



**HAL**  
open science

# Étude du vécu des soignant(e)s dans la prise en charge des patient(e)s en situation de handicap moteur au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

Morgane Sévin

► **To cite this version:**

Morgane Sévin. Étude du vécu des soignant(e)s dans la prise en charge des patient(e)s en situation de handicap moteur au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02101097

**HAL Id: dumas-02101097**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101097>**

Submitted on 16 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Étude du vécu des soignant×e×s dans la prise en charge des patient×e×s en situation de handicap moteur au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

Morgane Sévin

► **To cite this version:**

Morgane Sévin. Étude du vécu des soignant×e×s dans la prise en charge des patient×e×s en situation de handicap moteur au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02101097

**HAL Id: dumas-02101097**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101097>**

Submitted on 16 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°35

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEURE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Mme Sévin Morgane**

*Née le 06 /11/1990 à Courbevoie*

Le 02/04/2019

**Etude du vécu des soignant·e·s dans la prise en charge des  
patient·e·s en situation de handicap moteur au sein du Centre  
Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.**

**Directeur de thèse**

Dr Brun Pierre

**Co-directeur de thèse**

Pr Pétregne François

**Jury**

Monsieur le Professeur Telmon Norbert	Président
Monsieur le Professeur Philippe Castera	Juge
Monsieur le Professeur Glize Bertrand	Rapporteur de thèse
Monsieur le Docteur Brun Pierre	Juge
Monsieur le Professeur Pétregne François	Juge

## Remerciements

À **Monsieur le Professeur Norbert Telmon**, président du jury,  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de Médecine Légale et Pénitentiaire.  
Vous me faites le très grand honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

Au jury,

À **Monsieur le Docteur Bertrand Glize**, rapporteur de thèse.  
Maître de conférence associé de Médecine Physique et de Réadaptation.  
Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À **Monsieur le Docteur Phillippe Castera**  
Professeur associé de Médecine Générale.  
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

À mon directeur de thèse **Monsieur le Docteur Pierre Brun**  
Praticien Hospitalier, Médecine Légale et Pénitentiaire.  
Merci d'avoir accepté d'être mon directeur, merci pour ton accueil au sein de l'UCSA lorsque j'y étais interne, et pour ton enseignement. Merci pour ton aide, tes conseils, et ta rigueur, mais aussi ta sympathie, ton humour et ta bienveillance tout au long de ce travail. J'ai vraiment apprécié travailler avec toi. Merci pour ma 1<sup>ère</sup> Murder Party.

À mon co-directeur de thèse **Monsieur le Docteur François Pétregne**  
Professeur associé de Médecine Générale.  
Merci de vous être proposé pour co-diriger cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté au sujet, pour votre investissement et votre disponibilité. Merci pour toutes les conversations qu'on a pu avoir ensemble sur de multiples sujets. Merci pour votre accueil lors de mon SASPAS.

Merci à toute l'équipe de l'UCSA, et notamment, Fabienne, Annamaud, Elsa, Marine, Christophe, Lionel, et Priscilla. Merci pour votre accueil et pour votre bonne humeur, c'était vraiment un plaisir de travailler avec vous. Merci à tout·e·s les participant·e·s à cette étude.

Merci à toute l'équipe de Médecins du Monde de Bordeaux, aux membres de la Mission Squat et notamment à Morgan, Alban, Damien, et Jean-Luc. J'ai appris tellement de choses à vos côtés. Merci de m'avoir si bien intégrée au sein de votre équipe.

Merci à la Docteure Sylvie Schoonberg des Soins Palliatifs d'Agen d'avoir replacé l'éthique au cœur de ma réflexion lorsque j'ai débuté l'internat. Merci à toute l'équipe paramédicale qui m'a accompagnée lors de ce 1<sup>er</sup> stage.

Merci à toute l'équipe du Pr Barat et de la Pre LLanas à l'Hôpital des Enfants, pour votre bienveillance, votre pédagogie, et votre enseignement. Je garde un très bon souvenir de mon stage chez vous.

À ma mère et à mon père. Merci pour votre éternel soutien et votre amour, merci d'avoir rendu ces études possibles, et d'avoir cru en moi. Merci d'avoir pris soin de moi toutes ces années et de m'avoir supportée ! Merci pour les si belles vacances que vous nous offrez depuis toujours sur le terrain avec la famille.

Merci à mes sœurs Gwena et Titi pour votre amitié et votre soutien toutes ces années. A mes frères et sœurs étendu·e·s Nico, Lolotte, Piquant, Liline, Coralie, Louan et Yvan que j'aime tant. À tata Cathy, Nain-Nain et Isa ! A ma petite Mamiline, à Mamivette et Papi DD.

À Coco.

Et merci pour ta tournée !

À mes amies du lycée, Clém, Maïmou, Paupau, Caroll, Marine. Merci d'être restées mes amies toutes ces années, merci pour nos week-ends et les soirées ensemble à discuter et rigoler !!!

À mes amis de Fréhel, François, Ruru, Germain et Sylvain, merci pour tout ce que vous m'apprenez et merci pour les belles vacances qu'on passe (et passera encore) ensemble.

À mes amies Lidia et Ophélie, pour toutes ces années qu'on a passées ensemble, vous avez été là dans tellement de moments heureux et difficiles de ces études ! Merci d'être venues pour que je puisse finir avec vous que j'ai commencé avec vous. Un grand merci aussi à Josquin, Lulu, Yannick et Hélène.

Aux autres ami·e·s que j'ai rencontré·e·s à la fac et qui ont beaucoup marqué mes études, Sara Z (merci pour tout ce que tu m'as apporté), Claire TB, Camille F, Benoit B, Oussama et Quentin. À la petite team de stage : Richard, Adrien PL et Audrey V.

À la famille Agenaise. Jonhny, Marion, Salman, Sido, Romain, Alix, Simon, Inè, Noam, Clément, Lucie, Mathilde, Fabien, Rachou, David. Merci pour votre amitié et votre soutien tout le long de l'internat, que d'incroyables moments passés avec vous ! Quelle chance de vous avoir rencontrés ! On se revoit, à Bordeaux, Nantes, Lyon, Lamonzie-Saint-Martin ou Pau, c'est sûr !!!

À ma belle-famille, Hamid, Véro, Inès, et Sélim, pour votre accueil et votre soutien durant toutes ces années.

À Yacine, tu m'as accompagnée dans ce travail et dans ces études comme tu m'accompagnes dans la vie ! Avec sagesse et douceur... Merci pour toutes nos discussions, ta compréhension, ton amitié et ton amour. J'espère en profiter encore longtemps.

---

*Table des matières*

---

Abréviations .....	8
Introduction.....	9
1. PREMIÈRE PARTIE : Contextualisation.....	10
1.1. Le système carcéral .....	10
1.1.1. L'administration pénitentiaire.....	10
1.1.2. Les régimes de détention .....	10
1.2. Le soin en milieu pénitentiaire .....	10
1.2.1. Soins somatiques.....	11
1.2.2. Soins psychiatriques .....	11
1.2.3. Une composition selon les besoins .....	12
1.3. Les caractéristiques de la population carcérale .....	12
1.3.1. Les caractéristiques socio-économiques.....	12
1.3.2. Les caractéristiques de santé .....	13
1.4. Le handicap moteur.....	14
1.4.1. Plusieurs tentatives de définition.....	14
1.4.2. L'égalité des chances .....	15
1.4.3. Le handicap moteur en milieu carcéral .....	16
1.4.3.1. Une prévalence augmentée en comparaison avec la population libre.....	16
1.4.3.2. Facteurs liés à la sélection.....	17
1.4.3.3. Facteurs liés à la détention .....	18
1.4.3.4. Les soignant-e-s face au handicap .....	18
1.5. Les caractéristiques du CP de Bordeaux-Gradignan.....	19
1.5.1. Les infrastructures.....	19
1.5.2. La surpopulation.....	19
1.5.3. La prise en charge sanitaire au CP de Bordeaux-Gradignan .....	20
2. DEUXIÈME PARTIE : Étude.....	21
2.1. INTRODUCTION À L'ÉTUDE.....	21
2.2. MATERIELS ET METHODES .....	21
2.2.1. Type d'étude.....	21
2.2.2. Guide d'entretien .....	22
2.2.3. Population étudiée .....	22
2.2.4. Déclaration à la CNIL .....	23
2.2.5. Recueil des données.....	23
2.2.6. Retranscription des entretiens.....	23

2.2.7.	Stratégie d'analyse .....	23
2.2.8.	Codage des données.....	23
2.2.9.	Triangulation de l'analyse.....	24
2.2.10.	Saturation des données.....	24
2.3.	RÉSULTATS.....	25
2.3.1.	Description des participant·e·s.....	25
2.3.1.1.	Dates du recueil.....	25
2.3.1.2.	Profil des participant·e·s.....	25
2.3.2.	Les entretiens .....	26
2.3.3.	Description des données recueillies.....	27
2.3.3.1.	La description des patient·e·s .....	27
2.3.3.1.1.	Les déficiences.....	27
2.3.3.1.2.	Les limitations d'activité.....	28
2.3.3.1.3.	Les comorbidités .....	29
2.3.3.2.	L'interprofessionnalité .....	30
2.3.3.2.1.	Au sein de l'USDSS.....	30
2.3.3.2.1.1.	De la consultation d'entrant aux transmissions.....	30
2.3.3.2.1.2.	Le rôle des infirmier·ère·s.....	31
2.3.3.2.2.	Entre l'USDSS et l'USDSP .....	32
2.3.3.2.3.	Le « tripartisme » : le lien avec l'administration pénitentiaire .....	33
2.3.3.2.4.	Le lien avec les surveillants .....	33
2.3.3.2.5.	Le lien avec l'extérieur .....	34
2.3.3.2.6.	Synthèse de l'interprofessionnalité .....	36
2.3.3.3.	Les limites de la prise en charge et les adaptations.....	37
2.3.3.3.1.	La temporalité .....	37
2.3.3.3.2.	L'organisation d'une sortie.....	41
2.3.3.3.3.	Les infrastructures.....	42
2.3.3.3.3.1.	Les cellules.....	42
2.3.3.3.3.2.	Les sanitaires .....	44
2.3.3.3.3.3.	L'ascenseur.....	45
2.3.3.3.3.4.	La salle de consultation .....	47
2.3.3.3.4.	Le matériel.....	50
2.3.3.3.4.1.	L'accès au matériel de travail.....	50
2.3.3.3.4.2.	Les aides techniques.....	51
2.3.3.3.5.	Le financement des aides.....	53
2.3.3.3.6.	Synthèse des limites et adaptations.....	55

2.3.3.4.	Le ressenti des soignant·e·s.....	55
2.3.3.4.1.	Le ressenti concernant les prises en charge.....	55
2.3.3.4.1.1.	Des ressentis différents sur la fréquence de prise en charge .....	55
2.3.3.4.1.2.	Ressentis négatifs.....	56
2.3.3.4.1.3.	Entre débrouille et bagarre .....	57
2.3.3.4.1.4.	Ressentis positifs .....	58
2.3.3.4.2.	Des ressentis différents pour un même patient .....	59
2.3.3.4.3.	Le regard des soignant·e·s sur les conditions de vie des patient·e·s .....	60
2.3.3.4.3.1.	L'aggravation du handicap .....	60
2.3.3.4.3.2.	Entre isolement et promiscuité.....	61
2.3.3.4.3.3.	“La double peine ” .....	62
2.3.3.4.4.	Un espoir d'amélioration .....	63
2.3.3.4.5.	Synthèse des résultats concernant le ressenti.....	64
2.3.3.5.	Les propositions d'amélioration.....	65
2.3.3.5.1.	Une meilleure adaptation du travail aux besoins .....	65
2.3.3.5.2.	L'amélioration de l'environnement.....	65
2.3.3.5.2.1.	Le lieu de vie : la cellule.....	65
2.3.3.5.2.2.	Améliorer la circulation.....	66
2.3.3.5.2.3.	Améliorer les lieux de consultation et leur accès.....	66
2.3.3.5.2.4.	Sollicitation des équipes soignantes dans le projet de reconstruction... ..	67
2.3.3.5.3.	Un meilleur accès au matériel.....	67
2.3.3.5.4.	Les alternatives à l'incarcération.....	67
2.4.	DISCUSSION .....	68
2.4.1.	Méthodologie .....	68
2.4.1.1.	Choix de la population.....	68
2.4.1.2.	Réalisation des entretiens.....	68
2.4.1.3.	Traitement de l'information.....	69
2.4.1.4.	Mise en forme des résultats.....	69
2.4.2.	Interprétation des principaux résultats.....	69
2.4.2.1.	Les patient·e·s décrit·e·s par les soignant·e·s.....	70
2.4.2.1.1.	La complexité des cas présentés .....	70
2.4.2.1.2.	Le handicap .....	70
2.4.2.1.3.	La prévalence du handicap moteur au CP.....	71
2.4.2.1.4.	L'intérêt d'une échelle d'évaluation du handicap.....	72
2.4.2.1.5.	Un faible impact de la surpopulation .....	72
2.4.2.2.	L'interprofessionnalité et l'entraide.....	73

2.4.2.2.1.	Une interprofessionnalité spécifique .....	73
2.4.2.2.2.	Une équipe déterminée .....	74
2.4.2.2.3.	L'aide du-de la codétenu-e .....	74
2.4.2.3.	Le CP de Bordeaux-Gradignan et ses spécificités.....	75
2.4.2.3.1.	Les régimes de détention .....	75
2.4.2.3.2.	Les locaux .....	75
2.4.2.3.2.1.	Une rééducation mise à mal .....	76
2.4.2.3.2.2.	Des conditions de vie qui aggravent le handicap.....	76
2.4.2.4.	Le financement des aides humaines .....	77
2.4.3.	Une jurisprudence de la Cour Européenne des Droits Humains (CEDH) .....	78
2.4.4.	Perspectives.....	79
2.4.4.1.	Des améliorations à envisager .....	79
2.4.4.1.1.	Une reconstruction nécessaire à l'application du droit commun .....	79
2.4.4.1.2.	De meilleurs moyens humains et matériels.....	80
2.4.4.2.	Une contradiction.....	80
2.4.4.3.	Un regard croisé .....	81
2.5.	CONCLUSION .....	82
3.	BIBLIOGRAPHIE.....	84
4.	ANNEXES.....	88
4.1.	Annexe 1 : Vue du ciel du CP de Bordeaux-Gradignan.....	88
4.2.	Annexe 2 : Les professionnel-le-s de l'USDSS et l'interdisciplinarité.....	88
4.3.	Annexe 3 : Tableaux résumant les cas rapportés par les personnes interrogées .....	89
4.4.	Annexe 4 : Bon de consultation.....	93
4.5.	Annexe 5 : Le guide d'entretien (version finale) .....	94
4.6.	Annexe 6 : Le guide d'entretien (version initiale) .....	95
4.7.	Annexe 7 : La déclaration à la CNIL .....	96
4.8.	Annexe 8 : Formulaire de consentement .....	97
4.9.	Annexe 9 : Poster réalisé pour le CMGF.....	98
5.	EXTRAIT DES VERBATIM .....	99
5.1.	Extrait du verbatim I.....	99
5.2.	Extrait du verbatim B.....	100
5.3.	Extrait du verbatim C.....	101
5.4.	Extrait du verbatim G .....	103
6.	SERMENT MEDICAL .....	105
7.	RESUME .....	106

## Abréviations

---

AME :	Aide Médicale d'État
AP :	Administration Pénitentiaire
API :	Alarme Portative Individuelle
ARS :	Agence Régionale de Santé
CD :	Centre de Détention
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMP :	Centre Médico Psychologique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CP :	Centre Pénitentiaire
CPA :	Centre pour Peines Aménagées
CPU :	Commission Pluridisciplinaire Unique
CSL :	Centres de Semi-Liberté
DMG :	Département de Médecine Générale
DREES :	Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation et des Statistiques
EMPP :	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
IDE :	Infirmier·ère Diplômée d'État
INED :	Institut National des Études Démographiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMR :	Personne à Mobilité Réduite
RPA :	Résidence Personne Âgée
SMPR :	Service Médico-Psychologique Régional
SPH :	Service Public Hospitalier
UCSA :	Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA :	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI :	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USDSS :	Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques (anciennement UCSA)
USDSP :	Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques (anciennement SMPR)

## Introduction

---

La prise en charge des personnes en situation de handicap est un sujet de préoccupation dans la société civile. Le handicap est défini par la loi de 2005 comme une restriction de participation à la vie sociale (1). Le retentissement de la déficience et de l'incapacité dans l'environnement détermine souvent la nature de la prise en charge par les personnels soignants.

En France, le nombre de personnes écrouées détenues au sein d'établissements pénitentiaires, dans le cadre d'une condamnation ou d'une attente de jugement (personnes prévenues), est de 71 061 au 1<sup>er</sup> décembre 2018 (2). Ce chiffre ne cesse d'augmenter depuis 1990.

Le défi de la perte d'autonomie n'épargne pas les prisons. En effet, beaucoup d'établissements pénitenciers sont de conception ancienne, et même si des travaux d'aménagement ont été entrepris dans de nombreux établissements, l'environnement architectural des prisons s'avère encore très souvent inadapté à l'accueil des détenus en situation de handicap (3),(4).

De plus, les contraintes liées aux règlements pénitentiaires pour organiser la vie en détention accentuent les difficultés de mobilité des personnes et du matériel.

Enfin, la prévalence du handicap dans les établissements carcéraux est plus importante que dans la population libre. La population écrouée étant une population vieillissante, en moins bonne santé et présentant plus d'incapacités (3),(5),(6).

Le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan accueillait 681 détenu·e·s au 1<sup>er</sup> décembre 2018 (2). Il a été mis en service en 1967. Il a donc été construit avant les lois sur l'accessibilité aux personnes handicapées de 2005 et avant que la prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire incombe au Service Public Hospitalier (loi de 1994) (1),(7).

L'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques et l'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques de Gradignan sont les deux équipes qui ont pour mission la prise en charge sanitaire des personnes écrouées au sein même de la détention.

Nous nous sommes donc intéressés à la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur dans le CP de Bordeaux-Gradignan. Nous avons interrogé les soignant·e·s en tentant de répondre à la question suivante : Comment les soignant·e·s interviennent-ils-elles dans la prise en charge des personnes en situation de handicap moteur dans le CP de Bordeaux-Gradignan ?

Le choix de nous intéresser au champ du handicap moteur en milieu carcéral n'implique pas de nous désintéresser du champ de la santé mentale (la pathologie psychiatrique étant une comorbidité prévalente en milieu carcéral) mais de pouvoir le différencier des problématiques dont l'origine est "exclusivement" le handicap psychique.

## **1. PREMIÈRE PARTIE : Contextualisation**

### **1.1. Le système carcéral**

---

#### **1.1.1. L'administration pénitentiaire**

---

L'administration pénitentiaire désigne l'ensemble des moyens matériels et humains destinés à assurer deux missions principales (8) :

- L'exécution des condamnations pénales en prenant en charge les personnes placées sous main de justice, assurant ainsi la sécurité publique. Ces peines sont exécutées soit en milieu fermé (établissements pénitentiaires) soit en milieu ouvert (contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, bracelet électronique).
- L'individualisation des peines et la réinsertion sociale, dans un but de prévention de la récidive. L'administration pénitentiaire organise et participe à de nombreux dispositifs d'insertion proposés aux condamné-e-s.

#### **1.1.2. Les régimes de détention**

---

Les Centres Pénitentiaires sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers de régime de détention différents (9), tels que :

- les quartiers maisons d'arrêt qui reçoivent les personnes prévenues (en détention provisoire) et les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans (10);
- les quartiers centres de détention qui accueillent les détenus condamnés à des peines d'au moins deux ans et considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion (10);
- les quartiers maisons centrales qui reçoivent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou considérées difficiles ;
- les quartiers de semi-liberté ou les centres pour peines aménagées qui reçoivent les détenu-e-s pouvant bénéficier d'une semi-liberté en vue de favoriser des projets de réinsertion ou leur permettant de suivre des soins médicaux.

### **1.2. Le soin en milieu pénitentiaire**

---

La loi du 18 janvier 1994 (7) relative à la santé publique et à la protection sociale, rattache le service de soins aux détenu-e-s au service public hospitalier (SPH) et affine la personne détenue, dès son incarcération, au régime général de la Sécurité Sociale. Cette loi crée les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), lesquelles dépendent d'un centre hospitalier de rattachement signataire

d'un protocole avec l'administration pénitentiaire. Elle permet aux détenu·e·s de faire appel à des personnels de santé indépendants de celle-ci. L'exigence de qualité de soins est la même que dans le milieu libre. Ce principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (11) ainsi que par la règle pénitentiaire européenne 40.3 de 2006 (12).

### **1.2.1. Soins somatiques**

---

La prise en charge somatique est réalisée au sein de l'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques (US-DSS) (13) anciennement appelée UCSA.

Elle exerce différentes missions et assure :

- L'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci.
- L'organisation du relai des soins en milieu hospitalier lorsque des actes plus complexes sont nécessaires et ne peuvent pas être réalisés en détention.
- La prévention et l'éducation pour la santé. La prévention concerne les domaines primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations...), secondaire (dépistages) et tertiaire (soins et éducation thérapeutique du·de la patient·e).
- La continuité des soins des détenu·e·s à la sortie. C'est faciliter le retour des détenu·e·s vers les systèmes de droit commun et les inciter à prendre en charge leur problème de santé lors de leur libération.
- La garantie de l'hygiène et de la sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.

Différent·e·s professionnel·le·s interviennent au sein de l'unité tels que des médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmier·e·s, kinésithérapeutes, manipulateur·rices radio, secrétaires...

### **1.2.2. Soins psychiatriques**

---

Les soins psychiatriques sont prodigués par l'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques (US-DSP) (13) anciennement appelée SMPR (service médico-psychologique régional). Ces unités sont au nombre de 26 sur le territoire français.

Elle assure la prise en charge des patient·e·s souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions.

Elle doit comporter, selon le Guide Méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, des cellules spéciales permettant une surveillance rapprochée aux détenu·e·s qui en ont besoin (13).

L'équipe de soin est composée de psychiatres, psychologues, addictologues, infirmier·e·s...

### 1.2.3. Une composition selon les besoins

---

Selon le Guide Méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, les équipes hospitalières chargées des soins somatiques et psychiatriques sont composées “selon les besoins” (13) en personnel médical, paramédical, social et administratif. Ce point laisse comprendre l’hétérogénéité de composition des équipes soignantes d’une prison à l’autre.

## 1.3. Les caractéristiques de la population carcérale

---

### 1.3.1. Les caractéristiques socio-économiques

---

Les publics défavorisés sur le plan économique, social et scolaire sont nettement surreprésentés en prison.

- **Le logement** : En 2014, 16% des personnes détenues étaient sans domicile fixe ou en hébergement précaire (14). **25%** des personnes accueillies en centres d’hébergement ont déjà fait l’objet d’une ou plusieurs condamnations pénales (15).

- **L’emploi** : En janvier 2014 seules 33% des personnes détenues déclaraient être salariées ou apprenties, 35% étaient demandeuses d’emploi et 26% étaient inactives (retraitées ou invalides)(14). En 2000, 49.8% des hommes détenus étaient ouvriers (versus 36.4% des hommes vivant en ménage ordinaire) et 3.3% étaient des cadres supérieurs (versus 13.2%) selon l’Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (16).

- **Les revenus** : La majorité des détenu-e-s ont peu de ressources financières. L’examen des comptes nominatifs des personnes détenues en 2014 relève que 12% sont en situation d’indigence (ressources financières mensuelles inférieures à 50 euros) et n’ont aucune aide financière de l’extérieur (14).

- **Le niveau d’étude** : Selon le rapport de l’enseignement en milieu pénitentiaire de 2014-2015, 48.5% de la population pénale est sans diplôme, et 1.5% n’a jamais été scolarisée (17).

- **L’illettrisme** : Plus d’une personne détenue sur 10 (13%) déclare être illettrée ou a été repérée comme telle en 2014 (14).

- **Origine géographique et allophonie**: 20.6% des personnes écrouées en France sont d’origine étrangère au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (18). Environ 10 % des détenus ne parlent pas le français ou le parlent de manière rudimentaire (17).

L’illettrisme et le manque de maîtrise de la langue française sont des facteurs de grande vulnérabilité en détention. Les personnes illettrées doivent demander de l’aide à leurs codétenu-e-s pour chaque demande devant se faire par écrit (consultation médicale, emploi, commande de nourriture...).

### 1.3.2. Les caractéristiques de santé

---

**L'accès aux soins :** Selon l'étude de 2003 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 13,6% des personnes arrivant en prison ne déclaraient aucune protection sociale, 17,3% bénéficiaient de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et 0.8% de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (19) . Cela était nettement plus élevé que les chiffres observés dans l'ensemble de la population générale (0.5% sans protection sociale, 2.5% ayant la CMU et 0.25% ayant l'AME).

**Les infections :** L'enquête Prévacar réalisée en 2010 a montré que les prévalences du VIH et de l'hépatite C en milieu pénitentiaire (2% et 4.8%), sont 6 fois plus importantes qu'en population générale (respectivement 0.35% et 0.8%) (20), (5).

**La santé mentale :** Les suicides en prison représentent 1 % de l'ensemble des suicides en France, la surmortalité par suicide en détention est 7 fois plus importante qu'en milieu libre (5).

