹² Les contrôleurs en ont été témoin un matin.

surveillant. Le motif en était qu'à défaut de procéder ainsi, M. A. aurait probablement consommé trop rapidement son café ou ses cigarettes.

Enfin, les contrôleurs ont pu constater que M. B. intervenait également dans le suivi médical de M. A., veillant notamment à la distribution de ses traitements et à leur bon usage.

B- Le suivi médical de M. A. par l'auxiliaire

L'accès à l'US était particulièrement limité pour M. A. En effet, suite à deux incidents avec une infirmière, M. A. a fait l'objet d'un signalement. Conformément à la note de service N°074/2015 du 24 février 2015, il avait été décidé qu'il ne pouvait quitter seul sa cellule que de 16h30 à 18h, heure à laquelle l'US est fermée. Cette note précisait qu'il devrait être accompagné par l'agent de son étage lors des consultations à l'US.

Interrogées sur le recours aux auxiliaires en détention, les infirmières considéraient en principe peu judicieux qu'une personne détenue soit assistée au quotidien par un codétenu car il y a un risque d'emprise. Elles précisait qu'il conviendrait de recourir à une aide extérieure comme par exemple une aide-soignante. Selon les infirmières, la proposition de mettre en place une formation des auxiliaires n'est pas suffisante car « *cela dépend de la psychologie de l'auxiliaire, il y aura toujours un risque de tension entre l'auxiliaire et le détenu* ». Toutefois, elles précisait que dans la situation individuelle de M. A., le recours à l'auxiliaire était justifié du fait de l'absence d'aide extérieure. Elles ajoutaient que, sans l'aide d'un auxiliaire, il ne prendrait jamais ses médicaments.

Les contrôleurs ont relevé que l'auxiliaire était autorisé à se rendre à l'US afin de remplir les piluliers d'au moins deux codétenus, dont M. A. Par ailleurs, il a été constaté que l'auxiliaire, estimant que certaines des personnes qu'il assistait étaient insuffisamment autonomes pour gérer seules leur prise de médicament, conservait des traitements ne lui étant pas destinés dans sa propre cellule et se chargeait d'en faire la distribution.

La prise en charge des médicaments par l'auxiliaire conduisait à créer une confusion dans la perception par le personnel de surveillance des rapports entre les personnes détenues entre elles. Les contrôleurs avaient été témoins d'un déplacement de l'auxiliaire vers l'unité sanitaire, où il se rendait pour récupérer les piluliers de deux personnes détenues. Ils avaient entendu des personnels de surveillance interpeler l'auxiliaire avec humour en s'exclamant « *tiens, voilà le docteur* ».

Le CGLPL rappelle que, dans les termes du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, « l'administration des médicaments est effectué par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments ». Le CGLPL considère que la distribution par l'auxiliaire n'est pas de nature à assurer la sécurité et la confidentialité des traitements prescrits. Ce mode de distribution, non seulement ne garantit pas l'anonymat, l'auxiliaire étant en charge de la distribution de médicaments pour plusieurs personnes détenues mais peut également

être facteur de risque. Le personnel médical accomplit des actes requérant une technicité spécifique et dispose de connaissances particulières. Un auxiliaire ne disposant pas de cette technicité et desdites connaissances pourrait voir sa responsabilité engagée en cas d'accident dans la prise des médicaments par une personne détenue. Le CGLPL recommande la stricte application des termes du guide méthodologique concernant la distribution des médicaments, à savoir que le traitement médicamenteux prescrit par le médecin, soit remis à la personne détenue par un infirmier. Le CGLPL rappelle que les modalités de dispensation des médicaments doivent être adaptées au profil des patients, tant dans le choix du lieu que dans celui du moment et de la fréquence de la distribution.

Lors des vérifications sur place, aucun fait de violences manifestes, de pressions ou de vols de la part de l'auxiliaire sur l'une ou l'autre des personnes sur lesquelles l'administration pénitentiaire l'avait chargé de veiller n'a été dénoncé par les personnes détenues rencontrées en entretien confidentiel ou les personnels de l'établissement. Toutefois, la relation de dépendance qui résultait de cette situation était d'évidence propice à générer des risques d'atteintes graves à la propriété, à la santé et à la dignité des personnes détenues.

Le CGLPL considère que l'assistance d'un codétenu auprès des personnes dépendantes ne suffit pas à satisfaire l'obligation de préservation de la santé et de la sécurité des personnes détenues qui incombe à l'administration. Si les auxiliaires peuvent contribuer à l'assistance quotidienne des personnes les plus vulnérables en veillant au bon entretien de leur cellule et leurs affaires, l'administration pénitentiaire ne saurait se défausser entièrement de veiller avec une grande vigilance à ce que les personnes détenues bénéficient d'une prise en charge respectueuse de leur dignité.

III- Les solutions alternatives à la détention – tirer les conséquences de l'impossibilité d'une prise en charge digne en établissement pénitentiaire

Monsieur A. avait été condamné à la réclusion criminelle à perpétuité avec une période de sûreté de quinze ans, qui prenait fin le 14 janvier 2004, date depuis laquelle il est donc éligible à la libération conditionnelle.