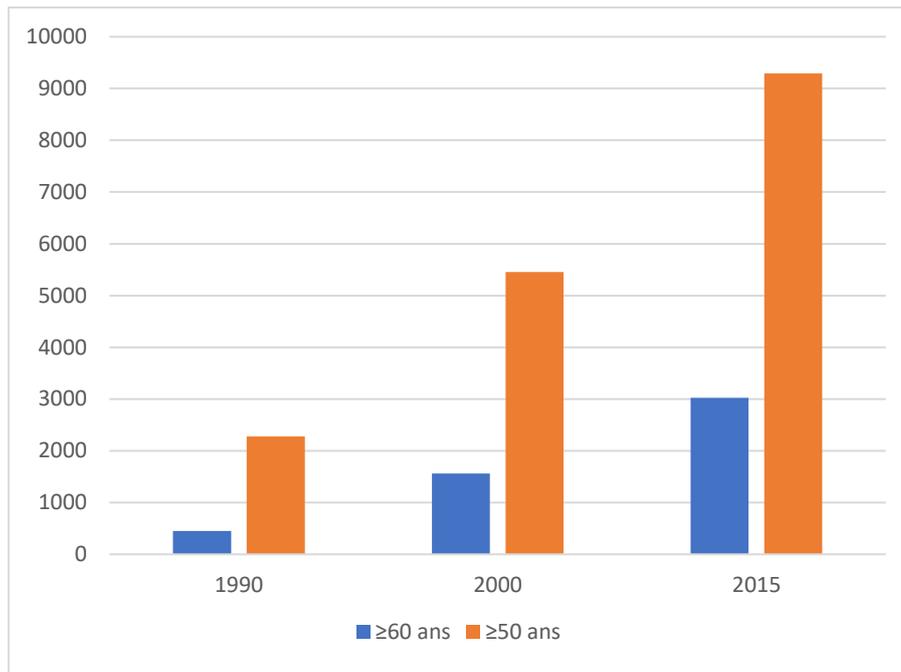
Selon une enquête de grande ampleur réalisée en 2004, 40% des personnes détenues sont atteintes d'un syndrome dépressif, 31 % d'une anxiété généralisée, 24% de troubles psychotiques, et 8% de schizophrénie (21).

**Les addictions :** Selon cette même étude, 38% des personnes incarcérées depuis moins de 6 mois souffrent d'une addiction aux substances illicites et 30% à l'alcool. Ces taux semblent plus élevés en maison d'arrêt (respectivement 38% et 43%) (21).

Selon la DRESS en 2003, 4 sur 5 des personnes arrivant en prison déclarent fumer du tabac quotidiennement et environ 1 sur 7 consomme plus de 20 cigarettes par jour. La prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les détenu-e-s que dans l'ensemble de la population et ce quel que soit l'âge. Elle est, par exemple, environ 2 fois plus importante pour les hommes métropolitains âgés de 18 à 54 ans (81 % contre 40 %)(19).

**Le vieillissement de la population carcérale :** l'application de la législation sur la prévention et la répression des infractions sexuelles (loi du 17 juin 1998) et sur la lutte contre la récidive (loi du 10 août 2007), ainsi que le durcissement des possibilités d'aménagement de peine pour les personnes détenues ont amené à un allongement des durées de détention et à des incarcérations à des âges plus tardifs. De fait la population carcérale vieillit depuis les années 1990.

Au cours de cette décennie, la part des 50 ans ou plus dans la population écrouée est passée de 5% à 10.6%, avant de se stabiliser depuis 2007. Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 11.7% des personnes écrouées en France étaient âgées d'au moins 50 ans et 3.7% d'au moins 60 ans. L'âge moyen de la population écrouée a aussi fortement progressé passant de 30.1 ans en 1980 à 34.8 ans en 2001, avant de sensiblement diminuer à 34.3 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Pour autant le nombre de personnes écrouées âgées a poursuivi sa croissance. Entre 1990 et 2015, le nombre de personnes âgées de 50 ans ou plus a été multiplié par 4 et le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par 6.7, alors que dans le même temps, la population sous écrou a été multipliée par 1.7 (de 45420 à 78830) (3).



### **Évolution de la population écrouée de plus de 50 et 60 ans depuis 1990 en France (3)**

Cette évolution démographique ne semble pas s'infléchir, malgré la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 qui prévoit des conditions d'octroi d'une libération conditionnelle moins restrictives pour les personnes âgées détenues de 70 ans et plus (22).

Le vieillissement de la population carcérale laisse présager d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques chez les personnes détenues, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les maladies ostéoarticulaires, mais ces maladies sont moins étudiées que celles relevant de la santé mentale (5) en milieu carcéral.

## **1.4. Le handicap moteur**

---

### **1.4.1. Plusieurs tentatives de définition**

---

La loi du 11 février 2005, portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (article 114) (1), donne la définition du handicap suivante :

« Constitue un handicap, (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Cette définition fait suite à plusieurs tentatives de définition du concept du handicap.

Le modèle de Wood et la Classification Internationale du Handicap en 1980 définissaient le handicap comme une déficience qui entraîne à une incapacité à effectuer certaines tâches qui conduit elle-même à un désavantage social.

En 2000 le concept de handicap a évolué avec la Classification Internationale des Fonctionnalités, du Handicap et de la Santé. On parle de déficience, qui entraîne une limitation d'activité et qui conduit à une restriction de participation et prend en compte les facteurs environnementaux qui facilitent ou sont des obstacles au fonctionnement.

**La déficience motrice** recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale, temporaire ou durable, de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs et/ou du tronc. Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement (23), (24).

L'Association des Paralysés de France (APF), propose une définition de la **situation de handicap moteur** selon la déclinaison proposée par la CIF. Celle-ci désigne **toutes les restrictions de participation sociale résultant :**

– **de déficiences motrices**

– **et/ou d'incapacités motrices (limitations fonctionnelles touchant la posture, le mouvement, la mobilité, etc.)**

– **et/ou de facteurs socio-environnementaux constituant des obstacles à l'exercice des aptitudes et capacités motrices (comme l'absence de plan incliné ou d'ascenseur par exemple) (25).**

#### **1.4.2. L'égalité des chances**

---

La loi du 11 février 2005 est fondée sur les principes généraux de non-discrimination, elle vise à garantir l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées et à assurer à chacun la possibilité de choisir son projet de vie.

Elle permet :

- Le droit à la scolarisation.
- Le droit à la compensation : mise en œuvre du principe du droit à compensation du handicap, en établissement comme à domicile. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée (26).
- Le droit à l'emploi et à la formation : la loi réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleur·se·s handicapé·e·s pour les entreprises de plus de 20 salarié·e·s, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics (26).

- Le droit à l'accessibilité : la loi rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation neufs, privés ou publics et dans certains cas, des locaux d'habitation existants lorsqu'ils sont l'objet de travaux. Cela a été modifié par la loi ELAN, promulguée en novembre 2018, qui prévoit le passage de 100 % à 20 % de logements accessibles aux personnes handicapées (27). La loi de 2005 sur l'égalité des chances étend l'obligation d'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : la personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les établissements recevant du public et évoluer de manière continue, sans rupture (aménagement de voiries, accès aux gares, transports en commun...). Ces dispositions sont également prévues dans le Code de la construction et de l'habitation (28). **En détention, l'exigence d'accessibilité est de 1 cellule aménagée sur 100** selon l'Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées (29).
- La création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) comme guichets uniques du handicap. Elles associent toutes les compétences anciennement impliquées dans l'accompagnement des personnes handicapées. Elles reçoivent toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

### 1.4.3. Le handicap moteur en milieu carcéral

---

#### 1.4.3.1. Une prévalence augmentée en comparaison avec la population libre

En France, les connaissances épidémiologiques sur le handicap dans la population carcérale reposent essentiellement sur l'enquête « HID-prisons » (Handicap, incapacités, dépendance), mise en œuvre en 2001 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et l'Institut national d'études démographiques (INED) pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral (30). Cette étude était une extension de l'enquête « HID-ménages », réalisée en 1999. Ses résultats sont comparés avec ceux de la population générale dans un travail de 2005 (6).

Cette étude montre une surreprésentation très forte des situations de handicap dans la population carcérale :

- La déficience motrice concerne 24.6 % des personnes détenues contre 11.3 % de la population libre.
- Au total, 8% des personnes détenues ont une incapacité pour au moins une des activités : toilette/habillage, alimentation, souplasse/manipulation, transfert du lit au fauteuil/déplacements.
- 1,3 % des détenu-e-s ont exprimé un besoin d'aide pour l'une au moins de ces activités (ainsi que pour l'élimination). Ce pourcentage augmente avec l'âge, passant à 6 % à 50 ans ou plus.
- 3 % des personnes incarcérées déclarent avoir besoin de l'aide d'une tierce personne en raison d'un problème de santé.
- 4 % utilisent de façon régulière ou auraient besoin d'une prothèse, d'un dispositif technique ou d'un appareillage.

- 4 % des personnes détenues ont déclaré qu'en raison de leur état de santé, des aménagements particuliers devraient être apportés à leur cellule.

Part des personnes ayant déclaré	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble de la population carcérale	Ensemble de la population libre <sup>(a)</sup>
Avoir :					
Des difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	0,4	2,3	4,4	1,7	1,4
Des difficultés d'élimination	0,7	0,6	2,9	0,9	0,7
Des difficultés de transferts et/ou de déplacements	1,7	4,0	9,1	3,6	1,4
Des difficultés pour voir, entendre ou parler	11,1	18,5	36,2	17,3	5,7
Des difficultés de souplesse et/ou de manipulation	3,3	6,5	13,3	5,9	2,9
Au moins une incapacité physique	14,7	24,5	45,1	22,7	8,1
Des difficultés d'orientation dans le temps	12,1	12,9	10,1	12,3	2,1
Des difficultés d'orientation dans l'espace	0,8	2,1	1,1	1,8	1,0
Des difficultés de communication	1,1	1,9	1,8	1,5	0,5
D'autres problèmes de comportement	37,2	32,7	24,6	33,7	12,4 <sup>(b)</sup>
Au moins une incapacité	45,8	49,2	59,5	48,9	13,0 <sup>(b)</sup>
Être limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé	22,9	31,3	41,3	29,0	4,8 <sup>(b)</sup>
Avoir obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	3,2	9,7	16,2	7,6	6,7

<sup>(a)</sup> Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.  
<sup>(b)</sup> Le chiffre donné à titre de comparaison ne concerne que les personnes en ménages ordinaires.  
Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999, enquête VQS-ménages 1999.

**Prévalence des incapacités en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population (en %) en 2001 (6).**

L'accroissement de la perte d'autonomie en prison peut être expliquée par le vieillissement de sa population, les incapacités augmentant avec l'âge (3). Cependant on constate que, à âge comparable, les personnes incarcérées présentent plus d'incapacités que les personnes libres. Les hypothèses permettant d'expliquer ces différences avec la population générale peuvent être distinguées en 2 types :

- des facteurs qui correspondent à un effet de sélection à l'entrée en prison.
- des facteurs qui correspondent à un effet délétère de la détention.

1.4.3.2. Facteurs liés à la sélection

Il existe un lien direct entre l'histoire judiciaire des personnes et les comportements préjudiciables en termes de santé :

- La consommation d'alcool, joue un rôle important dans la criminalité envers les personnes. Ce constat vaut aussi pour la toxicomanie qui, en soi, est un comportement réprimé par la loi.
- L'importance de la traumatologie en milieu carcéral est un phénomène bien connu. Les causes en sont multiples : comportements à risque avant l'incarcération, séquelles de l'infraction ou de l'arrestation.

Il existe un lien plus indirect entre l'incarcération et l'état de santé qui est le profil défavorisé des personnes arrivant en prison. Les inégalités sociales face au handicap sont très fortes. Comme dans le cas de la mortalité, l'échelle des risques face à la déficience, l'incapacité et le désavantage est une image en miroir de la hiérarchie sociale (31).

#### 1.4.3.3. Facteurs liés à la détention

Le temps passé derrière les barreaux exerce un effet néfaste sur les déficiences et les incapacités (6).

Les conditions de vie en détention expliquent la majoration des problèmes de santé (exiguïté des cellules, sédentarité, alimentation déséquilibrée, hygiène insuffisante, etc.) (3).

La dureté des conditions de vie en prison et le repli sur soi qu'on y observe peuvent également se traduire par une attention au corps plus aiguë, une sensibilité accrue à la douleur et une exacerbation des difficultés éprouvées, voire une tendance à la somatisation.

#### 1.4.3.4. Les soignant·e·s face au handicap

La vulnérabilité des détenu·e·s en situation de handicap amène à de nombreuses réflexions du personnel soignant en milieu carcéral en France.

Le repérage du handicap est délicat car il existe une large diversité des situations (32). La grille AGGIR, permet d'évaluer l'autonomie selon 6 niveaux, et n'est pas toujours adaptée pour rendre compte de cette diversité et des besoins qui en découlent. Certains professionnels tentent de décrire la perte d'autonomie de manière plus fine avec d'autres outils tels que le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) qui regroupe les patients selon 14 profils d'autonomie, comme au CP de Liencourt pour les détenus âgés (33).

Ils signalent souvent une dépendance des personnes incarcérées en situation de handicap pour les actes de la vie quotidienne, avec un besoin d'aides humaines ainsi qu'un besoin d'aides matérielles fréquent (34).

Les soignant·e·s et les patient·e·s sont confronté·e·s à un manque d'accessibilité des locaux, le manque de cellules accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR) et à une absence de mise aux normes (32), créant des conditions d'hébergement inadaptées (35) .

Il·elle·s sont également confronté·e·s aux contraintes sécuritaires dans leur exercice, ce qui peut rendre compliqué l'accès aux personnes venant de l'extérieur (auxiliaires de vie) ou aux aides techniques.

Le personnel soignant est aussi confronté au turn over des détenu·e·s, notamment en Maison d'Arrêt, et la courte durée de séjour peut mettre à mal une prise en charge sociale débutée.

Enfin, les critères d'accès aux mesures de suspension ou d'aménagement de peine pour raisons médicales sont très limités. L'accès à ce type de mesure est rare et concerne plus les personnes en fin de vie et très peu les personnes âgées ou dépendantes pour les actes de la vie quotidienne. Les personnes prévenues sont exclues de ces dispositifs car non jugées (32), (33), (36), (34).

## 1.5. Les caractéristiques du CP de Bordeaux-Gradignan

---

### 1.5.1. Les infrastructures

---

Le Centre Pénitentiaire de Gradignan a été mis en service en 1967 (9). Il comprend 3 bâtiments séparés de quelques centaines de mètres (voir annexe 0 page 88) :

- Le bâtiment A est un immeuble de six étages, destiné à recevoir les locaux administratifs et collectifs (dont l'USDSS et l'USDSP) ainsi que le quartier des hommes, et d'un petit immeuble de deux étages qui regroupe l'ensemble du quartier des femmes.
- Le bâtiment B est composé de quatre pavillons dont l'un regroupe le quartier mineur, les trois autres pavillons sont destinés principalement aux hommes condamnés.
- Le troisième bâtiment, plus récent, accueille le quartier de semi-liberté et le Centre pour Peines Aménagées (CPA). À la suite de l'ouverture de ce bâtiment en février 2011, la Maison d'Arrêt est devenue le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

La capacité opérationnelle est de 432 places (2).

La durée moyenne de séjour est de 157 jours (37).

La répartition des détenu-e-s au sein de ces quartiers dépend de leur statut pénal ainsi que de la catégorie et de la durée de la condamnation.

Le Centre Pénitentiaire comprend également une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), située au CHU de Pellegrin (9).

### 1.5.2. La surpopulation

---

Au 1<sup>er</sup> décembre 2018, la densité carcérale totale sur la France entière (métropole et Outre-Mer) est de 118.2 %. La densité calculée uniquement à partir des maisons d'arrêt est de 142 personnes détenues pour 100 places (2).

Sur le CP de Gradignan au 1<sup>er</sup> décembre 2018, la densité carcérale est de 179.7 % sur l'ensemble des quartiers « maison d'arrêt ». La densité carcérale est de 164% au quartier « maison d'arrêt » pour femmes (36 détenues pour 22 places). Le taux d'occupation est de 96 % au quartier mineur (pour 23 places), et de 63.4% au CPA (2).

### **1.5.3. La prise en charge sanitaire au CP de Bordeaux-Gradignan**

---

L'USDSS du Centre Pénitentiaire de Gradignan est rattachée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Le service est localisé sur le 2<sup>er</sup> étage du bâtiment A et sur une extension construite en 2017. Des postes de soins sont également présents au 1<sup>er</sup> étage du quartier femme, au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment B et au rez-de-chaussée du CPA.

Elle est composée en équivalent temps plein (ETP) de : 3.4 médecins généralistes, 11 IDE, 0.50 kinésithérapeute (0.70 au moment des entretiens), 1 assistante socio-éducatrice, 1 ASH, une cadre de santé à 0.50 ETP, plusieurs manipulateurs radiologiques pour 0.50 ETP, 2 dentistes à 0.50 ETP chacune, 1 assistante dentaire, 1 agent de service hospitalier.

L'USDSP de Gradignan est rattachée à l'hôpital psychiatrique de Charles Perrens à Bordeaux.

Le service est localisé au 3<sup>ème</sup> étage du bâtiment A. Des locaux de consultations sont également présents au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment B avec un bureau partagé avec l'USDSS au quartier femme.

Elle est composée en ETP de : 3 psychiatres (dont un addictologue), 8 IDE, 1 ergothérapeute, 1 assistante socio-éducatrice, 1 psychomotricienne, 1 éducatrice spécialisée dédiée à l'addictologie, 0.50 cadre de santé, 1 agent de service hospitalier.

## 2. DEUXIÈME PARTIE : Étude

### 2.1. INTRODUCTION À L'ÉTUDE

---

Comme nous l'avons vu dans cette première partie, chaque prison est particulière. La singularité du CP de Bordeaux-Gradignan vient de ses types de régime de détention avec une forte activité Maison d'Arrêt, d'une durée moyenne de séjour d'environ 5 mois, d'une forte densité carcérale, et de son architecture assez ancienne. Les équipes soignantes qui y travaillent sont également particulières du fait de la présence d'une USDSP et leur composition en termes de professions.

De plus, la prise en soins des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap moteur est un réel enjeu dans les prisons.

Notre recherche s'appuie donc sur la question : comment le personnel soignant intervient-il dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan ?

Notre objectif principal était de décrire l'intervention des soignant·e·s dans ces prises en charge.

Nos objectifs secondaires étaient :

1. D'identifier les difficultés rencontrées par les soignant·e·s dans ce type de prise en charge
2. De détecter les différentes limites liées au milieu carcéral
3. De faire émerger des propositions faites par les soignant·e·s
4. De décrire les types de handicaps moteurs des détenu·e·s
5. De décrire les comorbidités médicales et psychiatriques de ces patient·e·s

### 2.2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

#### 2.2.1. Type d'étude

---

Pour répondre à la question posée, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de soignant·e·s exerçant au CP de Bordeaux-Gradignan.

Notons que le sujet initial devait s'intéresser également aux soignant·e·s du CP de Poitiers-Vivonne et que 3 entretiens y ont été réalisés. Après discussion avec le Directeur et le Co-Directeur de ce travail, et au vu des données recueillies en entretien, un autre travail à part entière serait nécessaire pour faire émerger les problématiques spécifiques pour ce Centre Pénitentiaire. Celui-ci est en effet très différent du CP de Bordeaux-Gradignan, tant d'un point de vue structurel qu'organisationnel, les problématiques retrouvées en entretiens n'étaient donc pas les mêmes entre les deux CP.

### 2.2.2. Guide d'entretien

---

Nous avons réalisé un guide d'entretien (voir annexe 4.5 page 94) afin de structurer les échanges. L'ensemble du questionnaire a été réalisé en collaboration avec l'investigatrice, le Dr Pierre Brun, Directeur de ce travail et exerçant au CP de Bordeaux-Gradignan, et le Pr François Pétregne, Co-directeur de ce travail et référent en étude qualitative au Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Bordeaux. Il était composé d'une phrase d'introduction sur le sujet de la thèse, de questions ouvertes puis de questions de relance, utilisées dans le cas où certaines problématiques n'avaient pas été abordées par la personne interrogée. Les questions étaient à la fois ouvertes, permettant aux soignant·e·s de raconter leurs expériences et leur vécu par une description riche, et neutres pour que ni les connaissances, opinions ou jugement de l'enquêtrice ne transparissent.

Les 1<sup>ères</sup> questions concernaient les informations socio-démographiques et le parcours de la personne interrogée afin de la mettre en confiance. Les questions suivantes concernaient ses conditions d'exercice au sein du Centre Pénitentiaire. Dans la 2<sup>ème</sup> partie du questionnaire, nous avons demandé aux soignant·e·s des exemples de prises en charge réalisées auprès de patient·e·s en situation de handicap moteur. Le handicap moteur n'était pas expliqué aux soignant·e·s, ceux-elles-ci devaient donner leur propre définition en début de 2<sup>ème</sup> partie de l'entretien.

2 entretiens pré-tests ont été effectués sur des soignant·e·s de l'USDSS du CP de Bordeaux-Gradignan afin d'évaluer le guide d'entretien, et de le modifier pour que celui-ci soit le plus pertinent possible.

### 2.2.3. Population étudiée

---

La population cible était celle confrontée à la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au CP de Gradignan, soit des professionnel·le·s du champ paramédical, médical et social.

La diversité des perceptions et opinions était recherchée afin d'avoir la vision la plus globale possible.

Nous avons donc décidé d'interroger un échantillon large sur le plan des missions, en écho à la diversité des intervenant·e·s dans la prise en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur.

Après réflexion avec le Dr Brun Pierre, nous avons décidé d'interroger : 2 médecins généralistes, une assistante sociale, un kinésithérapeute, 2 infirmier·e·s diplômés d'État, 1 cadre infirmière, 1 infirmière de secteur psychiatrique, une ergothérapeute. Tous ces professionnels travaillaient soit à l'USDSS, soit à l'USDSP. La seule personne interrogée qui ne travaillait dans aucune de ces deux équipes est une auxiliaire de vie sociale venant d'une association de l'extérieur. Son point de vue nous intéressait du fait de son exercice centré sur le handicap et la perte d'autonomie (ce qui n'est forcément le cas des autres professions interrogées), et donc de sa proximité et la fréquence de rencontre avec les détenu·e·s en situation de handicap moteur.

Les participant·e·s étaient contacté·e·s par téléphone ou par courrier électronique. Nous mentionnions qu'il s'agissait de relever le vécu du·de la soignant·e concernant la prise en charge du handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan. Nous ne donnions pas d'élément plus précis afin de limiter l'impact sur les réponses qui nous ont été données au cours des entretiens.

Entre mars et juillet 2018, les 10 personnes contactées ont répondu favorablement à la demande de rendez-vous. Les lieux et horaires de rendez-vous étaient convenus afin que cela soit le plus arrangeant pour elles.

#### **2.2.4. Déclaration à la CNIL**

---

L'étude a été déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (jointe en annexe 4.7 page 96).

#### **2.2.5. Recueil des données**

---

Les entretiens ont été effectués en tête à tête et enregistrés sur support numérique : dictaphone Kayowine modèle Digital Voice Recorder.

Une autorisation d'enregistrement de l'entretien était demandée aux personnes interrogées. Nous expliquions au préalable que l'anonymat serait conservé, et que l'utilisation des enregistrements serait limitée aux besoins de l'enquête puis effacés.

#### **2.2.6. Retranscription des entretiens**

---

Les enregistrements audios ont permis à l'enquêtrice de rédiger un verbatim complet des entretiens. Les logiciels utilisés pour cette retranscription étaient le Lecteur Multimédia VLC et Word. Nous avons pris soin de conserver les formes syntaxiques et grammaticales du discours parlé. Ceci permettait de limiter les conséquences de l'effet réducteur provoqué par le passage de l'oral à l'écrit, et de respecter le sens du discours. Les éléments du langage non verbal (silences, rires, pauses) ont été notés entre parenthèse. Les entretiens ont été retranscrits le plus tôt possible, dans les jours ou semaines suivant la rencontre.

#### **2.2.7. Stratégie d'analyse**

---

Nous avons choisi de décrire les interventions de soignant·e·s du CP de Bordeaux-Gradignan dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur. Cette analyse s'intègre dans le cadre d'une recherche exploratrice du vécu de ces soignant·e·s dans ce contexte particulier et leur difficultés éventuelles.

#### **2.2.8. Codage des données**

---

Le codage des données recueillies a été réalisé en utilisant le logiciel N Vivo 11 pour PC, sur le site QSR International.

### **2.2.9. Triangulation de l'analyse**

---

L'ensemble du codage des verbatims a été réalisé par l'investigatrice. Le codage était ensuite à nouveau étudié en binôme avec le Pr François Pétregne afin d'effectuer une triangulation de l'analyse.

### **2.2.10. Saturation des données**

---

Il a été choisi de ne pas aller à saturation des données par profession, mais d'étudier l'intervention des soignant·e·s dans l'interdisciplinarité. Nous avons donc décidé d'interroger un échantillon de soignant·e·s les plus impliqué·e·s auprès des détenu·e·s en situation de handicap moteur.

## 2.3. RÉSULTATS

---

### 2.3.1. Description des participant·e·s

---

#### 2.3.1.1. Dates du recueil

Les entretiens se sont déroulés du 4 mars au 16 juillet au 2018.

#### 2.3.1.2. Profil des participant·e·s

Au total, dix soignant·e·s ont participé à l'étude : 8 femmes et 2 hommes, âgés de 27 à 59 ans. Les caractéristiques des personnes interrogées sont résumées dans le tableau suivant :

Soignant·e interrogé·e	Âge	Genre	Profession	Structure de travail
A	40	F	Médecin généraliste Praticienne Hospitalière	USDSS
B	46	F	IDE	USDSS
C	43	F	Assistante de service social	USDSS
D	46	F	IDE	USDSP
E	59	F	Auxiliaire de vie	Association
F	43	H	Kinésithérapeute	USDSS
G	33	F	Médecin généraliste	USDSS
H	54	F	Cadre de santé	USDSS
I	40	F	Ergothérapeute	USDSP
J	27	H	IDE	USDSS

**Tableau résumant les caractéristique socio-démographiques, les professions et structures d'exercice des personnes interrogées**



### 2.3.3. Description des données recueillies

---

#### 2.3.3.1. La description des patient·e·s

Le vécu des participant·e·s a été analysé au travers d'expériences précises. Ces témoignages débutaient souvent par une description des patient·e·s pris·e·s en charge.

L'annexe 4.3 page 89 synthétise, sous forme de tableau, pour chaque patient·e décrit·e : le type de déficience, de limitation d'activité, de restriction de participation, les comorbidités, et l'aide apportée par le·la soignant·e.

##### 2.3.3.1.1. Les déficiences

Les types de déficiences décrits sont assez divers, nous pouvons les regrouper en plusieurs catégories :

##### Maladie neuro-dégénérative :

*C : Si, on a eu un monsieur qui est arrivé avec une maladie de Parkinson, donc avec quand même des difficultés de déplacement... De marche...*

##### Maladie cardio-vasculaire :

*A : c'est un Monsieur qui avait une artériopathie des membres inférieurs pour laquelle il avait été amputé des 2 membres inférieurs, qui avait des prothèses*

*F : notamment je repense à un monsieur qui avait un AVC.*

*I : Alors j'ai eu un hémiplegique, qui pareil euh... voilà... euh...*

##### Pathologie traumatique :

*F : En ce moment si ! Mais si ! J'ai une paralysie du plexus cervico-brachial traumatique. C'est un sujet très jeune. Ouais. Avec euh... des opérations de réinnervation (...) Enfin non de transposition musculaire.*

*G : alors c'est un patient qui a une fracture tibia-péroné, euh, du coup qui a eu plusieurs opérations sur sa jambe, et là, la dernière opération y a dû avoir un fixateur externe.*

*J : ...On avait un monsieur...c'était il y a 1 an (...) qui était euh... amputé d'un bras suite à un AVP euh.... Il avait perdu un bras...*

##### Douleurs chroniques :

*A : il avait euh... des lombalgies chroniques avec euh ... des troubles à la marche*

*D : Il était en fauteuil roulant parce qu'il avait des douleurs neuropathiques, importantes, et il était euh... c'était tellement douloureux qu'il ne pouvait pas marcher*

### Déficiences sensorielles :

A : Moi y en a un avec qui ça s'est pas bien, euh c'est le monsieur qui était aveugle, puis qui bon, refusait tout hein c'était compliqué.

### Vieillesse :

E : j'ai eu un monsieur très âgé, enfin très âgé, 77ans

### Malformation :

C : Alors ce monsieur il a une malformation de naissance...

E : le monsieur dont j'm'occupe en ce moment il est tout petit. Tout petit il doit faire 1m20-1m30, il a les mains comme ça, il se balade comme ça (imite)

### Autres :

I : J'ai eu un brûlé, mais il avait fait...il avait mis le feu à sa cellule, il avait fait 3 mois de coma, des greffes, euh... des greffes de peau et tout le reste (...) donc on pouvait commencer à avoir des petites rétractations ou des limitations articulaires donc c'est pour ça que je le faisais travailler.

G : Euh alors ça avait jamais été étiqueté, c'était Mr B, en gros amyotrophie un peu générale, dans le cadre d'une schizophrénie.

#### 2.3.3.1.2. Les limitations d'activité

Les participant-e-s décrivaient souvent le degré d'autonomie des patient-e-s dans les actes de la vie quotidienne. Les limitations d'activité sont souvent citées par les personnes interrogées comme des besoins d'aide pour les patient-e-s, soit technique pour tout ce qui concerne les déplacements, soit humaine pour les actes de la vie quotidienne. Les actes les plus souvent décrits étaient la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'entretien de la cellule, la lessive, la vaisselle et les transferts lit-fauteuil.

B : il avait quand même une aide à la toilette, euh... et nettoyage d'environnement

C : Ouais pour se déplacer, alors pour se déplacer il a besoin... alors des fois il arrive avec son déambulateur, mais il faut le fauteuil. En cellule, il se débrouille, avec son déambulateur (...) Euh, la douche, il peut pas y aller seul. Euh, pour s'habiller, y a certains gestes qu'il ne peut pas faire seul non plus

-M : Parce qu'il peut pas s'habiller tout seul ?

-E : Pas tellement non. Nan euh, tout ce qui est slip euh, pantalon, euh, je lui mets ses chaussettes, il peut pas faire tout ça.

-M : Parce que lui, il est en fauteuil c'est ça ?

-E : Il est en fauteuil, il peut se tenir debout mais pas longtemps. Il s'accroche, il peut tenir debout mais pas longtemps. Et donc dans la douche, on met un tabouret où il s'assoit pour prendre sa douche.

G : Et moi j'ai fait la demande pour qu'il ait, des aides pour les tâches du quotidien. Comme le ménage euh... le linge aussi. Laver son linge. C'est pas évident pour lui.

Les soignant·e·s décrivaient aussi les activités pour lesquelles les personnes handicapées n'avaient pas besoin d'aide.

*J : Et il arrivait avec un seul bras... à gérer ses insulines... à visser euh... les aiguilles sur son stylo... à faire ses... ses tests capillaires (...) ouais, c'était assez impressionnant ce qu'il arrivait à faire au niveau de ses insulines*

*B : dans ses déplacements il pouvait euh, se débrouiller un peu plus, seul.*

#### 2.3.3.1.3. Les comorbidités

Souvent, à la déficience et aux limitations d'activités se surajoutent des pathologies et/ou des problèmes sociaux. Ces comorbidités augmentent fortement la complexité des cas, le handicap moteur se retrouvant parfois au 2<sup>nd</sup> plan des prises en charge.

Plusieurs personnes interrogées ont décrit des comorbidités somatiques de patients en situation de handicap moteur :

*A : Alors lui il avait beaucoup de problématiques, (...) on avait fait pour lui des demandes de suspension de peine pour raison médicale parce qu'en plus ce monsieur était dialysé, enfin diabétique avec des complications au niveau rénal, au niveau artériel, une cardiopathie sévère, euh voilà.*

*B : Bah moi je sais plus c'est un handicap de naissance (...) En plus il ... il a des gros problèmes cancéreux en plus mais euh...*

*C : et il souffre d'un cancer des os, c'est horrible...*

*F : Parce que lui, c'était vraiment pour améliorer, son cardio-respiratoire parce qu'il était, fumeur... il avait pas mal de problèmes respiratoires aussi associés.*

Une prise en charge psychiatrique et/ou addictologique vient parfois s'ajouter à la prise en charge de ces patients :

*A : C'est un Monsieur qui avait beaaauucoup de problèmes, euh de santé, (...) avec un trouble de la personnalité sous-jacent (...) il était aussi suivi par les psychiatres donc on en a souvent parlé on l'a vu des fois avec les psychiatres pour justement les traitements, les problématiques addicto-psy...*

*D : Euh... par ailleurs on a un patient pour lequel y a un handicap, alors moteur mais euh, il marche en béquilles, il a de grosses difficultés à se mobiliser, euh... C'est un patient qui par ailleurs est incurique, mais...il est schizophrène.*

*-D : c'est un consommateur de toxique... qui boit, et du coup euh... bah la rue euh.*

*-M : Tu veux dire qu'il boit et qu'il consomme d'autres substances aussi ?*

*-D : Ouais des produits euh, cocaïne, héroïne, euh...*

*E : C'était un autre, qui est parti à l'hôpital, c'est lui qui euh... il a voulu se suicider déjà...*

Les soignant·e·s racontent également que les caractéristiques sociales et culturelles des patient·e·s impactent leur prise en charge :

*A : mais la problématique c'est que y avait pas de logement à l'extérieur.*

*A : c'est une population, c'est assez précaire hein !*

*C : donc on a proposé le dialogue avec un interprète...puisqu'il était d'origine étrangère...*

*E : Bon c'est quelqu'un qui est sdf à l'extérieur, hein qui est pas du tout...qui est en rupture de soins, euh vraiment...*

### 2.3.3.2. L'interprofessionnalité

La complexité des situations amène à une grande interprofessionnalité dans les prises en charge. Les personnes interrogées ont souvent fait part du lien entre les disciplines médicales, paramédicales, psychologiques et sociales afin de prendre en charge les patient·e·s. Ils ont également décrit les liens qui pouvaient exister entre le milieu du soin et l'administration pénitentiaire et l'intérêt de ce lien dans la gestion des problématiques. Enfin, plusieurs soignant·e·s ont rapporté les différents rapports avec les professionnel·le·s extérieur·e·s dans les prises en soin des personnes en situation de handicap moteur.

#### 2.3.3.2.1. Au sein de l'USDSS

##### 2.3.3.2.1.1. De la consultation d'entrant aux transmissions

Chaque détenu·e est vu·e en consultation à son entrée par un·e médecin. Cette consultation permet de déterminer si le·la patient·e nécessite un suivi au long cours, et ses besoins :

*A : on les voit pour faire le bilan d'entrant comme chaque détenu, pour voir ce dont il a besoin aussi*

*A : alors on a mis en place nous sur l'unité d'avoir des patients chroniques, c'est-à-dire qu'il ait son médecin référent et c'est lui qui le suivra pour ses problématiques au long cours tout le long de son incarcération.*

*G : Oui je l'avais vu en tant qu'entrant. Et il se trouvait que l'assistante sociale le connaissait. Et moi j'ai fait la demande pour qu'il ait, des aides pour les tâches du quotidien.*

L'orientation des patient·e·s aux différent·e·s professionnel·le·s compétent·e·s se fait à la suite de cette consultation ou aux transmissions journalières :

*A : est-ce que y a nécessité d'avoir des auxiliaires de vie pour venir l'aider, de faire un bilan social et de voir avec l'assistante sociale à ce moment-là ce qui peut être fait, pour avoir des aides complémentaires...*

*F : Le médecin dès qu'il l'a vu en entrant il m'a dit euh, que y avait une prise en charge à faire en kiné.*

*G : moi dans mon travail, je... j'ai passé le relai en fait. A l'assistante sociale.*

*H : Bon on décelle et on voit avec eux les dysfonctionnements qui sont remontés, en équipe, qui sont staffés sur des situations complexes.*

*J : on se retrouve à midi, l'ensemble de l'équipe pour faire les transmissions, de 12h à 12h30, sur toutes les problématiques qu'on a rencontrées dans la matinée ... médecins, infirmiers, dentistes, kiné, secrétaires aussi.*

#### 2.3.3.2.1.2. Le rôle des infirmier·ère·s

Les infirmier·e·s interrogé·e·s ont exprimé leur rôle dans l'orientation aux différent·e·s professionnel·le·s de santé grâce au système de "bons de consultation" écrits par les patient·e·s (voir annexe 4.4 page 93).

*B : après y a une infirmière aussi qu'on appelle de « J1 » qui fait tout le travail administratif, de lien, euh, sur tous les bâtiments, que ce soit la préparation des transferts, le ramassage des bons. Tous les matins, euh, les bons sont faits par les détenus, enfin tous les jours ils peuvent poster des demandes euh, médicales ou paramédicale euh, que l'infirmière trie et dispatche selon les interlocuteurs, que ce soit au kiné, au médecin euh, au dentiste, si ça concerne l'infirmière, les garder euh, et elle les traite.*

Leur rôle dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur est le même que pour les autres patient·e·s mais avec certaines spécificités :

*B : et après on fait des soins au même titre que les autres c'est-à-dire si y a besoin de bilan sang, de soins, de pansements...*

Le soin à la personne ne correspond pas à leur mission mais à celle des auxiliaires de vie. Celles-ci viennent d'une entreprise privée, signataire d'un contrat avec l'administration pénitentiaire.

*J : Donc on n'est pas dans l'accompagnement de la personne, dans la réalisation de ses soins quotidiens quoi, on ne fait pas de nursing, de toilette, on fait pas... on fait jamais d'aide à l'habillage ... tout ça ce n'est pas de notre ressort.*

*B : ce sont des auxiliaires de vie, qui interviennent d'une entreprise privée.*

*E : Bah disons qu'on me l'a proposé, parce que la société venait d'avoir le contrat...*

Cependant c'est le rôle des infirmier·e·s d'interagir et de faire le lien avec les auxiliaires de vie :

*J : y a un cahier... un cahier de liaison. Où les auxiliaires de vie euh... mettent leurs transmissions euh dessus... donc elles viennent à l'UCSA, elles notent leurs transmissions sur le cahier.*

*B : elles viennent tous les jours faire des transmissions sur un cahier de liaison qu'on a... et à ce moment-là elles nous font des transmissions orales si y a des choses spécifiques à nous dire, des inquiétudes, des choses qui ne vont pas, des choses à rétablir si ça se passe bien.*

*E : on a un cahier faut qu'on le marque, tout, ce qu'on constate tout ce qu'il a besoin, s'il a besoin que quelqu'un lui coupe les ongles, d'un pansement ou de la crème, on fait le lien...*

Les IDE ont également pour rôle d'avoir une attention particulière sur les besoins spécifiques et le quotidien des personnes en situation de handicap moteur :

*B : donc tout ça c'est des choses qu'on doit... repérer à l'entrée, et organiser avec la pénitentiaire pour qu'effectivement, ils puissent euh, aller à la douche, euh, dans de bonnes conditions, avoir des béquilles, avoir un tabouret, euh ... avoir de l'aide de quelqu'un si y a besoin, et dans ce cas-là on peut demander... effectivement une auxiliaire, à partir du moment où c'est financé.*

*J : Après nous on essaie de s'assurer que tout soit à peu près fait pour que le quotidien de la personne en situation de handicap en détention soit le moins pénible possible (...) comment ils vont se rendre à l'infirmerie, et comment ils vont faire leurs actes de la vie quotidienne, euh... combien de fois par semaine ils voient l'auxiliaire... Est-ce qu'elle vient, est-ce qu'elle se présente à chaque fois qu'elle doit venir ? Est-ce que ça se passe bien ?*

#### 2.3.3.2. Entre l'USDSS (Unité à Dispositif de Soins Somatiques) et l'USDSP (Unité à Dispositif de Soins Psychiatriques)

La consultation "entrant-e" de l'USDSS permet également d'orienter les patient-e-s qui le nécessitent à l'USDSP, ceux-elles-ci seront vu-e-s en priorité par les IDE de l'USDSP.

*D : On voit pas tout le monde. On voit les... les arrivants qui nous sont signalés par l'UCSA, les arrivants qui nous sont signalés par la pénitentiaire, ou le SPIP.*

Plusieurs professionnel-le-s de l'USDSS et de l'USDSP ont exprimé prendre en charge conjointement des patients en situation de handicap moteur avec des membres de l'autre équipe.

Sur le plan médical et psychiatrique :

*A : Alors il était aussi suivi par les psychiatres donc on en a souvent parlé on l'a vu des fois avec les psychiatres pour justement les traitements, les problématiques addicto-psy euh douleurs, voilà, donc on avait fait le point ensemble.*

*C : Sauf que le monsieur souffrait aussi de troubles psychiatriques, donc des fois il peut y avoir aussi différentes pathologies qui se greffent euh... un problème somatique... chronique. (...) Donc on a proposé... on a fait venir le psychiatre...*

Sur le plan social :

*-C : Il a continué d'être opposant. Une mesure de tutelle s'est mise en place, pour pouvoir gérer à sa place...*

*-M : C'est toi qui t'es occupée de ça ?*

*-C : Non c'est la psychiatrie.*

Sur le plan de la rééducation et des aides techniques, un lien entre kinésithérapeute, médecin généraliste et ergothérapeute de l'USDSP a plusieurs fois été mentionné :

*I : Et là c'est \*\*\*\*\* (le kinésithérapeute) qui me l'avait indiqué, il m'a dit « il est pas psy, il déprime parce qu'il a son bras qui va pas et que ... il est limité ».*

*I : Une fois il m'a appelé le mec avait été transféré il avait reçu un coup de couteau dans le pouce. Donc d'un point de vue moteur, lui avait fait ce qu'il pouvait, mais il me disait « là il faut un truc fonctionnel en complémentaire », donc on avait vu ça pareil...*

*I : Et pour moi il pouvait marcher, c'est juste que le genou ... Donc avec \*\*\*\*\* (médecin de l'USDSS) on avait essayé de mettre un rollator en place.*

#### *2.3.3.2.3. Le « tripartisme » : le lien avec l'administration pénitentiaire*

Les personnes interrogées ont été plusieurs à décrire le lien avec l'administration pénitentiaire (AP), dans leur travail. Les prises en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur amène à des sollicitations du·de la chef·fe de détention et à des discussions lors des Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU).

*A : Alors je vois avec le chef de détention ou avec la directrice euh qui s'occupe euh en CPU, euh la CPU, commission pluridisciplinaire.*

*A : faut rencontrer les personnes, il faut les réunir, faire le lien avec l'administration pénitentiaire, parce qu'on est pas tout seul. Voilà, il y a aussi ce tripartisme... qui n'existe que, euh, qui existe très rarement... euh voilà dans d'autres milieux, mais euh voilà ! On est dépendant aussi ... de l'administration pénitentiaire... donc il faut toujours faire le lien, inclure.*

*H : Toute problématique est revue avec l'administration pénitentiaire, lors des commissions santé, on peut en parler...*

Nous verrons dans la partie sur les freins et les adaptations, les nombreuses circonstances où l'AP peut être sollicitée par les soignant·e·s dans ce type de prise en charge.

#### *2.3.3.2.4. Le lien avec les surveillants*

Les professionnel·le·s interrogé·e·s doivent travailler avec les agents de l'administration pénitentiaire, car ceux-ci sont en charge du contrôle des mouvements des détenu·e·s au sein de la prison.

*G : y a des patients qui doivent venir en ascenseur, avec l'ascenseur. Et parfois y a pas de liftier (...) il faut qu'un liftier leur ouvre la porte de l'ascenseur.*

*F : Du coup c'était compliqué parce qu'il fallait qu'un surveillant aille le chercher, fallait qu'il le descende avec son fauteuil et qu'il l'amène jusqu'à moi. C'était assez compliqué.*

Certaines soignantes ont dit ressentir une dépendance aux surveillants dans leur exercice. Ceci était plutôt exprimé en termes négatifs.

*G : les ascenseurs, on est tributaire des agents de l'administration pénitentiaire pour l'utiliser.*

*D : la plupart du temps, euh on est soumis au bon vouloir du... surveillant...*

Dans la prise en charge du handicap moteur, les soignant·e·s décrivaient des personnes aidantes, et même accueillantes pour l'auxiliaire de vie.

*F : De temps en temps, s'il arrive à se mettre d'accord avec le surveillant il pouvait marcher dans le couloir, dans la coursive... (...) C'était entre eux. Et puis il pouvait faire des allers-retours dans le couloir du coup.*

*A : s'il tombe en panne euh, bah (...) il faut que ce soit les surveillants qui les portent. (...) c'est arrivé qu'ils nous les descendent, euh, voilà, portés.*

*E : Quand y a eu la grève oui. Y a eu des jours, j'ai pas pu entrer. Y a des jours où j'ai pu entrer et on m'a dit « Oui mais y a personne pour vous accompagner ». Pi là y a un surveillant qui a quand même dit « si j'vais l'emmenner »*  
...

*E : j'suis bien accueillie, (...) les surveillants sont gentils, ils plaisantent avec nous, et quand j'arrive à l'étage c'est « Ah ! Salut l'auxiliaire de vie ! ».*

Ces témoignages positifs du lien avec les surveillants dans la prise en charge du handicap moteur s'opposent aux témoignages négatifs de ce même lien pour tout ce qui concerne la santé mentale. L'infirmière de l'USDSP décrivait un manque de formation des surveillants, entraînant parfois des comportements inappropriés envers certains patients.

*D : quand on a besoin d'intervenir auprès d'un patient, par exemple, délirant, on sent bien que, en face, euh, la pénitencière est, pas du tout formée, aux troubles psychiatriques*

*D : le handicap moteur, ça, ça fait écho à une réalité. A leur réalité, à leur monde. Le handicap moteur ça rentre dans une « norme », c'est une pathologie évidemment c'est pas... mais ça rentre dans une norme, alors que la maladie mentale, euh ben la maladie mentale faut être un peu... formé, tu vois ? Euh, et puis un peu sensible aussi, je pense, et puis un peu humain. (...) Y en a qui disent clairement « mais nous on est pas formé à ça ». Tu vois ?*

Elle signalait un effort de diplomatie de sa part nécessaire à la bonne entente dans le travail avec les surveillants.

*D : du coup c'est toujours de manière euh, très, presque ludique que tu t'adresses... genre « ouais j'comprends » (amicale) tout ça, tu vois, tu vois. Du coup t'essaies quand même de lui dire des choses, euh voilà parce que tu te mets pas un surveillant à dos parce que si tu te mets un surveillant à dos le lendemain il va te dire « ben tiens il a refusé aujourd'hui », mais c'est faux le mec il a jamais refusé, il a juste pas voulu me l'envoyer parce qu'il a pas apprécié que la veille je le traite de \*\*\*\*\* quoi, tu vois ? Donc je le traite jamais de \*\*\*\*\* , évidemment. Tu vois ? (...) je fais preuve de diplomatie.*

#### *2.3.3.2.5. Le lien avec l'extérieur*

Les soignant·e·s ont rapporté plusieurs circonstances lors desquelles un lien avec l'extérieur doit être réalisé dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur.

Les médecins déclaraient être en lien avec les spécialistes et l'hôpital :

*G : Donc je suis allée me renseigner auprès de son chirurgien pour savoir si effectivement il devait se déplacer en fauteuil roulant ou pas...*

*J : Il fait des cures de chimiothérapie à l'UHSI et... à Bergonié et à l'UHSI régulièrement.*

L'assistante sociale de l'USDSS a décrit plusieurs de ses liens avec l'extérieur, avec la MDPH pour obtenir des prestations pour le handicap, avec des structures de sortie et avec des associations. L'infirmière de l'USDSP relatait aussi les relais avec les structures de suivi psychiatrique à l'extérieur.

*C : des auxiliaires de vie sont intervenues, en détention, sans être sûres, que la prestation allait être accordée, mais bon au vu du handicap quand même, ça aurait été un comble que ça le soit pas ! (En riant) Mais euh, finalement, euh, sans aucune, garantie, avec l'accord de la MDPH (...) Un accord écrit par mail...*

*C : Je peux aussi articuler, coordonner, effectivement une prise en charge, qui va sortir notamment sur les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ...*

*D : Et là il sort en juin, donc y a un relai avec l'EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité et Migrants), euh l'équipe mobile précarité, tu sais psychiatrique...*

*D : On intervient à Charles Perrens, on a un bureau, parce que euh, y a des mises en lien aussi avec les CMP, pour certains...*

*C : Donc, c'était une prise de contact avec éventuellement, euh, une association, comme UNADEV (Union Nationale des Aveugles et Déficients Visuels).*

*C : donc j'ai accompagné dans la mesure de protection judiciaire, par le biais d'une association, pour qu'elle puisse se détacher de ça*

*C : On fait appel à une association, euh ... qui s'appelle MANA, avec qui l'hôpital a une convention. Une association... comment dire... interculturelle ? Qui fait appel à des interprètes, en général de la... même origine, que la personne. Donc il s'est avéré que - c'est payant hein - donc il faut d'abord un accord avant de faire venir l'interprète etc...*

Le lien avec la famille était surtout décrit par l'assistante sociale. Ses buts sont de rassurer et de maintenir la relation entre la personne détenue et son entourage familial. La famille peut également aider l'assistante sociale pour monter les dossiers administratifs nécessaires à la demande de prestations pour le handicap :

*C : Tu peux te tenir à la disposition de la famille, euh... si besoin aussi pour parler de la détention, c'est quoi, sans venir divulguer forcément... sans venir divulguer ce que la personne euh... vit, elle le fera par elle-même. Pour rassurer aussi hein, tu viens dans un milieu où... c'est pas forcément évident...*

*C : ça m'est arrivé de recevoir les familles à l'extérieur, à Saint André par exemple...*

*C : Et euh, j'ai lancé une demande de PCH (Prestation Compensatrice du Handicap) en urgence, mais ça veut dire pour lancer une demande de droits en urgence il faut récupérer des documents. Ça s'adressait quand même à un entourage familial, qui avait des difficultés, à l'écrit, et à la lecture... Donc, pour repérer les documents, eh ben... ça a été quand même épique ! Il a fallu guider au travers des logos, euh, récupérer les papiers, et encore le dossier est parti ... incomplet.*

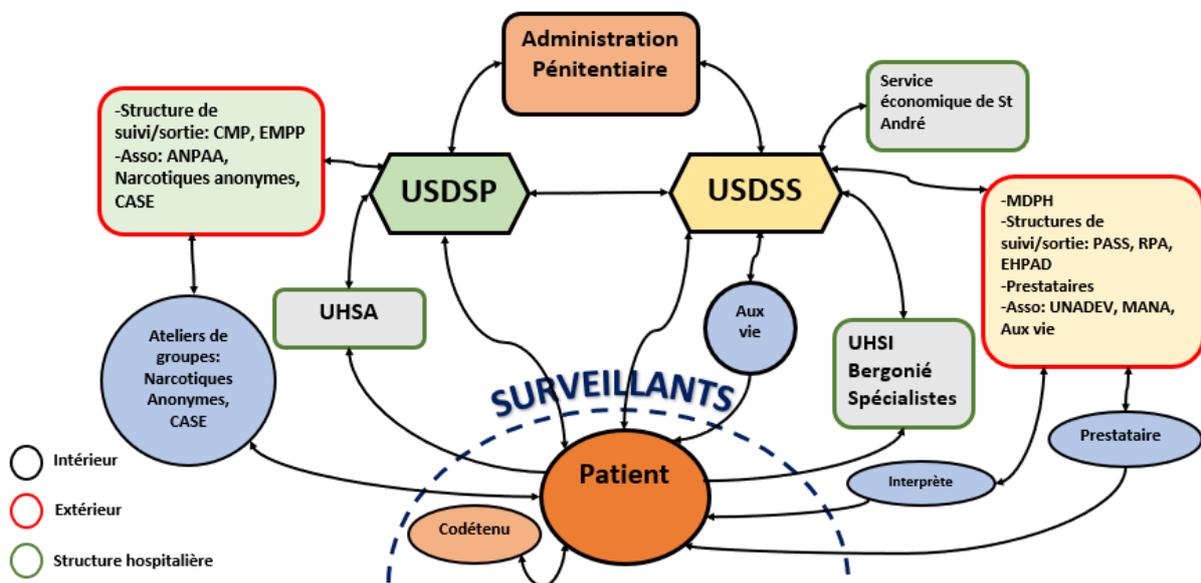
Le lien avec les prestataires et le service économique du CHU, qui fournissent les aides matérielles nécessaires à la prise en soin des patient-e-s en situation de handicap moteur est plutôt de la mission de la cadre infirmière de l'USDSS :

H : souvent les personnes qui arrivent ont déjà débuté une prise en charge, sinon on a un parcours par rapport à ces prises en charge, on garde le prestataire qu'ils avaient (...) et là on les contacte, et il peut y avoir des consultations sur l'unité sans difficulté.