Une demande de suspension de peine pour raison médicale avait été formée par Monsieur A. le 23 mai 2005, laquelle avait été rejetée par jugement du tribunal de l'application des peines en date du 15 février 2006 aux motifs que les conditions d'une suspension de peine n'étaient pas réunies et que le dossier ne comportait aucun élément précis sur la prise en charge médicale de Monsieur A. en cas d'octroi d'une telle mesure. En effet, il était relevé que son état de santé n'était pas incompatible avec la détention et que l'absence d'autonomie de l'intéressé dans la gestion de son diabète rendait impossible une libération sans un suivi médical sérieux. Ainsi, la première expertise jugeait l'état de santé de l'intéressé compatible

avec la détention, dans la mesure où l'intéressé « est essentiellement porteur d'un diabète insulino-dépendant qui reste certes mal équilibré [...] En dehors de cet élément, le sujet n'est à l'évidence porteur d'aucune pathologie lourde ou à risque. Nous n'avons relevé aucune pathologie neurologique ou psychiatrique et ses capacités intellectuelles réelles, quoi qu'elles soient réellement, ne semblent devoir être influées significativement par sa détention » tandis que la seconde expertise retenait que « l'examen de ce jour retrouve un état général satisfaisant, un diabète très moyennement équilibré en raison de l'absence de régime observé par le détenu. L'état de santé de Monsieur A. est compatible avec le maintien en détention et le pronostic vital n'est pas engagé ».

Par jugement du 6 avril 2011, le tribunal de l'application des peines rejetait la demande de libération conditionnelle aux motifs de « l'absence de projet adapté à l'ensemble des pathologies physiques et psychiques, à l'âge et à la personnalité du condamné, il ne peut faire droit à sa demande de libération conditionnelle ». Lors du dépôt de sa demande de libération conditionnelle, M. A. avait été transféré au CNE. Les difficultés de compréhension avaient été une nouvelle fois soulevées par l'équipe pluridisciplinaire du CNE, car M. A. s'était montré incapable d'exposer son projet de sortie. Il semblait néanmoins qu'une structure spécialisée de type hospitalier soit le lieu le plus adapté au profil de M. A. Néanmoins toute recherche de ce type de structure restait bloquée par sa situation administrative.

Compte tenu de la dégradation de l'état général de Monsieur A., le juge de l'application des peines avait ordonné qu'une expertise médicale soit réalisée notamment pour évaluer la compatibilité de l'état de santé de Monsieur A. avec son maintien en détention. L'expertise médicale en date du 11 septembre 2012 établissait un déficit mental avec limitation intellectuelle ancienne, une dégradation progressive de l'état mental par hypostimulation et une cataracte bilatérale (opérée depuis) et concluait sur le fait que l'état du condamné était susceptible d'aggravation mais sans éléments inquiétants ; il n'y avait pas d'état démentiel avéré. Par conséquent, les pathologies constatées n'engageaient pas le pronostic vital et son état était compatible avec un maintien en détention. La demande était donc rejetée.

Enfin, il ressortait de l'examen du dossier du SPIP que la possibilité d'une libération conditionnelle expulsion avait été évoquée mais que cette solution n'était pas apparue envisageable car Monsieur A. n'avait aucune attache familiale au Maroc.

Dans un courrier de synthèse du 25 février 2015, adressé par la directrice du CD de Riom à la directrice interrégionale des services pénitentiaires de la région Rhône-Alpes Auvergne concernant la situation de M. A., devant l'impossibilité d'organiser sa prise en charge dans des conditions satisfaisant la dignité et la sécurité de sa personne, le principe d'un transfert vers le centre pénitentiaire de Château-Thierry était proposé. Le transfert de M. A. dans cet établissement était accepté et M. A. y était écroué le 4 novembre 2015.

Il est relevé que la circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues prévoit une procédure d'orientation spécifique à la

maison centrale de Château-Thierry, rappelant que l'objectif de l'établissement « *est de permettre à une personne détenue de restaurer ses liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire après un séjour temporaire en son sein* ». La circulaire précise que cette affectation « *convient à la population pénale condamnée présentant des troubles du comportement mais ne relevant, ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni d'une UHSA* ».

Les éléments recueillis lors des vérifications sur place démontraient que la difficulté de prise en charge de Monsieur A. était corrélée à son vieillissement et aux progressives pertes de repère et d'autonomie qui lui étaient associées. Dans ces conditions, le transfert de M. A. au CP de Château-Thierry ne permettait pas en soi de répondre aux défis d'une incarcération requérant une forme d'assistance quotidienne ne relevant ni vraiment du soin, ni de la surveillance mais d'une attention toute particulière au regard de sa vulnérabilité.



Le CGLPL a ainsi constaté, lors de ces vérifications sur place, que la prise en charge des personnes détenues dépendantes au centre de détention de Riom n'était pas satisfaisante au regard des infrastructures et d'un défaut d'accompagnement quotidien par l'association signataire de la convention prévoyant la prise en charge des personnes dépendantes. Le CGLPL considère que le recours à un auxiliaire du service général comme palliatif ne peut offrir aux personnes détenues bénéficiaires de cette aide une prise en charge optimale au regard de leur vulnérabilité. Aussi, le CGLPL recommande la mise en œuvre effective d'une convention visant à la prise en charge de la dépendance des personnes détenues au sein du nouveau centre pénitentiaire de Riom.