B : Et le prestataire vient dans la prison, si c'est pour ... de l'orthopédie, pour des prothèses ou des choses comme ça...

H : Euh si on parle de matériel, ça part du CHU. Donc certains matériels par exemple je pense à l'UHSI, sur Pellegrin, ça va être le service économique, si c'est sur l'USDSS ça va être sur Saint André. Donc il faut connaître les partenaires avec qui on travaille pour pouvoir avoir... le parcours le plus simple et le plus efficace possible...

### 2.3.3.2.6. Synthèse de l'interprofessionnalité



**Schéma résumant l'interprofessionnalité et les liens avec l'extérieur dans la prise en charge des patient-e-s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan**

L'annexe 4.2 page 88 schématise le lien entre les professionnel-le-s l'USDSS et les autres intervenant-e-s dans les prises en charge des personnes en situation de handicap moteur.

### 2.3.3.3. Les limites de la prise en charge et les adaptations

#### 2.3.3.3.1. La temporalité

La dimension temporelle des prises en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur était souvent évoquée par les soignant·e·s.

Les contraintes de circulation du·de la patient·e peut entraîner une perte de temps dans la prise en charge.

*G : Alors si, parce que y a des patients qui doivent venir en ascenseur, avec l'ascenseur. Et parfois y a pas de liftier. Et du coup il faut attendre pour les voir (...) Parfois on arrive pas à le voir dans la matinée... comme on avait programmé... faut reporter.*

*F : un patient qui vient pas, qui arrive pas, qui est bloqué, ou le surveillant avait oublié 'fin bon, voilà. Mais ça c'est des problèmes pénitentiaires, pour moi. De circulation du patient. Pour venir jusqu'à moi. Ça c'est la pénitenciaire après. C'est les délais pour acheminer les patients par la pénitenciaire.*

*F : c'est pas toujours la pénitenciaire qui met du temps, c'est aussi des fois le patient qui, voilà qui prend sa douche, qui boit son café, qui s'arrête discuter, ça, ça arrive aussi. (...) Qui profite de venir à l'UCSA, pour s'arrêter voir untel euh...*

Les déplacements des soignant·e·s au sein du CP et les changements de bâtiment peuvent également provoquer une perte de temps notamment pour l'auxiliaire de vie, ce qui réduit son temps prévu avec les patient·e·s.

*E : Une heure par détenu. En sachant que... parce que quand on rentre dans la Maison d'Arrêt on passe par l'accueil on donne sa carte d'identité, on passe par euh... un petit sas, on met nos affaires, on a pas de sac à main, pas de portable alors, moi j'ai juste ma blouse et mes clefs de voiture. Après on rentre dans le bâtiment, là, on nous donne une API (Alarme Portative Individuelle), et puis là on rentre vraiment dans le bâtiment, et puis là on passe les grilles, faut qu'on nous ouvre, qu'on attende, il peut y avoir... euh, la sirène qui se met, donc on reste bloqué. C'est-à-dire que y a quelque chose qui se passe, donc on nous bloque, on bouge plus, donc ça peut durer 5 minutes, 10 minutes, un quart d'heure, 20 minutes. Donc on sait quand est-ce qu'on rentre mais jamais quand est-ce qu'on sort. Et ça peut être pareil en partant. Donc on fait pas tout à fait 1 h...*

*F : parce que c'est un peu compliqué quand j'ai des patients au CPA aussi. De temps en temps j'ai des patients au CPA donc je dois répartir mon temps entre le bâtiment B et le CPA (...) mais c'est vrai que je perds plus de temps- là oui. Parce que j'fais, ben je coupe bâtiment B, après je vais au CPA, et des fois j're-viens au bâtiment B... 'Fin là j'perds du temps ouais.*

Faire venir un interprète au sein de la prison ou un prestataire pour la réfection de prothèse peut également prendre un certain temps selon certaines personnes interrogées.

*H : Euh ça peut être 1 mois, ça peut être moins, ça dépend... (en parlant de la venue du prestataire)*

*-C : donc il faut d'abord un accord avant de faire venir l'interprète etc...*

*-M : Un accord de qui ?*

*-C : Du CHU. (...) Pour payer. La consultation.*

*-M : Et ça, ça prend, combien de temps ?*

*-C : (...) Une semaine à quinze jours, ça dépend de la disponibilité de l'interprète après...*

*-M : Et après pour qu'il rentre à l'intérieur de la prison...*

*-C : Bah il faut... quelques jours. (...) En 24-48h c'est pas possible hein.*

L'assistante sociale et la cadre ont évoqué un délai d'attente important pour ouvrir des droits liés au handicap et notamment la difficulté à ouvrir une PCH en urgence. Ceci peut provoquer un retard à l'accès aux aides techniques et humaines.

*C : et il peut arriver qu'en prison on arrive avec aucun besoin et que la prison mette en avant, euh, des besoins, non repérés, à domicile, parce que, parce qu'à domicile ça s'organise euh autrement. Donc la dame qui était amputée aussi des 2 jambes, et appareillée, qui en fait, euh, vivait son quotidien, entourée de sa famille, euh, dans ses déplacements, euh... pour élever ses enfants... dans son quotidien euh... Et sauf qu'en détention y a plus de famille. En détention, y a besoin... d'aides, et y avait aucun droit. (...) Et des droits en urgence, ce... c'est compliqué.*

*-M : Et comment ça s'est passé quand elle est rentrée en détention du coup ?*

*-C : Bah la cata ! La catastrophe hein. C'est-à-dire pas d'auxiliaire de vie, euh, la question de qui va financer...*

*-M : Comment elle faisait du coup pour...*

*-C : Elle faisait pas. Donc elle ne s'est pas douchée pendant... 21 jours, je crois ? Euh, une infirmière a fini par accepter de lui laver la tête. Euh, parce que, euh, c'était plus possible. Et euh, j'ai lancé une demande de PCH en urgence, mais ça veut dire pour lancer une demande de droits en urgence il faut récupérer des documents. Ça s'adressait quand même à un entourage familial, qui avait des difficultés, à l'écrit, et à la lecture...*

*C : Une PCH en urgence elle va mettre, euh, minimum 4 mois.*

Plusieurs soignantes ont parlé du délai pour obtenir du matériel de travail, notamment pour l'ergothérapeute, ou des aides techniques.

*I : La lenteur administrative quoi tu vois, tu demandes un truc ça peut prendre euh... soit ça peut aller très vite, soit ça peut prendre des semaines pour avoir un truc...*

*H : Euh des exemples de délai c'est euh... le fauteuil roulant bon on en parle même pas parce que c'est en termes de mois, mais on arrive à se faire dépanner...*

Les autres aspects du côté matériel de la prise en charge seront développés dans une partie consacrée.

Plusieurs soignant·e·s ont parlé du turn-over des patient·e·s, ce qui provoque parfois un sentiment d'inachevé dans la prise en charge.

*C : Je ne sais pas, elle a été libérée avant même que, la prestation puisse-t-être, euh, mise en place.*

*H : Et nous, cette personne logiquement sur la structure où on est, elle reste 3, 4 mois, 5 mois pas plus, et le temps de faire tout ce qui est administratif beh, ça sera peut-être débuté, mis en place mais pas forcément reçu sur la détention.*

*A : enfin en 3 mois on a pas le temps de... d'organiser quelque chose. Donc on a le temps de détruire une vie mais peut-être pas de la reconstruire.*

Pour l'assistante sociale cette question du turn-over était en partie due à la détention provisoire de certaines personnes incarcérées, qui peut entraîner des sorties rapides.

*C : C'est la question du statut aussi hein, prévenu, condamné, euh... il se passe pas les mêmes choses, des fois y en a qui peuvent être libérés ou qui peuvent être transférés... dans d'autres établissements, tu peux engager des démarches et pas les voir aboutir finalement.*

Une inadéquation entre le temps de travail des soignant·e·s et les besoins des patient·e·s en situation de handicap moteur a été plusieurs fois évoquée.

Cette inadéquation peut venir du temps de travail trop court sur des professions pourtant très en contact avec les personnes handicapées moteur, comme le kinésithérapeute ou l'assistante sociale.

*-C : j'ai peu de temps, j'ai beaucoup d'attente sur des bâtiments extérieurs où je n'ai pas de bureau, propre.*

*-M : Beaucoup d'attente, c'est-à-dire, euh...*

*-C : Pour le détenu (...) j'utilise, euh, tu vois, l'infirmerie. Uniquement, donc une demi-journée par semaine (...) Alors que le besoin serait, euh d'une bonne journée euh, par semaine. Minimum.*

*F : Ben euh, est-ce que j'ai assez de temps euh non parce que y a beaucoup de délais d'attente, pour être pris en charge (...) c'est 3 mois hein. Donc c'est quand même assez important ouais.*

*F : Ça vient du poste en tant que tel, puisqu'un mi-temps c'est assez court ..., surtout dans un environnement où on perd vite du temps surtout pour des problèmes de sécurité, pour des problèmes d'alarme euh tu as des contraintes de perte de temps liées au fonctionnement pénitentiaire et euh...*

Ce manque de temps de travail effectif peut amener à effectuer une priorisation de certaines prises en charge aux dépens d'autres :

*F : Voilà... alors après t'es obligé de faire des priorités...t'es obligé de faire une espèce de chrono... enfin pas de chronologie mais de priorité, ouais. Dans tes prises en charge. Euh la traumatologie récente tu la prends en charge rapidement. Le post-opératoire aussi tu les fais passer devant tout le monde. (...) Au détriment de la douleur chronique.*

Le manque de temps peut diminuer la vitesse de progression dans le cadre d'une rééducation selon le kinésithérapeute :

*F : Et... puis la fréquence des prises en charge qui est quand même pas très fréquente... donc euh... on progresse moins vite forcément.*

L'inadéquation peut aussi correspondre à une différence entre l'horaire de passage d'un·e soignant·e et celle du trouble présenté par un patient.

*J : Mais elle venait euh... 1 heure quoi même pas. Et ce monsieur ben il se trouve qu'il était incontinent. Il commençait à être incontinent, il se dégradait. Euh... on pouvait pas lui mettre de protection parce que de toute façon y avait pas de personnel soignant constamment pour euh... les changer... et des fois on venait le voir en cellule et ... il s'était euh... il avait eu des... des fuites euh... des problèmes d'incontinence quoi.*

Cette inadéquation entre le passage du-de la soignant-e et les besoins, a amené les IDE à réaliser, dans de rares cas, des soins de nursing, selon l'infirmier interrogé.

*J : Et donc à des moments on a plusieurs fois été euh, moi et mes collègues, on a été obligés de lui faire euh, une toilette du siège quoi. Des soins de nursing, toilette intime... Bon c'était pas une toilette complète dans sa cellule... Et encore qu'une fois une de mes collègues lui a fait une toilette complète...*

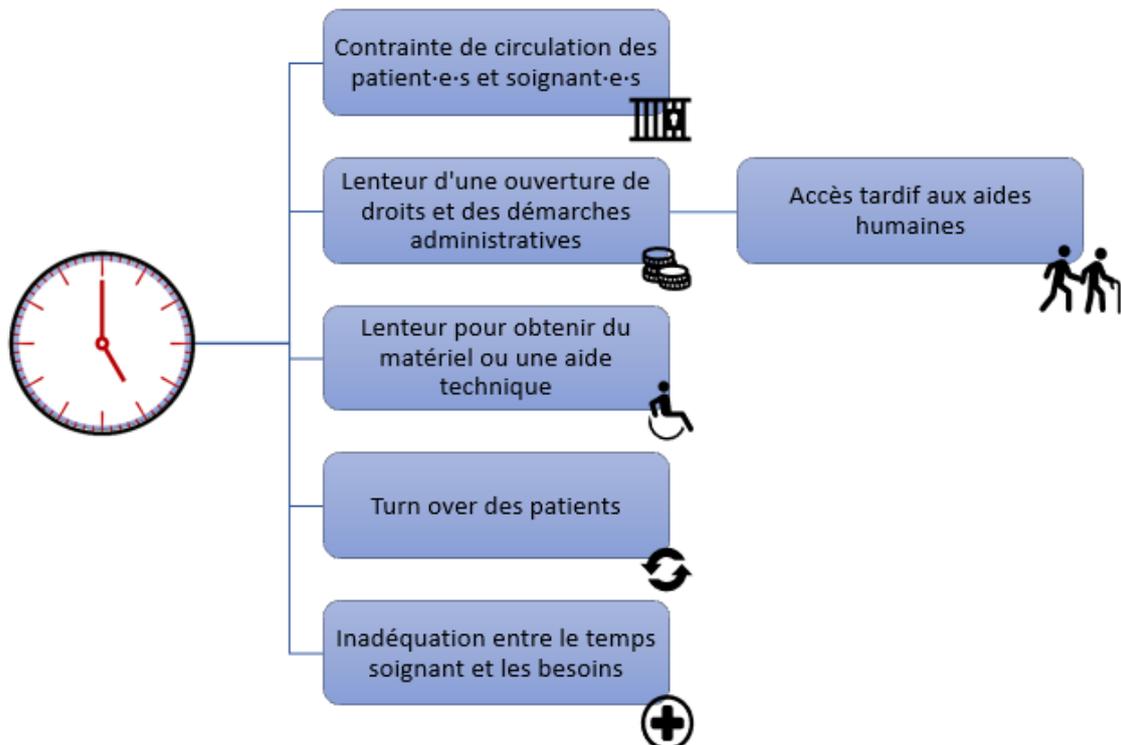
Parfois c'est l'activité même de consultation qui n'est pas adaptée aux besoins de certains patients toujours d'après ce professionnel.

*J : Et lui il avait besoin d'être en institution avec une infirmière qui soit toujours avec lui, mais le truc c'est qu'on est un service de consultation et on ne peut pas euh... on pouvait pas être constamment derrière lui donc euh...*

Cette inadéquation rendait, selon ce soignant, la structure inadaptée pour un patient :

*J : Pour lui ce n'était pas du tout adapté quoi. Je pense que...il est resté longtemps dans une structure qui n'était pas...du tout adaptée...*

### **Synthèse des résultats sur la temporalité :**



### **Synthèse de la problématique de la temporalité dans la prise en charge sanitaire des patient-e-s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux Gradignan**

### 2.3.3.3.2. L'organisation d'une sortie

En cas de libération prévue d'un-e patient-e, les soignant-e-s racontaient avoir une attention particulière à l'organisation de la sortie et du suivi, afin de garantir la continuité des soins. Ceux-elles-ci ont énuméré plusieurs structures ambulatoires de suivi auxquelles il-elle-s orientent les patient-e-s selon les problèmes médicaux, psychiatriques ou sociaux qu'il-elle-s présentent.

*C : Je peux aussi articuler, coordonner, effectivement une prise en charge, qui va sortir notamment sur les PASS.*

*D : Du coup... Y a un relai avec l'EMPP, parce que il faudrait pas que... qu'il arrête les soins, qu'il soit en rupture de soins, ouais.*

Les IDE de l'USDSP effectuent des consultations à l'hôpital psychiatrique de Bordeaux afin de pallier les délais de rendez-vous donnés par le CMP.

*D : On intervient à Charles Perrens, on a un bureau, parce que euh, y a des mises en lien aussi avec les CMP, pour certains, sauf que, en CMP, tu sais quand on appelle un CMP on a un rdv 3 mois après. Donc le patient, euh... entre le moment où il sort, et le moment où il a un rdv avec un CMP, on le voit, euh on peut le voir 1 fois par semaine pendant 2 mois. Jusqu'à ce que le lien avec le CMP se fasse. On va avec lui au 1er rdv du CMP, on fait le lien, et ensuite on arrête la prise en charge. On a un poste infirmier payé par l'ARS pour ça.*

La sortie est rendue compliquée par la précarité des patient-e-s et lorsque ceux-elles-ci n'ont pas de logement.

Plusieurs types de structure de sortie sont envisagés par les soignant-e-s lorsqu'un hébergement et/ou une institutionnalisation sont nécessaires.

*D : il refuse euh, d'intégrer un appartement, ou euh, des chalets EMMAUS...*

*C : Après ça va être... travailler la sortie tu vois, une maison de retraite, une RPA (Résidence Personne Âgée), une maison de repos pour certains, un retour à domicile, euh, on a fait ça aussi, des évaluations de retour à domicile sur un handicap.*

*A : Il était sorti, l'histoire c'est qu'en fait qu'il était suivi par l'assistante sociale du SMPR qui lui avait trouvé une place dans une structure, donc la structure est venue nous rencontrer, euh rencontrer le patient, et euh, plutôt addicto...*

Trouver une structure de sortie adaptée, ou qui accepte de recevoir certains patients, peut s'avérer difficile selon la médecin et l'assistante sociale. Les refus de la part des structures d'accueil viennent, selon ces professionnelles, de l'accumulation des problèmes médicaux et sociaux des patients ou au statut d'ancien détenu. Le cas d'un patient a été particulièrement raconté par plusieurs soignant-e-s.

*A : Parce que c'était très compliqué de lui trouver une structure... on a fini par en trouver une au dernier moment, à sa libération mais ça a été très compliqué, parce que si les personnes détenues bah à l'extérieur euh...voilà vieilles, détenues, handicapées...*

-C : Tout ...dans la situation globale, faisait que euh, (en listant) sortant de prison, SDF, en situation de précarité éventuelle, souffrant de problématiques de santé chroniques, non observant..., handicap moteur. (Rire) Alors ça faisait beaucoup en général, les, les structures elles euh... (...)

-M : Mais vous avez réussi quand même...

-C : Ouais, une euh... USLD, unité de soins euh, longue durée, euh, mais euh... après avoir essayé moult refus, y compris de ce même service qui l'a accueilli finalement.

L'assistante a raconté avoir déjà évalué des retours à domicile avec l'aide des médecins et mis en place de nouvelles aides humaines et matérielles afin qu'un patient sorte dans de bonnes conditions. La nécessité d'augmenter les aides venait selon elle, de l'aggravation du handicap en détention.

C : on a travaillé une liberté conditionnelle, avec un retour à domicile de ce monsieur. On a dû se déplacer à domicile, avec un médecin, pour évaluer... le matériel qu'il y avait à disposition, euh et on a fait une autre euh, avec monsieur, pour qu'il nous montre euh, comment il faisait dans son quotidien, ce qui était compliqué, un monsieur qui vivait au 1<sup>er</sup> étage, dans un logement sans ascenseuur (rire), en déambulateur. Voilà donc, euh, et on a dû mettre des auxiliaires, enfin des, des aides humaines, plus qu'il n'avait en entrant en détention... (...) ... il a fallu faire adapter la salle de bain (...) de son domicile. Euh, un temps d'auxiliaire de vie, euh supérieur, à ce qu'il avait euh à la base, et une livraison de portage de repas qu'il n'avait pas jusqu'ici puisqu'il était accompagné pour faire ses courses et cuisiner...

#### 2.3.3.3.3. Les infrastructures

Beaucoup de soignant·e·s ont fait part de l'inadaptation des infrastructures du CP au handicap.

G : cette Maison d'Arrêt n'est pas du tout adaptée au handicap moteur.

D : C'est **pas du tout** adapté. Qu'on... qu'on se le dise, y a aucune rampe euh, euh **y a rien** en fait, pour le... handicapé.

Certains lieux fréquentés par les patient·e·s étaient particulièrement décrits. Souvent, les participant·e·s racontaient les moyens utilisés pour s'adapter et limiter au maximum les difficultés d'accès des personnes en situation de handicap moteur. Beaucoup de ses adaptations nécessitent une demande à l'Administration Pénitentiaire.

#### 2.3.3.3.3.1. Les cellules

Presque tou·te·s les soignant·e·s ont signalé l'inadaptation des cellules au handicap, à part pour une cellule située au CPA.

H : CPA si, y a une cellule aménagée, mais euh sur les autres y a aucune cellule adaptée donc concrètement, pour accéder au lit c'est compliqué, pour accéder aux toilettes c'est compliqué, les espaces sont quand même assez étroits.

I : Oui pour monter l'eau et tout le reste, tu vois si on a une limitation, que ce soit juste l'épaule qui baisse, ou qui abaisse. C'est des trucs sur le côté ou, faut tourner donc (...) il peut pas ouvrir son robinet quoi en fait.

*F : c'est leur lieu de vie où ils sont énormément, dans la journée, le week-end etc. ... donc si y a pas un minimum d'aides techniques et d'aménagements, ça me paraît beaucoup plus compliqué le handicap du coup en prison hein.*

Plusieurs habitudes revenaient dans les discours pour pallier cette inadaptation, comme le transfert du patient dans une cellule mieux agencée ou la mise du patient au 1<sup>er</sup> étage où sont les détenus qui bénéficient d'une surveillance particulière du fait de leur vulnérabilité.

*J : Il a une cellule pour lui tout seul au 1<sup>er</sup> étage. Du bâtiment A. C'est un étage où en général les personnes un peu fragiles euh... sur tous les plans... pas que moteur, physique, sont regroupés.*

*-E : Là il a changé de cellule, c'est mieux, il peut... c'est plus accessible. Mais c'est vrai que bon... euh... parce que y a pas beaucoup de mobilier. Où il était avant il avait du mal avec son fauteuil. A entrer. Mais bon là il a changé maintenant c'est bon, il peut entrer relax. Mais sinon, non.*

*-M : Parce que la taille des cellules euh... celle d'avant...*

*-E : Elle fait 9m<sup>2</sup>. Mais non mais c'est parce que y avait un petit meuble qui gênait.*

Plusieurs soignantes ont aussi évoqué la possibilité de transférer le patient dans un autre établissement et l'attention à ne pas accepter les patient·e·s avec des handicaps trop lourds.

*H : On peut être amenés à voir, pour qu'on puisse transférer les patients en fonction de leur état de jugement hein (...) y a d'autres établissements qui sont plus adaptés. Y a Bedenac et Saint Martin.*

*H : Par contre je parle fauteuil roulant euh... on a pas été sur du tétra là c'est complètement incompatible...*

Les personnes interrogées signalaient aussi la possibilité d'appuyer une demande d'aménagement de peine (ce qui rend, entre autres, possible l'accès à une cellule aux normes du CPA) ou une demande de suspension de peine pour raison médicale. Elles relevaient également la rareté d'octroi de ce type de mesure chez les condamné·e·s et l'impossibilité de mettre en place ces dispositifs pour une personne prévenue.

*H : Notamment pour un certain patient, on nous a sollicité pour un patient qui devait venir avec un lit médicalisé, et que y avait pas la possibilité de le mettre sur le CPA parce qu'il était prévenu (...) C'était pas possible.*

*G : Ben... on aurait tout fait pour que ... qu'il ait un aménagement de peine rapidement en fait. En fait on aurait fait en sorte d'appuyer sa demande, pour dire que le maintien en détention était pas possible.*

*G : Et c'est très difficile de faire en sorte que, même avec leur état de santé... d'appuyer leur demande pour qu'ils soient libérés ou... aménagés quoi.*

Selon les situations, les soignant·e·s peuvent demander au·à la chef·fe de détention que la personne incarcérée soit seule (en cas d'utilisation d'un fauteuil roulant pour lutter contre le manque de place) ou accompagnée par une autre personne détenue en cellule afin de l'aider dans les actes de la vie quotidienne. Plusieurs personnes interrogées relevaient également les problématiques liées à l'aide des codétenus.

*G : nous on voit avec le chef de détention pour que les patients soient tous seuls, dans la cellule. Ou parfois au contraire on demande à ce qu'il soit avec un autre détenu, 'fin, c'est pas nous qui faisons la demande. Mais parfois c'est plus facile qu'il soit avec un autre détenu, pour pouvoir l'aider. Sur certains gestes. Et le codétenu devient l'aidant. Dans certaines situations.*

*A : mais là du coup c'est les codétenus qui vont aider alors que c'est des gens qu'ils connaissent pas, ou avec qui ils n'ont pas choisi de vivre*

*-C : C'est un codétenu qui faisait le... le boulot.*

*-M : Il faisait quoi comme boulot ?*

*-C : Tout. Couper sa viande, euh, le guider dans la cellule, l'amener aux douches, l'amener euh aux toilettes euh, l'amener euh... dans le service. Il en a épuisé euh, plusieurs comme ça. Parce que ce ne sont pas des auxiliaires de vie. Il lavait son linge, euh...*

*H : soit son codétenu l'aide, euh... mais logiquement c'est pas du tout ce qui est voué à ça hein, (...) euh... le codétenu n'a pas vocation à aller faire l'aide ... parce que c'est trop compliqué euh... en termes de dépendance... ou euh, il peut y avoir, une personne qui a emprise sur l'autre.*

#### 2.3.3.3.2. Les sanitaires

Plusieurs soignant·e·s ont signalé les modalités d'accès à la douche dans le cas particulier des patients handicapés moteur. Des certificats réalisés par les médecins de l'USDSS sont nécessaires pour que le patient ait accès aux douches seul, notamment au Bâtiment A où les douches sont communes, avec l'aide de l'auxiliaire de vie.

*B : il n'y a pas de douche dans la cellule, donc ils sont obligés, de sortir de la cellule, euh d'aller dans les douches communes, où y a une marche, euh, qui est assez importante, qui doit faire au moins 25 cm, pour monter dans le local des douches. Et ensuite, qui est donc en général d'une propreté assez aléatoire donc le carrelage est assez glissant, visqueux et où y a 3 douches euh... communes qui ne sont pas fermées.*

*J : On va se demander (...) est ce qu'il a bien un certificat qui dit qu'il doit prendre une douche seul euh... (...) les médecins leur font tous les certificats qu'il faut.*

*E : on coince 3 douches. C'est-à-dire que bon y a 2 fois 4 douches, bon si on en prend une, plus personne peut rentrer quoi, on doit être que tous les 2 dans la douche.*

Si l'accessibilité à la douche pose un problème à la majeure partie des soignant·e·s interrogé·e·s, l'auxiliaire de vie, paradoxalement, ne semble pas dérangée :

*-M : Et pour aller à la douche euh... c'est accessible la douche ?*

*-E : Oui y a juste un tout petit escalier, et hop, j'le remonte et...*

*-M : Et ça vous pose pas problème en fait.*

*-E : Nan.*

Plusieurs professionnel·le·s ont signalé le besoin d'un tabouret pour la douche des patients en situation de handicap moteur. Le tabouret doit être demandé à l'Administration Pénitentiaire. Une soignante a

signalé que la demande d'un tabouret pour un patient mineur avait déjà été source de conflit avec l'AP.

*E : Et donc dans la douche, on met un tabouret où il s'assoit pour prendre sa douche.*

*B : c'est des choses qu'on doit... repérer à l'entrée, et organiser avec la pénitentiaire pour qu'effectivement, ils puissent euh, aller à la douche, euh, dans de bonnes conditions, avoir des béquilles, avoir un tabouret...*

*I : Une fois j'me suis pris la tête avec le directeur du quartier mineur, parce qu'on avait reçu un jeune, donc lui il s'était brûlé en incendiant une bagnole, et y avait pas de chaise plastique dans la douche, ça veut dire qu'il devait prendre sa douche sur un fauteuil roulant.*

Plusieurs soignantes ont signalé une meilleure accessibilité aux sanitaires au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment A et au CPA, du fait de la présence d'une douche à l'intérieur de la cellule.

*G : en cellule arrivant y a des douches.*

*B : au centre de semi-liberté où effectivement c'était un bâtiment neuf, avec, euh... une douche, euh... une douche à l'italienne, dans la cellule, avec un accès de lavabo assez bas (...) donc ce monsieur était euh, plus autonome, seul, il avait quand même une aide à la toilette...*

#### 2.3.3.3.3. L'ascenseur

Neuf soignant-e-s ont décrit les modalités d'accès à l'ascenseur et les difficultés qui en découlent. Certains bâtiments n'en sont pas pourvus comme le bâtiment B et le quartier femme, ce qui peut poser des problèmes d'accessibilité notamment pour aller à l'USDSS au bâtiment B.

*A : Donc c'est un peu compliqué. Parce qu'on a pas de cellules au rez-de-chaussée, tout est à l'étage, au quartier femme c'est pareil...*

*G : Par exemple au bâtiment B, ben y a pas du tout de... y a pas d'ascenseur. Et l'UCSA se trouve au 1er étage.*

L'ascenseur du bâtiment A, essentiel pour les mouvements des patients en situation de handicap moteur est souvent évoqué comme une problématique ou une complication pour les soignant-e-s.

*J : Parce que bon l'ascenseur c'est une problématique très compliquée... en détention parce qu'il est utilisé par beaucoup de monde, y en a qu'un seul pour un bâtiment entier de six étages.*

L'attente nécessaire à son utilisation par les patients et la nécessité d'être accompagné par un surveillant pousse certains à refuser le certificat du médecin et à prendre des risques par les escaliers.

*G : 'fin, certains patients auraient pu avoir besoin de prendre l'ascenseur, mais ils ne le font pas, parce qu'il faut qu'un liftier leur ouvre la porte de l'ascenseur. Du coup ils préfèrent prendre le risque de prendre les escaliers, par exemple, avec des béquilles, euh, plutôt que d'attendre pendant 3 heures que quelqu'un, leur ouvre la porte, pour l'ascenseur.*

Sept professionnel-le-s ont mentionné des pannes d'ascenseur et les difficultés d'accès et restrictions de participation que cela peut entraîner pour les patients en situation de handicap moteur, notamment l'accès, aux soins, à la promenade et au parler.

*C : Hein les ascenseurs, sont souvent en panne*

*D : Mais si y'avait pas d'ascenseur il pouvait rien faire. Il pouvait pas se mobiliser. Il pouvait pas euh... ouais aller au parler, aller en promenade, c'est quelqu'un qui allait en promenade (...) Et du coup pendant plusieurs semaines il est resté euh, dans sa cellule.*

*A : Et donc après ça veut dire qu'ils ont accès ni aux activités ni aux promenades etc., donc ils restent ici enfermés en cellule.*

Trois soignantes ont signalé que ces pannes poussaient parfois les surveillants ou les codétenus à porter les patients jusqu'aux unités de soins. Il s'agissait de l'une des diverses situations d'entraide entre codétenus, et d'aide apportée par les surveillants, relatée par les professionnel-le-s, bien que cette aide soit peu sûre.

*A : s'il tombe en panne euh, bah faut les monter à mains nues quoi ! Les mecs.*

*H : on a été amené à ce que certains détenus, ben portent le fauteuil pour l'amener au 2<sup>nd</sup> ... 'fin c'est un peu compliqué parfois.*

*I : Et lui si l'ascenseur marche pas c'est-à-dire que c'est des détenus qui le portent dans les escaliers de l'UCSA au SMPR. Détenus ou surveillants ils sont à 4 sur le fauteuil roulant.*

Pour limiter ces difficultés d'accès, les soignant-e-s demandent souvent à l'AP que le patient soit au même étage que l'USDSS si ceux-ci nécessitent des soins fréquents.

*B : on se permet de demander à la cheffe de détention, euh... de placer la personne, euh, à l'étage, dans une cellule à l'étage, voilà. En général y a pas de frein. Mais ce n'est pas fait naturellement, c'est pour ça qu'il faut qu'on soit effectivement attentif, à ce genre de chose euh, et le solliciter.*

Toutes les actions consistant à changer un patient de cellule ne sont pas simples à réaliser par l'AP notamment à cause de la surpopulation carcérale. Ceci a été relevé par les 2 médecins interrogées.

*G : Alors handicap moteur là comme je viens de te citer, les béquilles, ça peut aller, après fauteuil ça devient un peu plus compliqué. Parce que souvent les patients sont triplés en cellule.*

*A : Voilà puisque des fois ils nous disent aussi que, qu'il faut qu'on enlève quelqu'un...parce que... voilà on sait aussi que si on va demander à avoir quelqu'un à l'étage bah ça veut dire qu'on va déménager quelqu'un d'autre, peut-être quelqu'un pour qui ça se passait bien en cellule avec un autre codétenu. Enfin voilà on sait que ça va avoir un impact, sur quelqu'un. (...) Voilà et puis ici c'est aussi lié avec la problématique de la surpopulation carcérale.*

#### 2.3.3.3.4. La salle de consultation

Certaines soignantes ont fait part d'inadaptation des salles de consultation à l'accueil des patients en situation de handicap moteur. Parfois les salles sont inadaptées à l'activité même de rééducation (kinésithérapie et ergothérapie) nécessaire à la prise en charge des patients handicapés.

*D : Par exemple la salle de distribution de traitement. (...) Voilà la plus importante. Euh... il pouvait rouler euh, ses mains passaient pas, s'il voulait utiliser ses mains pour faire rouler ses roues normal, il passait pas. Donc euh c'était nous ou un patient derrière, qui essayions mais ça, ça ... 'fin on frôlait les murs quoi, 'fin on... ponçait les murs chaque jour quoi. Tu vois ? Voilà. La salle de psychomotricité, il ne pouvait pas rentrer. Cette pièce là il ne pouvait pas, la... la pièce n'était pas ... la porte n'était pas adaptée.*

*G : Et sinon j'ai déjà eu du mal à faire rentrer le fauteuil dans un des bureaux, euh... c'était pas un fauteuil pardon c'était un déambulateur... et du coup le déambulateur j'ai dû le laisser à la porte du bureau. Et faire rentrer le patient euh... comme ça... en l'aidant quoi.*

L'ergothérapeute et le kinésithérapeute ont fait part de l'inadaptation de leur espace de consultation à leur activité de rééducation motrice ou d'éducation à l'hygiène. Le kinésithérapeute signalait également la difficulté liée au partage des bureaux.

*F : Ben il pourrait y avoir (...) un peu plus de place, pour pouvoir faire des choses un peu plus... grandes...un peu plus dynamiques. Mais bon après c'est la prison hein je sais que le m<sup>2</sup> en prison c'est compliqué.*

*F : la salle est petite hein, la salle euh, elle est très très petite. (...) dès que t'as à mettre même un peu de choses dans la pièce euh... Et puis après les gens qui partagent la pièce avec toi ils vont dire euh « ça nous gêne » euh...*

*I : Mon cadre il m'avait fait à un moment, « ouais, M. B ça serait bien que vous lui appreniez à faire le ménage », bah oui mais j'veux bien mais dans une cellule de 9m<sup>2</sup>, apprendre à ramasser... son dépotoir à un schizo-parano euh... c'est pas terrible quoi...*

Ces mêmes soignant·e·s ont signalé effectuer leur travail dans une autre salle plus adaptée avec ce type de patient ou devoir faire de la place dans la salle.

*D : Ben ça se passe ailleurs. On se met dans une autre pièce, on intervenait, 'fin la psychomotricienne intervenait dans une autre pièce, avec lui. Euh elle était obligée de déplacer tout son matériel pour pouvoir intervenir avec lui, euh... Et après on ... on s'adaptait en fait. 'Fin on essayait de... 'fin on a toujours réussi à le prendre en charge du coup mais en s'adaptant au lieu, à l'environnement.*

*G : alors parfois quand on a pas envie de les faire changer de bureau, parfois quand ils sont en salle de soin, bah on va les examiner en salle de soin, qui est une salle un peu plus grande, un peu mieux faite pour examiner les patients.*

*F : Alors du coup lui j'allais dans sa cellule. (...) c'était plus adapté que la salle de soins qui est toute petite (au CPA) 'fin tu vois... Alors que lui il avait la cellule handicap... (...) Donc là on pouvait, on avait de l'espace pour travailler.*

*F : Euh, moi je montre beaucoup d'exercices, et puis je pousse euh... je pousse quoi. Je fais d'la place. Je pousse euh, les bureaux, j'pousse.*

Le kinésithérapeute expliquait devoir adapter ses exercices à l'espace de sa salle de travail et de la cellule du patient.

*F : Je dois adapter mes exercices au volume disponible, mais alors quelque part ça se goupille bien avec le volume que, eux aussi, ont en cellule, pour le coup.*

*F : en essayant d'adapter euh, j'pars sur des choses euh... des exercices à tout petit volume... mais y a un détenu qui a écrit un bouquin là-dessus (...) il a mis en place plein d'exercices, avec des tous petits volumes et, peu, pas de matériel. Une table, une chaise, un lit... (...) j'l'ai parcouru pour voir ce qu'il proposait.*

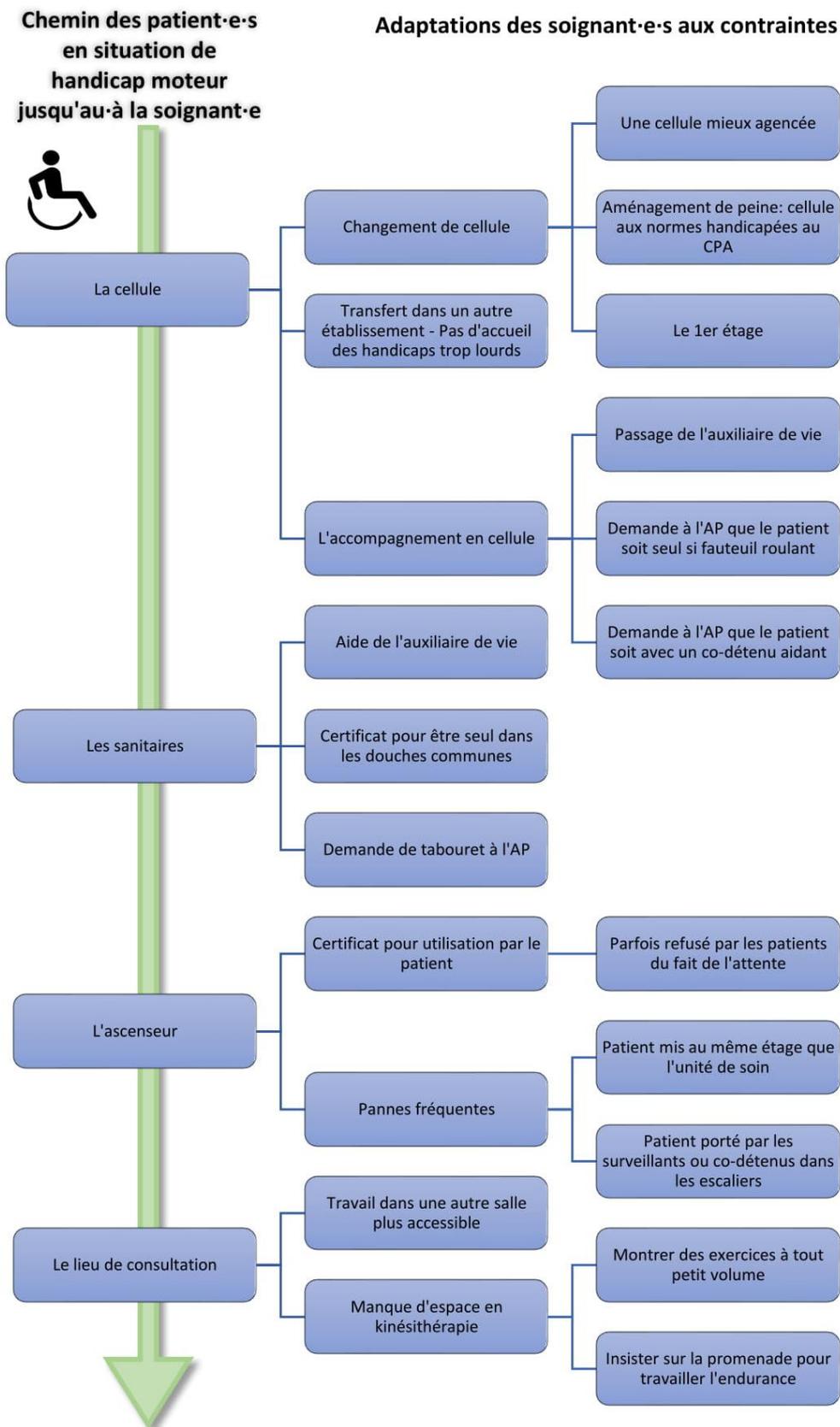
*F : moi je fais beaucoup de travail statique euh, des jambes, notamment, je me suis plus inspiré du yoga. T'as beaucoup d'exercices sur des petits volumes.*

Pour travailler la marche et l'endurance, la possibilité qu'il évoquait était d'inciter les patients à marcher le plus possible en promenade.

*F : dans la cellule c'est beaucoup trop compliqué de travailler l'endurance dans la cellule.*

*F : Et après euh, moi je leur conseille beaucoup tout ce qui était ...'fin le monsieur je lui conseillais beaucoup le cardio, donc là c'était la marche en promenade...*

## Synthèse des résultats concernant l'inadaptation des infrastructures :



**De la cellule au lieu de consultation : résumé des adaptations des soignant·e-s aux locaux dans la prise en charge des patient·e-s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan**

#### 2.3.3.3.4. Le matériel

##### 2.3.3.3.4.1. L'accès au matériel de travail

Trois soignant·e·s ont signalé avoir peu de matériel de travail ou des difficultés à en obtenir.

*F : ça ... ça manque un peu de matériel... une peu de ... ouais de matériel d'un endroit pour faire des exercices un peu plus adaptés.*

*-F : C'est sûr que c'est pas le cabinet de kiné qui fait rêver mes confrères j' pense...c'est une table...*

*-M : D'accord et qu'est-ce qui faudrait de... de plus ?*

*-F : Plus de place, plus de matériel euh...voilà, parce que là c'est une salle de consultation de médecins en fait avec une table, un bureau, une table.*

Elle rapportait devoir utiliser son propre matériel et attendre de pouvoir utiliser l'argent de l'USDSP pour acheter du nouveau matériel

*I : alors après, pour les préhensions fines je fais vraiment... j'me démerde...j'ramène des trucs mais, c'est vrai que si je veux travailler quelque chose d'un peu plus précis, donc pour l'instant je fais avec les ballons, les balles de tennis, je fais avec le matériel qu'il y a. Là ça fait 3 mois que j'attends la carte bleue du service pour récupérer des choses.*

*I : alors c'est con mais j'ai ramené ... pour la préhension fine des.... J'ai ramené des morceaux de laine de chez moi, j'ai ramené des morceaux de tissu de ma grand-mère, avec différents types, rugueux pas rugueux et tout le reste...*

Le retour du linge de la laverie du CP était considéré comme lent par l'auxiliaire de vie. Lorsque les détenus ont peu de linge personnel ceux-ci doivent faire une partie de leur lessive à la main. C'est l'auxiliaire de vie qui s'occupe de cette tâche pour certains patients dont elle s'occupe. Celle-ci racontait les astuces utilisées pour s'adapter à ce manque de matériel de toilette et de linge :

*E : ben ils en ont un quand ils rentrent, mais quand les visites ont toujours pas été autorisées et que ça fait 6 mois qu'il est là, le gant de toilette il est déchiré hein. (Rire et soupir). Tous les jours c'est le même hein.*

*E : Mais bon, faut qu'ils aient beaucoup de linge. Parce que ça peut mettre 1 semaine comme 10 jours comme 15 jours. Donc pour l'instant celui-là que j'ai, il a pas assez de linge, donc j'essaie de récupérer à la fouille de temps en temps un slip des chaussettes euh...*

*E : Bah, c'est là que quand y a les détenus qui arrivent... quand la police les apporte ils les emmènent à la fouille, je sais pas, j'sais pas c'qu'ils font la d'dans, mais je sais qu'on peut chercher des fringues ! J'l'ai appris. (...) Donc avoir un gant de toilette, une serviette, des habits, pour qu'il puisse se changer. Pour eux c'est déjà beaucoup, hein.*

L'ergothérapeute a rapporté avoir de grosses difficultés à faire rentrer des outils comme des clefs anglaises pour réparer ou régler des fauteuils à la taille des patients handicapés moteur, du fait de la contrainte sécuritaire.

#### 2.3.3.3.4.2. Les aides techniques

Se fournir avec du matériel relevant du grand appareillage ne pose pas de difficultés particulières aux soignant-e-s.

*B : On peut faire un lien avec des partenaires qui vont être euh, ceux qui vont s'occuper d'une prothèse (...) en fait les prestataires on les appelle ou c'est ma cadre qui le fait, on relaie l'information, euh selon, euh, soit c'était le patient, on reprend les prestataires qu'ils avaient en fait... et du coup c'est la continuité...*

*H : et là, on les contacte et il peut y avoir des consultations sur l'unité sans difficulté.*

Deux soignantes disaient avoir à disposition plusieurs types d'aides techniques sur la détention comme les cannes anglaises, et les déambulateurs.

*B : On peut prêter du matériel (...) euh s'ils ont besoin de béquilles (...) ... donc après nous on s'occupe de proposer tout ce matériel là...*

*H : Non déambulateur j'en ai, j'en ai en stock.*

Pour d'autres types d'aides techniques, la cadre disait avoir recours aux services économiques du CHU et à un réseau de professionnels.

*H : J'arrive par des réseaux à me faire dépanner des fauteuils euh, par le CHU.*

*H : et quand j'ai besoin d'un 3<sup>ème</sup> fauteuil je sollicite les services économiques, et j'arrive à avoir des fauteuils, pas de 1<sup>ère</sup> main mais des fauteuils corrects quoi. Qu'il y ait des freins, qu'il y ait des pneus... qui sont gonflés, tout ça. J'arrive à trouver*

D'autres types de matériels sont plus difficiles à obtenir selon l'ergothérapeute comme le renouvellement des coussins de fauteuil ou des couverts adaptés.

*I : Même tu vois sur les coussins, même les coussins de l'UCSA, sur les fauteuils roulants de l'UCSA, pareil...on peut pas les faire rentrer non plus. Parce que c'est un peu le bordel, mais les coussins en mousse ou anti-escarre ou les trucs comme ça, parce qu'on en a quelques-uns qui bougent pas de leur fauteuil roulant de la journée quoi. A part pour se remettre au lit. Et euh, ça aussi... (...) 'Fin j'crois que j'ai jamais vu un coussin anti-escarre ou un coussin pour fauteuil roulant depuis que je travaille là-bas.*

*-I : Bon tout con, pour les personnes qui ont une limitation du bras et tout le reste, donc couteaux, fourchettes, ça pourrait être bien tu vois des trucs comme ça.*

*-M : D'accord, et là y a des patients qui pourraient... mieux... manger avec des fourchettes adaptées ?*

*-I : Oui. Ouais. Ouais j'pense que certains galèrent, hein. Ouais.*

Une certaine lenteur d'obtention des aides matérielles était relevée par la cadre et l'ergothérapeute. (Cf. La temporalité)

Une attention particulière est portée sur le mésusage éventuel et la dangerosité des aides techniques. L'importance de la traçabilité du matériel prêté a été relevée par la cadre de santé. Les mésusages peuvent poser des difficultés à l'AP selon la cadre de l'USDSS.

*H : Alors après, tout le matériel qui rentre en détention, mais c'est pas notre rôle hein... des fois peut être pris pour un mésusage. J'entends : on s'est aperçu que des cannes anglaises, dedans on pouvait y mettre des choses. Mais après c'est pas de notre fait.*

*H : Ils peuvent y mettre une arme, ils peuvent y mettre des produits stupéfiants (...) ça a déjà posé problème à l'administration pénitentiaire qui des fois nous le font remonter. (...) Ils ont trouvé des choses oui (plus bas) puis ça peut servir d'arme. Ça veut dire que concrètement quand la personne elle a une entorse avec les cannes anglaises mais elle est ultra violente, et finalement ces cannes anglaises, ben on va être vigilants à les lui donner et si y en a besoin, le tenter. Mais quand ça va aller mieux et que y aura plus besoin, les récupérer assez rapidement, et les tracer aussi, pour pas qu'on se retrouve à avoir du matériel j'dirais dangereux qui pourrait ... (rires)*

*I : tu as dû le voir Monsieur B là... notre barbu avec ses béquilles... (...) Qui était là pour avoir essayé de buter un mec avec un coup de béquille. Non ça te dit rien ?*

Certains types d'aides techniques ou d'aménagement sont également difficiles à mettre en place du fait des critères de sécurité et du risque de vol.

*H : Mais en priorité, y a ce côté sécuritaire. C'est-à-dire que... en prison (inintelligible), je vais mettre des barres je vais... sceller euh... c'est très particulier. Parce que ces barres, ben le jour ou y a pas une personne qui est à mobilité réduite, elle va se retrouver à vouloir ouvrir, ça peut faire une arme... donc y a toute une palette juridique qui fait que nous, on pourrait pas euh... voilà. Mettre les choses actuellement en place. (...) y a du matériel spécifique qui peuvent être compatibles avec la détention ou pas, c'est-à-dire que ... un système de rampe, par exemple, euh... faut qu'elle ait aussi ses critères de sécurité.*

*-I : (...) Alors y a la contrainte sécuritaire mais y a aussi la question du vol.*

*-M : Comment ça ?*

*-I : Ben tu prends un coussin, plus top (inintelligible) pour quelqu'un et tout le reste, euh... pour une assise au fauteuil roulant... ben on sait jamais hein...*

*-M : Il risque de se le faire voler ?*

*-I : Ouais, qu'un surveillant ou un autre détenu... puisse le voler hein. C'est tout bête hein.*

*-M : On lui donne pas par peur qu'il se le fasse voler...*

*-I : C'est ça, ouais. Je pense que y a une appréhension là-dessus.*

La question du financement des aides techniques et des aménagements a été évoquée par plusieurs soignantes dont la cadre, et sera développée dans la partie suivante.

### 2.3.3.3.5. Le financement des aides

Plusieurs soignantes ont évoqué les difficultés de financement des aides, et l'absence de leur prise en charge par l'administration pénitentiaire, bien que cela fasse partie de leurs missions.

*A : ils limitent leur coût, donc y a pas de ligne budgétaire pour ça. (...) avant l'administration pénitentiaire avait une enveloppe pour rembourser, en fait la partie euh, prestation complémentaire (...) seulement depuis euh 2 ans, c'est passé sous euh, c'est la sécurité sociale qui rembourse, et qui se retourne au niveau national, vers l'administration pénitentiaire, pour récupérer la part complémentaire. Donc du coup ils ont plus de budget propre à ... pour la santé et du coup on a plus les financements pour euh, ils arrivaient à avoir des petits financements sur les auxiliaires de vie ce qui n'a pas été pris en compte. Donc c'est toujours, très problématique ...*

*C : c'est que des histoires de sous quoi... Quand je suis arrivée y a 4 ans, ils finançaient, sans discuter de... j'pense qu'ils avaient un budget dit « santé », pour le financement des auxiliaires de vie, qu'ils ont perdu, pour des raisons qui m'échappent.*

*H : En termes de budget ils ont pas de prestation et pas de budget pour.*

*H : Et le guide méthodologique nous dit bien que l'administration pénitentiaire doit mettre en place euh... je dirais euh, avec les associations euh...bah ... cette prise en charge là. Le soin à domicile ouais. Donc c'est un peu complexe. Un peu complexe.*

Elles ont également signalé que le budget hospitalier ne peut pas être utilisé pour les prestations d'aides matérielles ou humaines.

*A : Et sinon après c'est prendre sur le budget hospitalier mais euh, c'est pareil ! Le budget hospitalier, nous on a un budget qui est fait pour le fonctionnement de l'unité sanitaire...mais qui est restreint... ils visent plutôt à le réduire, qu'à l'augmenter, donc euh...*

*H : de toute manière nous l'hôpital on est prestataire d'une consultation, c'est comme si on était en ... libéral... on a pas les budgets pour ... (...) On est pas une unité où on pourrait dire « j'vais faire la toilette » euh, les infirmiers et tout ça. On est exclusivement, sur une gestion de consultation, gestion de l'urgence, gestion de la prévention, éducation thérapeutique... (...) mais en aucun cas on ne peut euh... avoir des vacances, de... d'aide toilette.*

Les soignant·e·s comptent beaucoup sur le travail de l'assistante sociale de l'USDSS afin d'obtenir le financement des aides.

*A : on fait le point avec l'assistante sociale pour voir s'il y a besoin d'aides complémentaires, comment elles peuvent être financées*

*B : si y a besoin de faire des demandes particulières, de financement euh, d'aide euh, au handicap etc., c'est aussi... on travaille avec notre assistante sociale*

*G : Et puis que ce soit plus facile de mettre en place des aides euh... Après les assistantes sociales elles font aussi un boulot de...de fou et généralement c'est assez rapide.*

*J : c'est plus l'assistante sociale qui s'occupe des problématiques là, d'accès aux droits euh... pour les aides à domicile.*

Le financement passe alors par l'ouverture et la reconduction de droits sociaux, demandés surtout à la MDPH. C'est alors le département qui finance les aides.

*C : quand quelqu'un a un droit il faut faire valoir ce droit...*

*C : ... quelqu'un qui serait euh en situation d'emploi, même avec son handicap moteur, il perd ses ressources. Selon la détention... 'fin s'il est condamné, prévenu, enfin tout ça vient... enfin s'il a pris 25 ans, il sera plus en situation d'emploi... qu'est-ce qu'on peut étudier comme autre droit, pour lui permettre de vivre... en détention...avec son handicap. (...) Des couvertures maladie euh, une complémentaire, est-ce qu'il avait une mutuelle, pas de mutuelle...*

*C : En général les gens arrivent, les droits sont déjà là, il faut juste les réactualiser...*

C'est surtout lorsque le-la patient-e en situation de handicap n'a aucun droit ouvert que le financement et l'accès aux aides sont compliqués. Dans ce cas-là il faut attendre que la procédure soit lancée avant que les auxiliaires de vie puissent venir, avec des délais parfois importants (Cf. La temporalité) d'après l'assistante sociale.

*C : En détention, y a besoin... d'aides, et y avait aucun droit. (...) j'ai lancé une demande de PCH en urgence, mais ça veut dire pour lancer une demande de droits en urgence il faut récupérer des documents... (...) Une PCH en urgence elle va mettre, euh, minimum 4 mois. Pas d'urgence là tu vois.*

*C : A partir du moment où euh, j'ai fait la demande de prestation compensatrice de handicap, en urgence, des auxiliaires de vie sont intervenues, en détention, sans être sûres, que la prestation allait être accordée, (...) finalement, euh, sans aucune... garantie, avec l'accord de la MDPH.*

Les autres situations les plus problématiques sont les cas de handicap temporaire (traumatologie) ne permettant pas l'ouverture de droits en lien avec le handicap.

*A : c'est par exemple quelqu'un qui va se casser une jambe...alors il est pas handicapé euh sur du long terme mais il est handicapé à court terme et ça, ça pose vraiment des problématiques parce que euh, bah on a pas d'aides adaptées, il faut des financements, c'est pas des patients qui vont relever de l'Allocation Adulte Handicapé, qui sont trop jeunes pour avoir les (inintelligible) du Conseil Général...donc voilà il va falloir...enfin il faudrait des auxiliaires de vie et des aides, mais c'est pas possible, l'administration pénitentiaire ne finance pas...*

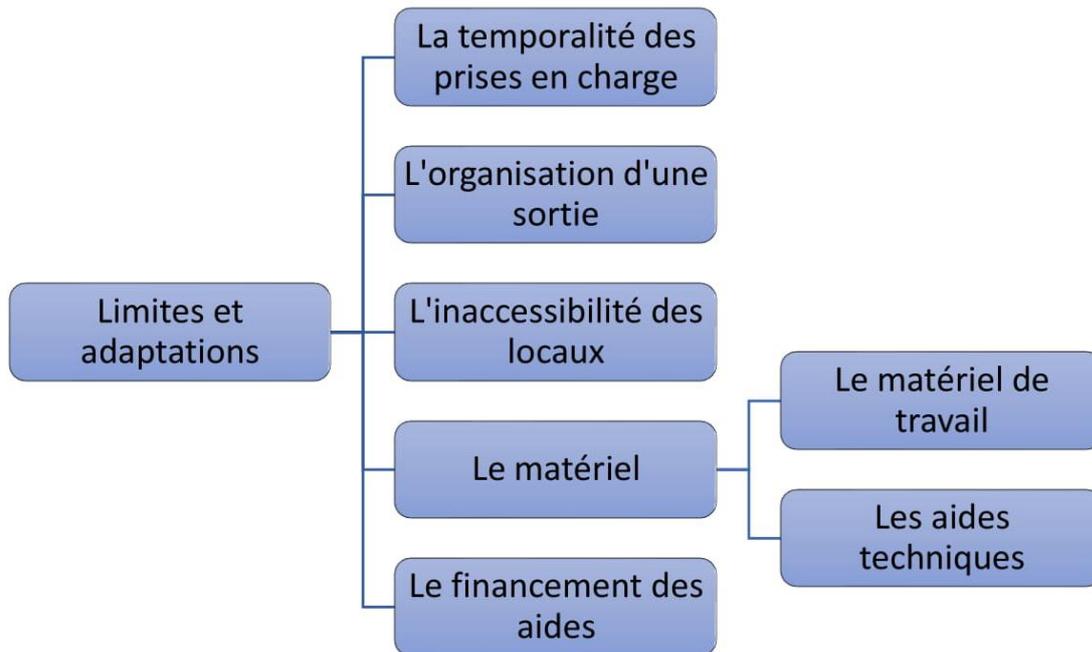
*H : Mais quand on a des prises en charge ponctuelles, c'est-à-dire une dépendance, la personne va se faire hospitaliser, elle va avoir une chirurgie, elle va avoir un handicap moteur pour un temps donné, (...) et là c'est plus compliqué parce que l'administration pénitentiaire... ça ... ça va être compliqué pour avoir une aide, pour avoir des soins, pour aide à la toilette... des choses comme ça. En termes de budget.*

Ces situations sont discutées en Commission Pluridisciplinaire Unique selon la cadre. Elle relevait la nécessité, pour les professionnel-le-s de santé, de « pousser » l'administration pénitentiaire à jouer son rôle dans le financement des aides pour la prise en charge des détenu-e-s en situation de handicap moteur, mais sans forcément y parvenir.

H : nous on pousse l'administration à faire son rôle je dirais et lors des commissions de santé quand il y a des problématiques on les soulève (...) on discute avec le responsable de l'unité, le cadre de santé, euh le responsable financier de l'AP et le directeur de l'AP, et cas par cas on en parle sur des commissions, euh sur les difficultés.

H : Euh ils disent qu'ils ont pas les moyens financièrement. Donc c'est... à nous à... essayer de... cas par cas de trouver vite la solution.

#### 2.3.3.3.6. Synthèse des limites et adaptations



**Schéma résumant les différentes limites et adaptations caractérisant l'exercice des soignant·e·s dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan**

#### 2.3.3.4. Le ressenti des soignant·e·s

##### 2.3.3.4.1. Le ressenti concernant les prises en charge

###### 2.3.3.4.1.1. Des ressentis différents sur la fréquence de prise en charge

Le ressenti concernant la fréquence de prise en charge des personnes en situation de handicap moteur ou en perte d'autonomie était différent selon les soignant·e·s interrogé·e·s.

J : après les personnes vraiment en situation de handicap on a pas tant que ça.

A : Oui .... mais c'est plutôt rare, on en a pas souvent.

H : y en a plein, mais y en a plein au quotidien... hein

E : Bah toute la semaine, on peut avoir, 1 détenu, 2 détenus, 3 détenus, 4 détenus dans la journée

#### 2.3.3.4.1.2. Ressentis négatifs

Plusieurs soignantes ont évoqué un sentiment d'impuissance face à la contrainte pénitentiaire. L'ergothérapeute se sentait également impuissante face au manque de matériel et à la lenteur administrative pour en obtenir.

*B : on a pas de stratégie pour le bâtiment et l'architecture et ni la... la discipline (...) pénitentiaire, c'est-à-dire les règles... les règles fixées, de sortie, de rentrée, euh, du temps qu'ils peuvent passer seuls dans leur cellule, euh, le fait euh, de pas avoir d'aide par leur famille à ce moment-là, euh, 'fin, ils sont seuls, avec leur handicap, à devoir le gérer, donc soit on peut adapter avec juste de l'aide, euh... on est juste là en relai de, on est juste là en alerte en fait, euh ... du moment où ça ne peut... plus...bien se passer, euh...humainement pour la personne.*

*D : si j'ai des difficultés où je me sens un peu, euh, prisonnière, de la pénitentiaire, ben je peux pas faire grand-chose, j'ai pas beaucoup de pouvoir par rapport à ça.*

*-I : Je prends mon mal en patience. Sinon je me bats contre des moulins à vent et je m'épuise pour rien. (...)*

*-M : C'est qui euh... les moulins à vent ?*

*-I : Ben un peu l'administration, le manque de matériel euh...la lenteur aussi...*

Plusieurs professionnel·le·s ont raconté avoir un sentiment de frustration. Celui-ci peut être dû au refus par le patient des aides proposées.

*A : Voilà c'est frustrant, quand, je pense pour un soignant, de voir que son patient veut pas aller où il veut, mais il faut aussi savoir respecter les choix.*

*C : voilà donc c'est qu'est-ce que tu peux finalement de ta place d'assistante sociale, quand tu repères un besoin évident ... pour la personne euh... un besoin fondamental quoi. Permettre de te déplacer, d'assurer ton quotidien a minima en toute sécurité etc., et la personne elle te dit « non ».*

Le kinésithérapeute évoquait une frustration par rapport au manque de matériel et l'absence de local adapté pour effectuer ses prises en charge.

*F : Mais après euh, si, des fois euh, la frustration elle est un peu par rapport aux prises en charge qui sont un peu euh... ça ... ça manque un peu de matériel... un peu de ... ouais de matériel d'un endroit pour faire des exercices un peu plus adaptés.*

L'infirmière de l'USDSP évoquait un sentiment de frustration à l'idée que son patient retourne à la rue et rompe avec les soins lors de sa sortie de prison prévue prochainement.

*D : C'est, c'est... c'est extrêmement frustrant, c'est frustrant parce que tu ... parce que t'as le sentiment de... bah de tout mettre en place, parce qu'il est avec nous... il est encadré par les murs, forcément, et il est hyper cadré par les... les soins. Euh mais tu sais qu'à l'extérieur, euh...oui tu le sais, ça va lâcher quoi. Ça va lâcher, parce que c'est une consommateur de toxique... qui boit, et du coup euh... bah la rue euh.*

Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute ont tous les deux signalé avoir le sentiment que les prises en charge de certains patients étaient trop légères ou inadaptées par rapport à leurs besoins.

*F : c'est ce qu'on offre des fois ça paraît un peu léger face à la gravité de ce qu'on peut rencontrer. Puisqu'on est quand même sur des patients qui nécessitent des centres de rééducation plutôt. (...) où tous les jours tu vas en rééducation, où tous les jours tu fais de la rééducation...*

*I : on l'a récupéré dès qu'il sortait du coma et dès que les greffes ont été faites donc, euh... tout le suivi... euh, de rééducateur... de rééducation par rapport à ... la prise en charge de ses brûlures il a pas eu quoi. C'est...une fois qu'il est sorti du coma et qu'il a eu un peu de récupération, eh ben... ils l'ont renvoyé en détention. Il a pas eu de suivi euh... voilà. Il a pas eu toute la prise en charge qu'il fallait pour les brûlés après.*

On observait également dans les entretiens de ces 2 mêmes soignant·e·s une forme de résignation au manque de moyens matériels pour le travail ou pour le patient.

*F : Euh ça pourrait être euh... des appareils pour la douleur, plus performants, type euh, Tens, etc., mais surtout des appareils plus performants. Ça pourrait être euh, une plateforme instable par exemple. Pour travailler l'équilibre, c'est hyper intéressant. Mais bon faut pas rêver hein.*

*I : Euh... ... Alors c'est vrai que j'ai tellement fait mon deuil de l'aide technique...*

*I : La lenteur administrative quoi tu vois, tu demandes un truc ça peut prendre euh... soit ça peut aller très vite, soit ça peut prendre des semaines pour avoir un truc (...) Euh... j'ai arrêté hein. Y a des trucs j'ai arrêté.*

#### 2.3.3.4.1.3. Entre débrouille et bagarre

Quatre professionnelles ont évoqué devoir se débrouiller, et trouver par leur propres moyens des solutions pour améliorer les prises en charge et les conditions de vie des patient·e·s en situation de handicap moteur.

*I : alors après, pour les préhensions fines je fais vraiment... j'me démerde...j'ramène des trucs (...) ... j'bricole beaucoup quoi.*

La « débrouille » est évoquée de manière positive par la médecin et l'auxiliaire de vie, et est plutôt perçue négativement par l'IDE de l'USDSS.

*A : c'est pas parfait c'est sûr, c'est beaucoup de la débrouillardise, c'est beaucoup en fonction de la bonne volonté des gens, euh on essaie de faire au mieux...*

*E : il a pas assez de linge, donc j'essaie de récupérer à la fouille de temps en temps un slip des chaussettes euh... (...) je pleure beaucoup pour eux.*

*E : quand il est rentré il avait pas sa télécommande, donc il cherchait sa télécommande, j'me suis bagarrée pour qu'il ait sa télécommande, du coup j'ai réussi à lui avoir une nouvelle télécommande (rires).*

*B : pour les handicapés, je trouve, c'est plus compliqué parce que, donc du coup il faut essayer, de, de... de faire du palliatif d'adaptation à ... à leur handicap, dans un milieu qui n'est pas fait pour ça du tout.*

#### 2.3.3.4.1.4. Ressentis positifs

Les témoignages de ressentis positifs vis-à-vis des prises en charge étaient moins nombreux que les négatifs. Les soignant·e·s ont relevé plusieurs types de bénéfices perçus de leurs prises en charge.

La satisfaction de faire gagner de l'autonomie aux patients en situation de handicap, était relevée par 2 soignant·e·s.

*A : il faut les accompagner. (...) au départ être avec eux puis après les autonomiser au fur et à mesure (...) ils reprennent un peu, euh... leur destin en main etc., et pour certains bah, c'est positif.*

*F : Et positif euh, le monsieur qui était amputé euh, à force d'aller le voir régulièrement il s'était quand même discipliné à travailler un peu plus, et donc à gagner un peu en autonomie, un peu plus d'endurance. Et ça c'était bien passé...*

Plusieurs professionnelles ont également parlé de la satisfaction de remettre un·e patient·e en situation de précarité dans une démarche de soins.

*A : y a des choses aussi qu'on fait mieux. Pourquoi, parce que, bah y a des patients à l'extérieur, et bah on les verra pas ou euh, parce qu'il iront pas, ils iront pas dans la démarche de soins, dans la démarche de prise en charge etc. et que finalement, ici bah on arrive à, puis bon c'est une population, c'est assez précaire hein !*

*B : si c'est quelqu'un qui est sorti complètement du soin, euh... qui est handicapé, qui est ... euh... voilà, qui est exclu du soin, exclu euh... d'une vie sociale, exclue euh... d'un domicile... etc. effectivement on peut euh... profiter de cette incarcération, même si je sais pas si on peut dire « profiter », pour effectivement, le remettre dans le soin, euh... voir avec lui... lancer peut-être des dossiers euh, de CMU-c...euh*

*C : Une obtention de droits certes, ça reste positif malgré tout.*

L'auxiliaire de vie était la seule professionnelle à avoir un vécu exclusivement positif de ses prises en charge, avec une satisfaction particulière à pouvoir obtenir des choses pour le confort des patients.

*E : ... moi j'suis contente moi. (...) Puis quand j'arrive à avoir quelque chose euh... (...) pour les aider euh... dans, dans leur vie, euh, j'suis contente. J'me dis « j'ai quand même réussi à ... »*

Plusieurs soignant·e·s ont évoqué une satisfaction vis-à-vis de leur relation avec des patients, ou de l'amélioration de celle-ci au fur et à mesure de la prise en charge.

*A : au début pour lui c'était compliqué il était très revendicatif etc., puis finalement au fur et à mesure, ça s'est détendu hein.*

*E : on plaisante beaucoup, (...). Puis bon, des fois j'lui dis « mais arrêtez de m'appeler "mémé" j'ai un prénom » (...) on a beaucoup de connivence entre nous.*

L'ergothérapeute a relaté le cas d'un patient pour lequel une alliance thérapeutique forte a permis une amélioration dans d'autres aspects de sa vie, comme l'éducation ou encore une réflexion sur le motif d'incarcération.

*I : Donc il a commencé à plus avoir mal. (...) Donc là il y a un sentiment de confiance qui s'est mis en place. (...) alors je lui dis « maintenant vous avez du mal à lire et à écrire et bah on y va on fait du scrabble, on y va ! ». (...) il s'est mis à lire des bouquins, donc il s'est rendu compte que ben finalement il était pas si mauvais que ça en français (...) je l'ai revu aujourd'hui, il commence à me dire « j'commence à réfléchir sur moi-même » à élaborer, « j'commence à me dire que j'peux pas me pardonner euh... c'que j'ai fait », par rapport aux victimes et tout (...) et maintenant il veut passer son brevet voir même il pense au Bac. Alors que c'est quelqu'un qui a été en ITEP euh... une grande partie de sa scolarité.*

Trois professionnel·le·s estimaient que les patients étaient contents de recevoir de l'aide de leur part.

*E : ils sont contents (...) Ils voient qu'on va dans le même sens qu'eux. Qu'on est là pour eux (...) qu'on est là pour les aider.*

*F : les gens sont plutôt demandeurs et contents d'avoir des séances de kiné.*

*G : quand on arrive à leur mettre en place des aides, qui sont pérennes on va dire, régulières, oui y a quand même un retour positif de la part de ces patients qui sont quand même satisfaits.*

#### 2.3.3.4.2. Des ressentis différents pour un même patient

Les soignant·e·s n'avaient pas forcément le même regard sur les prises en charge. Notamment dans le cas d'un patient amputé des deux jambes dans le cadre d'une artériopathie sévère, appareillé avec 2 prothèses, diabétique, dialysé, porteur d'une cardiopathie, dont la cellule était au Centre pour Peine Aménagée.

Le ressenti de l'âge du patient n'était pas forcément le même.

*C : Lui était pas vraiment âgé, mais ... 65... 60 quand je l'ai connu, 65 quand il est parti...*

*J : Il en avait ...76...77 ans. Un truc comme ça.*

Ses conditions de vie au sein de la prison étaient perçues de manière positive ou négative selon le·la professionnel·le interrogé·e.

*A : l'un dans l'autre... bon...ssss...pffff, ça aurait pas dû hein ! Mais en fait la pratique a fait que finalement pour lui, il était pas mal, il avait de la compagnie, euh il était la mascotte du CPA, euh il a pas été malheureux pendant ce temps-là donc euh...il avait pas de famille euh... (...) qui voulait vraiment euh, à l'extérieur donc finalement ...*

*E : on s'entendait très très bien, lui il voulait m'emmener à Dubaï. Il m'faisait rire quoi*

*J : L'assistante sociale était dans une impasse avec lui (...) on l'a vu quand même se dégrader au fil des mois, même des années parce que ça faisait très longtemps qu'il était là. Et...ouais c'était une situation de handicap en détention qui n'était pas du tout du tout adaptée quoi...ce monsieur n'avait rien à faire dans cette structure...*

*F : du coup on essayait de caler un peu pour pas que ça retombe le jour de la dialyse. Parce que là, il était vraiment trop fatigué pour faire des efforts hein.*

Enfin, les éléments entourant la fin de son séjour en prison faisaient l'objet de ressentis différents.

*B : il s'altérait de plus en plus, euh...Et donc du coup y a eu une demande, euh, avant sa fin de peine, euh, de relais, il est parti en ... en long séjour. (...) Où il est décédé, une semaine après.*

*A : Malheureusement il est mort ! Le x décembre. Mais...dans son lit, apparemment c'était très bien, on était allé voir...visiter la structure avec lui on avait fait euh toutes les démarches, apparemment d'après le médecin de là-bas il s'y était bien fait, il se promenait... il était allé chercher des langoustines... (rires)*

*C : Euh... oui ! Si ! Positif pour ce monsieur pour qui on a pu travailler une sortie finalement au bout de 4 ans. C'est rare. Concomitant, à la sortie de prison.*

### 2.3.3.4.3. Le regard des soignant·e·s sur les conditions de vie des patient·e·s

#### 2.3.3.4.3.1. L'aggravation du handicap

Plusieurs soignantes ont relaté comment l'incarcération peut être source d'aggravation du handicap moteur pour les patient·e·s.

Une déficience déjà présente peut s'accroître du fait de la sédentarité et de l'enfermement dans un espace clos. On peut également voir une augmentation des problèmes de santé liée à l'attente dans cet environnement selon une médecin.

*C : De marche, euh, qui se sont majorés en détention, de par la sédentarité, mais euh **force 1000**...*

*G : ça altère quand même, parce que... dans un espace clos comme ça euh...*

*A : le plus dur, c'est l'attente. Bah c'est ça ici, quand ils sont dans l'attente, bah ça génère des angoisses, des troubles somatiques, psychiatriques etc., aussi associés...*

Les personnes âgées sont les plus touchées par cette aggravation selon l'assistante sociale.

*C : donc y a une perte, quand même d'autonomie qui... arrive assez rapidement, surtout sur les personnes les plus âgées...*

La perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne peut être créée ou aggravée du fait d'une inadaptation des locaux à l'accueil des personnes handicapées, et la perte des aidants familiaux.

*B : Puisque rien n'est prêt, il n'y a pas de cellule handicapée, il n'y a pas de douche accessible, il n'y a pas de... d'autonomie possible, pour les gens qui sont euh, avec un handicap... moteur.*

*C : il peut arriver qu'en prison on arrive avec aucun besoin et que la prison mette en avant, euh, des besoins, non repérés, à domicile, parce que, parce qu'à domicile ça s'organise euh autrement. (...) La dame (...) vivait son quotidien, entourée de sa famille (...) Et sauf qu'en détention y a plus de famille. En détention, y a besoin... d'aides...*

*B : sa sœur l'aidait dans les tâches où il avait du mal (...). Le problème c'est que là lors de l'incarcération y a plus sa sœur.*

#### 2.3.3.4.3.2. Entre isolement et promiscuité

La perte du lien familial n'est pas seulement la cause d'une perte d'autonomie mais également d'un isolement important qui se rajoute aux autres privations, selon plusieurs personnes interrogées.

*C : y a quand même un... un isolement. Un isolement par la détention.*

*E : Le problème c'est qu'il a pas eu le droit de voir sa famille, depuis qu'il est rentré (...) mais ils ont le droit de téléphoner. Donc déjà ça lui fait du bien de pouvoir téléphoner, et avoir sa famille quoi.*

*B : normalement la prison n'est que pour la privation de liberté et pas pour la privation de liens sociaux*

L'isolement en cellule peut être aggravé par les pannes d'ascenseurs (Cf. L'ascenseur) du fait de l'impossibilité d'accès au parloir, aux activités et à la promenade.

Paradoxalement, plusieurs soignantes ont relevé un manque d'intimité et de sécurité de ces patients vulnérables vis-à-vis des autres détenus.

*C : Et isolement quand t'es handicapé... tu peux être le souffre-douleur, en détention...*

*D : du coup il va pas en promenade, parce qu'il serait... (...) racketté, il se ferait peut-être même maltraiter*

*I : On avait eu un p'tit papi, Parkinsonien. Bah il pouvait pas se déplacer il était en train de trembler tout le temps et les autres ils se moquaient de lui donc ... l'intimité pour les douches collectives pour un patient qui a un handicap moteur... euh... c'est pas terrible non plus quoi.*

Ces témoignages sur l'isolement et le manque de sécurité des détenus en situation de handicap moteur, sont mis en opposition par des témoignages d'entraide par les codétenus. Avec parfois une solidarité et une attention particulière liées au statut de personne handicapée ou vulnérable.

*A : après c'est aussi des aides qui se font, y a une forme euh... de ... d'entraide quand même dans le milieu carcéral !*

*E : Et tous les détenus l'aident beaucoup (...) le week-end, ben, ils l'aident à nettoyer sa cellule, (...) ils vont lui faire son lit (...). P'tet le fait qu'il ait un handicap moteur ! C'est le p'tit chouchou ! (...) ils viennent le voir souvent pour voir comment il va, par rapport à sa maladie, euh...*

#### 2.3.3.4.3.3. “La double peine”

Plusieurs soignant·e·s ont exprimé un sentiment négatif vis-à-vis des conditions d'accueil des détenu·e·s en situation de handicap moteur.

*B : c'est plutôt le vécu, euh, d'être emprisonné qui est souvent, euh, plus relayé (...) ce qui est compliqué c'est qu'ils sont quand même relativement seuls, ils sont 22h/24 seuls en cellule...*

*I : j'sais pas si t'as déjà maté les cellules handicapés (du quartier mineur) ... c'est honteux.*

*G : Non j'suis pas satisfaite de l'accessibilité, de... de surtout les conditions de vie dans leur cellule en fait.*

Certain·e·s ont décrit l'âge et la dégradation de l'établissement, qui aggravent ces conditions de vie.

*G : C'est vétuste. C'est petit. C'est sale. Et... ouais les fenêtres qui sont cassées.*

*J : Et euh... c'est pas normal que les patients... en situation de handicap doivent subir des... des problèmes euh, (...) ... d'insalubrité...*

*E : C'est **vieux**. Ça date de 1960.*

Deux soignant·e·s trouvaient que les conditions de vie étaient peu ou non appropriées pour les détenu·e·s valides.

*J : Après c'est pas normal non plus pour ceux qui sont pas en situation de handicap. J'veux dire euh... les cellules sont adaptées pour personne quoi.*

*G : C'est tellement difficile de vivre l'incarcération, handicap moteur ou pas, que bon quand on arrive à leur mettre des aides (...) 'fin c'est les conditions qui sont difficiles quoi.*

Plusieurs soignantes ont décrit les conditions de vie comme inhumaines pour les patient·e·s handicapé·e·s moteur, ou avoir un devoir d'alerte sur ces conditions de vie.

*C : Après humainement il est pas possible, euh... enfin déjà 20 jours ! 21 jours sans se doucher mais, je lui aurais pété la cellule moi à sa place (...) Ah mais c'est horrible, 'fin tu... t'es pas considéré... (...) On t'écoute pas, on t'entends pas...*

*I : t'imagines faut se déshabiller se rhabiller, euh... aller dans les douches euh... se laver et tout le reste quand t'as des limitations... Non, c'est pas humain non plus.*

*A : notre rôle de soignant, c'est quand même, euh que... ben que ... de voir si les conditions ...euh... peuvent permettre à ce patient d'être dans des conditions humaines.*

Beaucoup de professionnel·le·s trouvaient qu'être incarcéré avec un handicap était plus difficile, l'une d'entre eux·elles utilisant le terme de “double peine” pour marquer cette complication.

*J : Beh c'est euh... de par l'incarcération les conditions sont vraiment pas idéales parce que être incarcéré avec un handicap moteur ça me paraît très compliqué au quotidien.*

*G : disons que, un handicap moteur, déjà dans une situation où tu es restreint sur une mobilité où euh... du coup c'est double peine en fait. D'être handicapé en prison.*

#### *2.3.3.4.4. Un espoir d'amélioration*

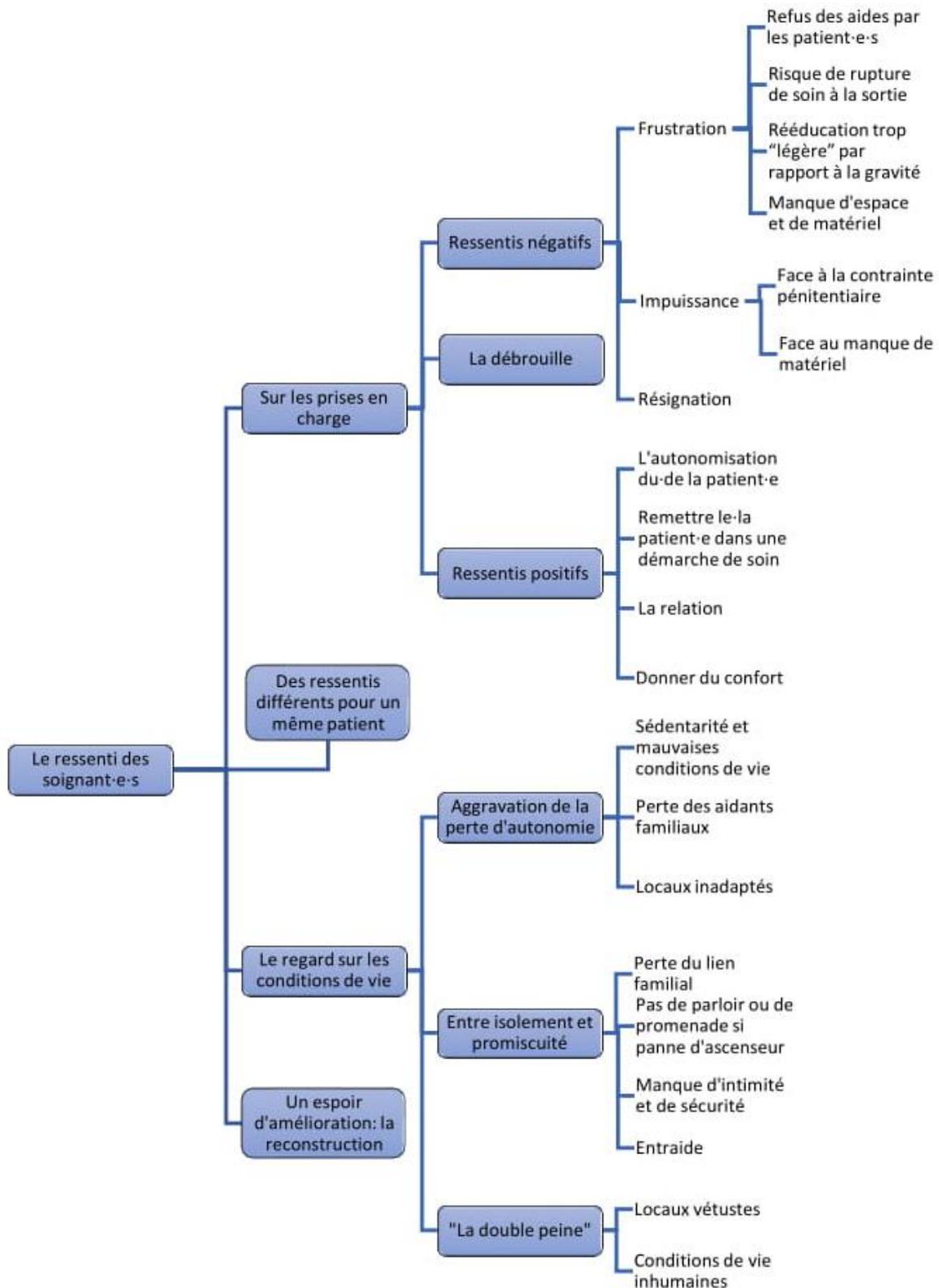
Plusieurs professionnel·le·s interrogé·e·s ont exprimé un espoir d'amélioration, avec le projet de reconstruction de l'établissement, avec parfois une forme d'empressement.

*I : pour l'instant c'est pas bien mais plus tard on va pouvoir euh... faire les choses proprement (...) j'me projette plus dans l'avenir où je vais pouvoir mieux faire.*

*J : maintenant c'est acté y a une nouvelle prison qui va être construite, et qui sera aux normes et ... qu'il était temps !*

*H : nos suggestions... elles vont se réaliser. Dans peu de temps. A savoir la reconstruction de la détention. Qui va permettre d'avoir des cellules euh... adaptées. Ne serait-ce que pour aller aux toilettes, ne serait-ce que ... des systèmes pour pouvoir ... s'asseoir, se maintenir ... ne serait-ce que sur la douche...*

2.3.3.4.5. *Synthèse des résultats concernant le ressenti*



**Schéma résumant les résultats sur le ressenti des personnes interrogées sur les prises en charge et les conditions de vies des patient·e·s en situation de handicap moteur**

### 2.3.3.5. Les propositions d'amélioration

Seule l'auxiliaire de vie trouvait qu'il n'y avait pas de nécessité d'amélioration des conditions de vie ou des prises en charge.

*E : Il y a beaucoup de choses qu'ils peuvent faire entre détenus donc euh... Puis y a beaucoup de visiteurs (...), ils ont quand même pas mal d'activités, ils peuvent apprendre les langues (...) y a la peinture... ils peuvent tout faire ! (...) je les vois pas si malheureux quoi. (...) y a un bibliothécaire, un détenu qui s'occupe euh des livres, qui leur apporte des livres...*

#### 2.3.3.5.1. Une meilleure adaptation du travail aux besoins

Le kinésithérapeute a signalé que les prises en charge pourraient être améliorées par l'augmentation du temps de travail sur les postes de kinésithérapie.

*F : ben mes suggestions ben ça serait plus de temps euh, de kiné en fait, tout simplement, au moins un temps plein pour couvrir la Maison d'Arrêt, ça serait pas du luxe.*

Un infirmier souhaitait qu'une meilleure communication se fasse entre les auxiliaires de vie et les IDE de l'USDSS.

*J : Peut-être plus de communication entre auxiliaire de vie, infirmiers, c'est vrai que j'trouve qu'on communique pas trop, alors y a un cahier... un cahier de liaison (...) c'est vrai qu'on communique par ce biais là mais 'fin ... c'est...on communique pas trop.*

L'assistante sociale a exprimé que la création d'un poste d'aide-soignante à temps plein au sein de l'USDSS pourrait être utile pour effectuer les soins aux personnes en situation de handicap moteur sur la détention. Ceci pourrait également améliorer la communication entre les actrices du soin à la personne et l'USDSS.

*C : dans le service, oui, on pourrait, imaginer avoir une... une aide-soignante qui euh, pourrait intervenir dans des situations un peu d'urgence, comme ça...*

Un recours aux associations pourrait être utile selon une médecin, pour venir aider les patient·e·s.

*A : Alors peut-être aussi faire plus de partenariat (...). Euh, peut-être aussi avec des associations. (...) Peut-être de venir voir...d'aider... (...) que ce soit avec l'APF ou avec d'autres grosses associations... extérieures.*

#### 2.3.3.5.2. L'amélioration de l'environnement

##### 2.3.3.5.2.1. Le lieu de vie : la cellule

7 soignant·e·s ont signalé l'importance de créer des cellules adaptées au handicap pour améliorer les conditions de vie des patient·e·s en situation de handicap moteur.

*E : mais il faudrait quand même que sur chaque étage, il y ait des cellules handicapées, euh des vraies cellules handicapées tu vois...*

*F : Parce que c'est leur lieu de vie où ils sont énormément, dans la journée, le week-end etc.*

*G : Eh ben qu'ils mettent vraiment des cellules dédiées aux handicapés. Et qu'on s'y tienne. (...) voilà qu'il y ait une douche dans la cellule...*

L'IDE de l'USDSP a relevé l'importance d'avoir des cellules aux normes sur chaque étage et de ne pas « parquer » les détenu·e·s en situation de handicap dans un quartier spécifique.

*E : Alors faudrait pas non plus stigmatiser les choses et avoir un quartier handicap moteur tu vois, parce que bon on peut pas faire ça, ça serait terrible de faire une chose pareille...*

#### 2.3.3.5.2.2. Améliorer la circulation

Plusieurs soignant·e·s se sont exprimé sur la nécessité d'une plus grande liberté de circulation des patient·e·s en situation de handicap moteur au sein de la détention. Ceci peut passer par l'adaptation des infrastructures de la prison au handicap.

*A : Bah déjà qu'il y ait une accessibilité. (...) qu'ils puissent en fait avoir accès à tous les lieux euh que ce soit pour aller aux activités, euh, que ce soit pour aller en promenade, qu'ils puissent se déplacer dans la détention seuls...*

2 soignant·e·s ont suggéré qu'une meilleure organisation des mouvements par l'administration pénitentiaire pourrait également améliorer la circulation des patient·e·s. Une soignante relevait la nécessité d'augmenter le nombre de surveillants pénitentiaires.

*F : Et... et puis que la circulation des patients se fasse mieux quand ils viennent me voir mais... (...) ça c'est la pénitentiaire après. C'est les délais pour acheminer les patients par la pénitentiaire.*

*-G : Améliorer leur déplacement. Avec cette histoire d'ascenseur là.*

*-M : Et ça, il faudrait quoi pour améliorer ces déplacements ?*

*-G : Qu'il y ait plus de personnel du coup.*

*-M : Euh pénitentiaire ?*

*-G : Ouais.*

#### 2.3.3.5.2.3. Améliorer les lieux de consultation et leur accès

Un soignant a proposé que les unités de consultation soient au rez-de-chaussée afin de limiter les problème d'accès aux soins pour les patient·e·s en perte d'autonomie.

*J : Qu'il y ait pas d'histoire d'ascenseur, d'escalier de quoique ce soit. Donc du coup que les unités de soin soient aussi au rez-de-chaussée.*

Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute sont les seul·e·s professionnel·le·s qui ont exprimé le désir d'une salle plus adaptée à leurs prises en charge.

*I : Une meilleure salle, (...) plus d'espace, plus de possibilités...*

*F : Euh, un espace dédié, une salle dédiée.*

#### 2.3.3.5.2.4. Sollicitation des équipes soignantes dans le projet de reconstruction

L'infirmier de l'USDSS a été le seul à faire part de la sollicitation des membres de l'équipe soignante par l'administration pénitentiaire pour réfléchir au projet de reconstruction.

*J : Euh oui, on a été sollicité, tout le monde a été sollicité par rapport à ... au plan au futur plan de ... au plan de la future salle de soin, à l'organisation... Ils ont pensé aussi à regrouper le SMPR, la psychiatrie et l'UCSA dans un ... une seule et même unité, et euh... Oui, oui on est sollicité pour réfléchir sur la configuration de... des locaux ouais.*

#### 2.3.3.5.3. Un meilleur accès au matériel

Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute ont exprimé le désir d'une plus grande diversité dans l'accès aux aides techniques et au matériel de rééducation.

*I : qu'on puisse avoir un ... tu vois juste sur les prêts de matériel, d'aides techniques, qu'on puisse avoir un meilleur listing...*

*F : Euh et peut-être du coup plus de matériel, plus d'outils différents. Pour la rééducation.*

Beaucoup d'idées de matériel de travail ont été relevées lors de leurs entretiens.

*F : un ... un banc de musculation qui permet de faire un peu tout, tu peux faire un peu les ischio, quadriceps, euh tu peux faire le haut.*

*F : Euh ça pourrait être euh... des appareils pour la douleur, plus performants, type euh, Tens...*

*F : Ça pourrait être euh, une plateforme instable par exemple. Pour travailler l'équilibre, c'est hyper intéressant.*

*I : Le rotin, je vais faire en sorte qu'ils fassent des corbeilles (...). C'est très bon pour un hémiplegique,*

*I : Sinon point de vue moteur, ce qui est pas mal aussi p'tet reprendre un truc avec des perles.*

*I : avoir une plaque chauffante, j'pourrais p'tet demander à mon cadre de faire rentrer du thermoformable, euh, c'est ce qu'on utilise pour les orthèses...*

#### 2.3.3.5.4. Les alternatives à l'incarcération

2 professionnelles ont proposé que les patient-e-s en situation de handicap moteur ne soient pas incarcéré-e-s.

*A : moi ce que je voudrais aussi c'est que les mecs ils soient pas incarcérés, pour, euh, voilà que ce soit rare ! Et que ce soit des mecs qui soient là pour des faits très graves. Parce que voilà, je pense qu'un mec handicapé, il a rien à foutre en tête quoi.*

*B : après je suis pas magistrat, mais je pense qu'il y a plein de solutions...autres, euh... à l'incarcération. Donc effectivement je serais plutôt sur ça. C'est pas du tout, euh forcément d'améliorer les choses à l'intérieur, mais plutôt de pas les incarcérer.*

## 2.4. DISCUSSION

---

### 2.4.1. Méthodologie

---

#### 2.4.1.1. Choix de la population

L'étude présente un biais de recrutement. Nous avons choisi d'interroger un échantillon de professionnel-le-s qui n'est pas forcément représentatif de la composition des équipes soignantes du CP de Bordeaux-Gradignan. Ceci est dû à notre choix d'interroger à la fois les types de profession les plus en contact avec les patient-e-s présentant un handicap moteur et des profils variés afin de favoriser la diversité des réponses. Les professionnel-le-s choisi-e-s avaient des expériences hétérogènes, allant du jeune infirmier, à l'auxiliaire de vie de l'extérieur sur le point de prendre sa retraite. Cependant, tou-te-s les soignant-e-s confronté-e-s à ces problématiques n'ont pas pu être interrogé-e-s. Le choix des participant-e-s n'était pas aléatoire, et faisait suite à une réflexion en collaboration avec le Dr Pierre Brun qui travaille à l'USDSS.

Tou-te-s les soignant-e-s sollicité-e-s ont accepté de participer à l'étude.

Neuf des personnes interrogées étaient connues de l'investigatrice, celle-ci ayant effectué un stage d'interne de 6 mois au CP de Bordeaux-Gradignan, ce qui a entraîné un biais d'investigation évident. Il était précisé au-la soignant-e en début d'entretien d'essayer de s'exprimer le plus possible, de la même manière que s'il-elle s'adressait à quelqu'un qui ne connaissait pas cette prison. Mais bien souvent les personnes interrogées se passaient d'expliquer certains éléments, si elles estimaient que ceux-ci étaient déjà connus de l'investigatrice. C'est pourquoi des questions de relance étaient régulièrement posées afin de limiter ce biais le plus possible. La connaissance préalable de ces neuf participant-e-s a pu, à l'opposé, créer un climat de confiance favorable à l'expression.

La seule participante qui n'était pas connue de l'enquêtrice était l'auxiliaire de vie.

#### 2.4.1.2. Réalisation des entretiens

Nous avons essayé d'optimiser les conditions de réalisation des entretiens en laissant le choix de la date et du lieu à la personne interrogée (domicile, lieux publics...). Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphones, intrusions, bruits) qui ont pu nuire à la qualité de réflexion. Il n'y avait pas de limite de temps aux entretiens, ce qui permettait une plus grande liberté de discours de la personne interrogée.

Malgré l'anonymisation annoncée en début d'entretien, il se peut qu'un biais de déclaration ait existé pour les professions peu représentées au sein de leur équipe, du fait de l'impossibilité d'une anonymisation parfaite (par exemple : une seule ergothérapeute travaille à l'USDSP et une seule assistante sociale travaille à l'USDSS).

Un biais d'investigation a pu être induit par le fait qu'il s'agissait de notre première expérience dans ce type d'étude. Nous avons essayé de limiter ce biais en modifiant le guide d'entretien après les deux

pré-tests effectués (formulation, retrait de questions jugées trop vagues ou peu pertinentes) et en l'améliorant au fur et à mesure.

Il se peut que nos réactions aux réponses aient influencé les participant-e-s, ce qui induit également un biais de déclaration, malgré la neutralité des questions posées et la création d'un guide d'entretien préétabli.

La saturation des données n'était pas atteinte au bout des 10 entretiens. Nous nous attendions à cette absence de saturation du fait de l'hétérogénéité des professions interrogées. Ceci a permis une grande diversité d'angles de vue sur le handicap en détention, avec souvent, des nouveaux thèmes abordés à chaque entretien. Une saturation aurait été plus probable si nous avions interrogé un seul corps de métier (par exemple plusieurs infirmier-e-s travaillant tou-te-s à l'USDSS).

#### 2.4.1.3. Traitement de l'information

L'ensemble des verbatims a été relu par le Pr Pétregne afin de limiter les biais d'interprétation.

Il se peut que nos propres représentations et hypothèses préalables aient influencé notre analyse des résultats. Nous avons essayé de réduire ce biais par une première analyse de l'investigatrice suivie d'une réévaluation du codage en binôme avec le Pr Pétregne pour chaque entretien.

#### 2.4.1.4. Mise en forme des résultats

À la suite de la retranscription et du codage, une quantité importante de résultats a été trouvée. Ceci peut s'expliquer par la diversité des professions interrogées et la relative longueur des entretiens menés.

Nous avons tenté de trier les informations en évitant de les interpréter, et de clarifier les résultats les plus complexes par des schémas.

Nous avons fait le choix de présenter les résultats les plus pertinents au vu de nos objectifs.

### **2.4.2. Interprétation des principaux résultats**

---

Lors de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas trouvé d'étude qualitative interrogeant les soignant-e-s dans la prise en charge des patient-e-s en situation de handicap moteur dans cette prison, ni dans d'autres établissements pénitentiaires. L'étude d'A. Desesquelles de 2005 s'intéressait aux détenu-e-s en situation de handicap (6). L'un des volets de l'étude La prison face au vieillissement réalisée par Tourault et Desesquelles en 2015 (3), s'intéressait aux difficultés des soignant-e-s à prendre en charge les détenus les plus âgés, dans 4 établissements pénitentiaires recouvrant des régimes de détention différents. Les autres articles trouvés concernant notre sujet étaient plutôt des témoignages ou des retours d'expériences réalisés par des professionnel-le-s du champ médical ou du champ pénitentiaire, mais aucun sur le CP de Bordeaux-Gradignan.

#### 2.4.2.1. Les patient·e·s décrit·e·s par les soignant·e·s

##### 2.4.2.1.1. La complexité des cas présentés

Souvent les cas relevés par les soignant·e·s étaient complexes du fait de la présence de comorbidités notamment psychiques et somatiques.

Ce fait était retrouvé dans l'étude d'A. Desesquelles de 2005 (6) ou celle-ci retrouvait que 62 % des personnes ayant une déficience motrice avaient par ailleurs une déficience intellectuelle ou du psychisme, 59 % des difficultés de comportement et/ou d'orientation et 43 % une déficience viscérale ou du métabolisme. Ces chiffres étaient plus importants que pour les autres détenu·e·s.

Les conséquences de cette complexité sur les prises en charge étaient, en revanche, peu décrites du côté des soignant·e·s, tant du point de vue de l'interprofessionnalité que de l'organisation d'une sortie dans cette étude.

##### 2.4.2.1.2. Le handicap

Les types de handicap décrits par les participant·e·s correspondaient souvent, soit à des déficiences, soit à des limitations d'activités (ou incapacités) dans les tâches de la vie quotidienne. Certaines des incapacités décrites étaient augmentées par l'incarcération. Ceci pouvait être induit soit par la perte des aides humaines ou matérielles dont le·la patient·e bénéficiait avant l'incarcération, soit par le fonctionnement même de certaines activités dans la prison (nécessité de faire sa lessive à la main pour les détenu·e·s qui ont peu de linge et de faire une partie de sa vaisselle à la main).

Peu de soignant·e·s ont parlé de handicap en termes de restriction de participation sociale. C'est pourquoi nous en avons peu parlé dans nos résultats. Dans les définitions de handicap moteur que les participant·e·s devaient proposer en début d'entretien, seule une soignante a parlé de difficultés que cela pouvait entraîner dans la vie sociale de la personne. Ceci peut s'expliquer par le fait que les participant·e·s appliquaient déjà cette définition à leur milieu d'exercice, qui est un milieu de privation de liberté, où la participation sociale est déjà très limitée. Les principales participations pour les patient·e·s, qui étaient exposées par les soignant·e·s étaient la possibilité (ou impossibilité) d'aller en promenade, d'aller au parloir (pour voir par exemple une personne de la famille), et d'aller aux activités. Aucun·e professionnel n'a parlé de la possibilité ou non de travailler pour les détenu·e·s en situation de handicap moteur.

Les types de déficiences et d'incapacités semblaient assez diverses. Les causes de handicap relevées par les professionnel·le·s étaient les mêmes que celles décrites dans l'étude d'A. Desesquelles (6) : séquelles traumatiques, maladie et vieillissement. Les personnes interrogées ont plusieurs fois évoqué la traumatologie récente comme cause de handicap.

Nous pensons que le type de handicap retrouvé au CP de Bordeaux-Gradignan est moins "lourd" que celui pouvant être retrouvé dans d'autres prisons. En effet l'inadaptation des locaux au handicap provoque selon les soignant·e·s un transfert des détenu·e·s les moins autonomes sur d'autres établissements pénitentiaires. Les patient·e·s décrit·e·s par les personnes interrogées avaient tou·te·s comme point commun de pouvoir se mettre debout (même pour une très courte durée) et de pouvoir

faire leurs transferts seul·e·s. Les quelques soignant·e·s interrogé·e·s au CP de Poitiers-Vivonne ont décrit des patients paraplégiques ou para parétiques.

Il est donc probable que la population en situation de handicap moteur décrite dans notre étude ne soit pas représentative au niveau national et que ses caractéristiques ne soient pas généralisables aux établissements pénitentiaires plus neufs et accessibles.

#### *2.4.2.1.3. La prévalence du handicap moteur au CP*

La comparaison de la prévalence du handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan avec les chiffres de l'étude d'A. Desesquelles de 2005 n'est pas possible à réaliser avec notre étude, et ne correspondait, en aucun cas, à un objectif de notre travail. Cependant, il serait intéressant de s'interroger sur les différences de prévalence du handicap qui peuvent exister entre cette prison et une autre, car cela modifie l'organisation du soin et le ressenti des soignant·e·s interrogé·e·s, et donc la généralisation des résultats.

Nous demandions aux personnes interrogées de nous parler de 2 situations de prises en charge effectuées, mais ce chiffre était souvent plus important (3 à 6 prises en charge racontées). Les situations les mieux décrites par les soignant·e·s sont résumées dans les tableaux dans l'annexe 4.3 page 89. Au total, les situations les mieux racontées concernaient 24 patient·e·s différent·e·s. Nous estimons que la probabilité est très forte pour que 5 patients aient été décrits par plusieurs professionnel·le·s différent·e·s.

Ces situations concernaient des prises en charge peu anciennes ou actuelles et des handicaps plus ou moins lourds.

Certaines personnes interrogées trouvaient que le nombre de patient·e·s en situation de handicap moteur était faible, d'autres trouvaient cette problématique plus fréquente. Ceci peut s'expliquer par la diversité des professions représentées dans notre échantillon et le fait que certaines de ces professions sont plus au contact des patient·e·s ayant un handicap moteur (comme l'auxiliaire de vie ou l'ergothérapeute).

L'auxiliaire de vie et la cadre de l'USDSS ont toutes les deux exprimé qu'un passage pour une aide humaine était effectif pour 1 à 4 patients par jour (pour environ 680 détenu·e·s). Dans l'étude d'A. Desesquelles de 2005, 3 % des personnes incarcérées déclaraient avoir besoin de l'aide d'une tierce personne en raison d'un problème de santé (6). Une comparaison semble impossible du fait du caractère évolutif du nombre de personnes nécessitant une aide au CP de Bordeaux-Gradignan, mais également du fait que toutes ces personnes sont celles repérées par les professionnel·le·s. Il se peut que des personnes en situation de handicap ne soient pas repérées comme telles par les soignant·e·s et aient un besoin d'aide. De plus, les soignant·e·s ont exprimé que plusieurs détenus vulnérables recevaient de l'aide de leur codétenu dans les actes de la vie quotidienne, ou refusaient le passage de l'auxiliaire de vie. Ces éléments ne comptent donc pas dans le "comptage" fait par la cadre et l'auxiliaire de vie.

Le meilleur moyen pour comparer la prévalence et le type de handicap moteur du CP de Bordeaux-Gradignan à la population carcérale de France aurait été de nous intéresser directement aux détenu·e·s, en réalisant une étude quantitative.

#### *2.4.2.1.4. L'intérêt d'une échelle d'évaluation du handicap*

Aucun·e soignant·e interrogé·e n'a parlé de l'utilisation d'une quelconque échelle d'évaluation de la dépendance des patient·e·s à leur arrivée, ni de difficultés particulières dans le repérage du handicap. Les résultats montrent que cette évaluation est souvent réalisée au cas par cas lors de la consultation d'entrant·e réalisée par les médecins. Ceci peut s'expliquer par l'absence de bénéfice perçu par les soignant·e·s d'une telle classification dans la prise en charge des patient·e·s, ou du faible nombre de détenu·e·s en perte d'autonomie comparé à la quantité des autres détenu·e·s. Une autre explication peut être l'inadaptation des échelles de classification les plus couramment utilisées dans ce type d'évaluation aux patient·e·s vivant dans une prison. Pour exemple, la grille AGGIR, est constituée de 6 iso-groupes et concerne plutôt les patients très âgés avec une lourde perte d'autonomie, alors que la population incarcérée est, dans l'ensemble, plutôt jeune. L'échelle IADL contient dans son score, la possibilité d'utiliser un moyen de transport ou non. Enfin l'échelle ADL semble être plus adaptée pour l'évaluation de la dépendance d'un détenu dans les tâches de la vie quotidienne, mais certaines tâches manquent, comme la vaisselle ou la lessive. De plus, ces deux dernières échelles ne rendent pas compte des dépendances d'origine mixte (motrice et mentale par exemple).

L'une des propositions faite par les investigateurs de l'étude Évaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) (33), était de généraliser la pratique de la classification en profils Iso-SMAF pour toutes les personnes qui entrent en milieu carcéral. Cet outil est intéressant car il prend en compte les pertes d'autonomie d'origine mixte (atteinte motrice et mentale) avec une grande diversité des profils (14 en tout). Il serait intéressant de connaître l'impact d'une telle méthode sur la modification des prises en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur sur un CP tel que Bordeaux-Gradignan, même si la généralisation de l'outil à l'ensemble des personnes arrivant en détention semble peu faisable.

#### *2.4.2.1.5. Un faible impact de la surpopulation*

La surpopulation est une problématique nationale en milieu carcéral. La densité carcérale au CP de Bordeaux-Gradignan (179 %) est plus importante que la moyenne nationale (118 %) et que la moyenne pour les Maisons d'Arrêt (142 %)(2). Nous nous attendions donc à ce que cette problématique soit plus relevée par les équipes soignantes dans leur exercice. En réalité, notre étude montre que la problématique de la surpopulation "épargne" plutôt les personnes en situation de handicap moteur, et que celles-ci ne font pas l'objet de triplement en cellule. Ceci s'explique par l'attention portée par les soignant·e·s à ce que la personne incarcérée soit seule en cellule si celle-ci est en fauteuil roulant, ou accompagnée par un autre codétenu si celle-ci le désire ou le nécessite. Souvent, c'est l'alerte de l'équipe soignante à l'administration pénitentiaire qui permet de garantir la sécurité et la dignité de ces personnes plus vulnérables. La surpopulation a surtout été décrite par des professionnelles comme étant une difficulté pour l'administration pénitentiaire, en termes d'hébergement de l'ensemble des

détenu-e-s, et que cette garantie de dignité pour les personnes en situation de handicap, a un retentissement sur les autres détenu-e-s.

#### 2.4.2.2. L'interprofessionnalité et l'entraide

L'interprofessionnalité était au cœur des prises en charge racontées par les soignant-e-s, que celle-ci ait lieu au sein de l'USDSS, entre les équipes soignantes, avec l'administration pénitentiaire et ses agents, ou avec les partenaires extérieurs.

##### 2.4.2.2.1. Une interprofessionnalité spécifique

La présence d'une USDSP, d'assistantes sociales au sein des équipes soignantes, et la composition des équipes sont des caractéristiques qui ne sont pas forcément celles d'autres prisons. Comme au CP de Poitiers-Vivonne, où les soignant-e-s pouvaient souffrir de ne pas avoir de "main mise" sur la prise en charge sociale, celle-ci relevant du SPIP. Dans ce CP, les liens des équipes soignantes avec le SPIP étaient importants, mais dans le cadre de notre étude ce lien a été évoqué par 3 soignantes et plutôt dans le cadre d'une orientation de patient-e-s par le SPIP aux équipes soignantes. On peut imaginer que d'autres équipes non composées de travailleur-se-s sociaux-ales, aient des difficultés augmentées à obtenir une aide liée au handicap, ou à ouvrir des droits chez ces patient-e-s plus précaires.

Les professionnel-le-s évoquaient souvent la prise en charge conjointe des patient-e-s en situation de handicap moteur entre l'USDSS et l'USDSP, ce qui permettait de maintenir une prise en charge médicale et psychiatrique cohérente, et parfois de partager également le travail social. Nous pouvons nous interroger sur la globalité des prises en charge au sein des établissements pénitentiaires dans lesquels les équipes de psychiatrie sont absentes. En effet, on compte seulement 26 USDSP pour 187 établissements pénitentiaires en France (18) (10).

Cette interprofessionnalité spécifique rend peu généralisable nos résultats à ceux que l'on trouverait dans un autre établissement pénitentiaire.

Un sentiment de dépendance à l'administration pénitentiaire et à ses agents dans les prises en charge était retrouvé dans notre étude. Ceci ne concernait pas uniquement la prise en charge du handicap mais également d'autres situations de soin.

Les personnes interrogées avaient un sentiment négatif vis-à-vis des contraintes du règlement pénitentiaire car celles-ci limitent les déplacements des personnes qui sont déjà à mobilité réduite et l'accès au matériel nécessaire à la compensation du handicap. L'étude d'A. Desesquelles sur le vieillissement en prison et l'article de C. Dagain en 2013 retrouvaient la même notion (3), (32).

Le lien à l'administration pénitentiaire et les contraintes sécuritaires représentaient, pour les personnes interrogées, l'une des grandes spécificités du soin en milieu carcéral, par rapport aux autres structures de soin.

#### 2.4.2.2.2. Une équipe déterminée

Dans l'étude d'A. Desesquelles sur la prison et le vieillissement, celle-ci relevait que les professionnel·le·s du champ social " se dépatouillaient ", selon leurs propres termes. Nos résultats vont également dans le sens d'une équipe déterminée malgré les difficultés, et développant des ressources personnelles semblant parfois anecdotiques mais qui peuvent entraîner, mises bout à bout, une amélioration globale des prises en charge.

Ces anecdotes sont nombreuses dans nos résultats. Nous pouvons penser au kinésithérapeute qui tente de trouver des exercices dans un livre écrit par un ancien détenu (38), à l'ergothérapeute qui ramène des tissus de sa grand-mère et d'autres objets pour travailler la fonction des gestes, à l'auxiliaire de vie qui va "pleurer" pour aller chercher des vêtements à la fouille, à l'IDE de secteur psychiatrique qui fait des efforts de diplomatie pour maintenir un bon lien avec les surveillants malgré des comportements jugés inappropriés de ceux-ci, aux IDE qui peuvent être amené·e·s à réaliser des toilettes en dehors du cadre de leur mission au sein de l'USDSS, ou encore à l'assistante sociale qui "guide" par téléphone une famille non lectrice à travers les logos des documents afin de monter un dossier administratif nécessaire à la prise en charge sociale d'une patiente.

#### 2.4.2.2.3. L'aide du·de la codétenu·e

Difficile de savoir où placer les personnes codétenues dans cette organisation. Leur aide est souvent mise en lumière par les articles traitant de la dépendance en prison (32), (36), (6), (3).

Les codétenu·e·s fournissent une grande partie de l'aide apportée aux personnes les plus dépendantes d'après les soignant·e·s interrogé·e·s. En effet, les auxiliaires de vie ne passent qu'une heure par jour et par détenu·e sauf les week-ends, et les équipes soignantes ne sont pas présentes sur la détention la nuit. Parfois, ce sont les patient·e·s qui refusent le passage de l'auxiliaire de vie.

Les témoignages d'aide apportée par les personnes codétenues étaient parfois accompagnés d'une forme de malaise dans notre étude. En effet, il s'agit d'une aide "facile d'accès" sur laquelle les patient·e·s et les soignant·e·s peuvent s'appuyer, par exemple en demandant au·à la chef·fe de détention que le·la patient·e soit accompagné·e en cellule. Mais les personnes codétenues ne sont pas formées à l'aide de personnes dépendantes, et elles peuvent parfois s'épuiser d'après les professionnel·le·s interrogé·e·s. Il peut également se créer une relation de dépendance vis-à-vis de la personne codétenue.

Il est possible que l'aide apportée par les codétenu·e·s soit sous-estimée par les soignant·e·s, car une grande partie de celle-ci a lieu à l'intérieur de la cellule et leur est donc invisible.

Dans l'état actuel des choses, il semble difficile de se passer de l'aide apportée par les personnes codétenues. Cette aide est nécessaire pour pallier les insuffisances de l'institution, et il paraît compliqué d'intervenir sur l'entraide existant entre détenu·e·s. Dans certaines prisons, des détenus sont rémunérés par l'administration pénitentiaire pour fournir de l'aide aux personnes en perte d'autonomie (32). Si ce système de rémunération venait à se généraliser, une formation sur l'aide à la personne dépendante, devrait être délivrée aux codétenu·e·s accompagnant·e·s.

Un avis donné par la Cour Européenne des Droits Humains concernant l'aide des codétenu-e-s sera développé dans une prochaine partie.

### 2.4.2.3. Le CP de Bordeaux-Gradignan et ses spécificités

#### 2.4.2.3.1. Les régimes de détention

L'activité principale au CP de Bordeaux-Gradignan est le régime de la Maison d'Arrêt, avec donc un turn over important des détenu-e-s. Rappelons que les Maisons d'Arrêt hébergent des personnes dont la peine ou de reliquat de peine est inférieur à 2 ans, et les personnes prévenues (qui attendent un jugement). La durée moyenne de séjour dans ce CP est d'environ 5 mois (37).

Le CPA (Centre pour Peines Aménagées), inauguré en 2011, était décrit par les personnes interrogées comme accessible aux patients en situation de handicap. Mais ce bâtiment est à destination d'un type de détenus et non d'un type de patient. Les soignant-e-s ont plusieurs fois rapporté la possibilité d'appuyer une demande d'aménagement de peine pour un patient en situation de handicap moteur, afin que celui-ci soit dans ce quartier plus accessible. Cependant les personnes prévenues ne sont pas éligibles au dispositif d'aménagement de peine pour raison médicale (car celles-ci n'ont pas encore de peine par définition). Cette prison peut donc "mieux" accueillir un patient handicapé moteur condamné avec un aménagement de peine, qu'un patient prévenu.

Nous n'avons pas trouvé dans nos recherches, d'autres témoignages appuyant cette notion. Nous ne savons donc pas s'il existe d'autres prisons dans lesquelles les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap sont différentes selon le régime de détention de celles-ci.

Nos résultats ne sont pas généralisables à d'autres prisons dont les activités, en termes de régime de détention, sont différentes. Une comparaison serait possible avec d'autres Maisons d'Arrêt ou des CP avec une forte activité Maison d'Arrêt, et non les établissements pour peine (Centres de Détention, Maisons Centrales, Centre pour Peines Aménagées). En effet, ceci modifierait probablement les ressentis des professionnel-le-s interrogé-e-s sur la temporalité des prises en charge (turn over) et l'organisation des sorties.

#### 2.4.2.3.2. Les locaux

L'une des principales limites évoquée par les soignant-e-s dans leur exercice était l'inadaptation des locaux au handicap, surtout au bâtiment A, mais également au bâtiment B et au quartier femmes.

Cette inadaptation était le point de départ d'autres difficultés relevées par les soignant-e-s, avec notamment la perte de temps provoquée par les déplacements des patient-e-s et des soignant-e-s, la nécessité de parfois reporter des consultations, ou des prises de risque (patients portés dans les escaliers par exemple). Les locaux sont à l'origine d'un ressenti négatif de la part des soignant-e-s dans leur prise en charge mais également sur les conditions de vie des patient-e-s en situation de handicap moteur.

#### 2.4.2.3.2.1. Une rééducation mise à mal

Les deux personnes interrogées les plus gênées par les locaux dans leur exercice étaient le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

Ceci peut s'expliquer par le fait que ce sont les 2 personnes qui nécessitent plus d'espace pour travailler. Les IDE de l'USDSS se sont très peu exprimé·e·s sur ce manque d'espace, probablement parce que leur poste de soin est plus grand que les autres salles de consultation comme l'évoquait un médecin interrogé.

L'inadaptation de certaines salles de consultation au travail des soignant·e·s peut s'expliquer par la date de construction de la prison (1967), qui est bien antérieure à la loi de 1994, faisant du soin en prison une mission du Service Public Hospitalier. Cette prison n'a donc probablement pas été construite dans le but d'accueillir des équipes soignantes si importantes.

Cependant la rééducation des personnes en situation de handicap moteur n'est pas seulement mise à mal par l'inadaptation des locaux. La place de certains patients serait plutôt au sein de centres de rééducation selon ces 2 soignant·e·s. De plus, il·elle·s éprouvent une difficulté d'accès aux outils de travail, soit par manque de place, soit par lenteur des démarches administratives due à la contrainte sécuritaire. Ceci contraint les soignant·e·s à s'adapter et à faire avec peu, parfois avec un sentiment de découragement. Enfin, un équivalent temps plein de 0.50 pour la kinésithérapie sur la détention semble insuffisant pour répondre à l'ensemble des besoins selon le kinésithérapeute interrogé.

#### 2.4.2.3.2.2. Des conditions de vie qui aggravent le handicap

La vétusté et l'ancienneté du CP était décrites par plusieurs participant·e·s. Certaines de ces descriptions, ressemblaient fortement à celles retrouvées dans le Rapport de visite du Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté effectué il y a 10 ans à la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan (39). Cette notion est retrouvée dans les témoignages de détenus d'autres prisons, comme le montre l'étude sur Les besoins des détenus âgés ou handicapés en Basse Normandie de 2011 (36), où 18% des détenus se plaignaient de leurs conditions matérielles de détention : "vétusté des locaux, problèmes d'accessibilité, humidité, bruit, manque d'intimité, froid, promiscuité, mauvaise qualité des repas."

La sédentarité provoquée par l'enfermement dans un espace clos était également souvent relevée par les soignant·e·s.

La mauvaise qualité des conditions de vie est d'autant plus grave pour des personnes en situation de handicap, et provoquent, pour certain·e·s professionnel·le·s interrogé·e·s, une aggravation de cette situation. Ces témoignages illustrent bien les résultats de l'étude d'A. Desesquelles selon lesquels il existe un effet néfaste du temps passé derrière les barreaux sur les déficiences et les incapacités (6).

De plus, de nombreuses difficultés d'accès étaient relevées par les personnes interrogées, au sein des espaces communs, ou au sein des cellules. Ceci s'explique par le fait que cette prison ait été construite bien avant la loi sur l'accessibilité universelle de 2005 (1), et la loi prévoyant une cellule aménagée pour 100 places de 2016 (29) (l'exigence d'une cellule pour 150 places était déjà préconisée depuis 2003 (32)).

La reconstruction d'un nouveau CP était la plus grande source d'espoir d'amélioration des conditions de vie des patient·e·s exprimée par les personnes interrogées.

On peut imaginer que les difficultés d'accès ne soient pas un résultat généralisable à une prison construite plus récemment et après la loi sur l'accessibilité (comme le CP de Poitiers-Vivonne construit en 2009 ou la Maison d'Arrêt de Toulouse-Seysse construite en 2003), ou à un établissement pénitentiaire mis aux normes comme à Fleury-Mérogis avec la création de 31 cellules PMR en 2012 (32).

Nous pouvons penser que les contraintes provoquées par le manque d'accessibilité soient des problématiques généralisables à tous les autres lieux de soins (hôpitaux, EHPAD, cabinets médicaux de ville, etc.).

L'inégalité d'accès entre des personnes handicapées et valides en détention doit également nous permettre de nous questionner sur les conditions de vie de la population touchée par le handicap dans la société civile. L'accessibilité généralisée des équipements et des services publics et privés est, en effet, nécessaire à la liberté et au droit de mener une vie autonome pour toutes les personnes concernées par le handicap moteur.

#### 2.4.2.4. Le financement des aides humaines

Le soin à domicile doit, avant tout, être financé par les droits associés au handicap (via la MDPH et donc le département) selon les personnes interrogées. Lorsque ces droits ne sont pas ouverts ou impossibles à mettre en place, les soignant·e·s revendiquent le rôle de l'administration pénitentiaire dans le financement. Selon le Guide Méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, l'administration pénitentiaire a effectivement un rôle à jouer dans l'organisation du soin à domicile, surtout pour les personnes incarcérées âgées (13).

Comme précisé dans l'étude d'A. Desesquelles sur le vieillissement en prison, les tâches relevant d'un "entre deux" font l'objet de négociations importantes entre les professionnel·le·s. Les enjeux soulevés par la perte d'autonomie en prison ont pour effet de "figer" les positions des personnels, qui revendiquent ce qui est au cœur de leur métier. C'était bien le cas dans notre étude lorsque le sujet du financement des aides était abordé. En effet, plusieurs soignantes rappelaient à ce moment-là leurs missions telles que décrites dans le Guide Méthodologique : consultation, prévention.

L'assistante sociale est la seule à avoir proposé la création d'un poste d'aide-soignant·e au sein de l'USDSS, afin de surmonter ces difficultés. Ceci a été fait au CP de Liancourt, où deux aides soignant·e·s ont intégré l'équipe de l'USDSS avant 2011 (22), ce qui correspond, en effet, à une modification importante des missions de l'USDSS telles que décrites dans le Guide Méthodologique de 2012 (13).

### 2.4.3. Une jurisprudence de la Cour Européenne des Droits Humains (CEDH)

---

L'article 3 de la Convention Européenne des Droits Humains proscrit la torture et les peines ou traitements inhumains et dégradants.

Suite à l'affaire Mouisel (détenu atteint d'une leucémie) en 2003, la Cour a considéré que "l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique" constituaient des situations pour lesquelles la capacité à la détention se posait au regard de l'article 3 de la Convention (40).

Nous pouvons illustrer la jurisprudence de la CEDH concernant les détenu-e-s en situation de handicap moteur par deux affaires. D'autres affaires (comme l'affaire Mouisel) concernaient des personnes dont le pronostic vital était engagé.

La France a été condamnée par la CEDH pour violation de l'article 3 de la Convention dans le cadre de l'affaire Vincent en 2006 (41). La Cour estimait 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" constituait un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention.

Le requérant, atteint d'une paraplégie, s'était plaint, notamment, de difficultés quotidiennes d'ordre pratique dans sa cellule, d'un fauteuil vétuste et inutilisable, de l'inadaptation de la douche à une personne paraplégique, de l'impossibilité d'accès à plusieurs parties des établissements le privant de certaines activités (bibliothèque). Ces difficultés pratiques et d'accès étaient retrouvées dans plusieurs établissements pénitentiaires où il a séjourné (Nanterre, Fresne, Cergy-Pontoise).

L'État Français a également été condamné par la CEDH en 2015 pour violation de l'article 3 de la Convention, dans le cadre de l'affaire Helhal en 2015, mais cette fois-ci, pour manque de soins à un patient handicapé moteur. Le requérant, paraplégique et incontinent, n'avait pas pu bénéficier des séances de kinésithérapie nécessaires à sa prise en charge (aucune entre 2009 et 2012, une seule chaque semaine depuis 2012). Il a également été jugé inacceptable par le CGLPL, que le requérant n'ait pas d'accès aux douches avec son fauteuil roulant, ou qu'il doive compter sur un codétenu pour se laver (42).

Concernant l'aide d'un codétenu, la CEDH considérait que l'État ne pouvait "s'exonérer de son obligation d'assurer des conditions de détention devant répondre aux besoins spécifiques des détenus handicapés en transférant la responsabilité de leur surveillance ou de leur assistance à des codétenus".

Notons qu'à la suite de ces deux affaires, les deux détenus n'ont pas fait l'objet de mesure de suspension de peine pour raison médicale, mais ont été transférés pour poursuivre leur peine dans des établissements jugés plus adaptés à leur handicap (respectivement à Meaux-Chauconin et Poitiers-Vivonne).

Nous pouvons nous demander si certaines situations racontées par les participant-e-s ne correspondent pas également à des violations de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits Humains. Nous pouvons repenser à la patiente qui n'a pas eu de toilette pendant 21 jours à cause du délai d'accès aux aides humaines, aux patients nécessitant des centres de rééducation selon le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, ainsi qu'aux difficultés d'accès aux locaux décrites par les soignant-e-s (escaliers, ascenseurs, promenade, unités de soins).

## 2.4.4. Perspectives

---

### 2.4.4.1. Des améliorations à envisager

#### 2.4.4.1.1. Une reconstruction nécessaire à l'application du droit commun

Comme précisé dans la synthèse du Pr Telmon, Handicap et prison de 2006, la prison a vertu d'exemple en matière de respect des lois. Elle se doit donc de respecter le Code de la Construction et de l'Habitation (28) et la loi pour l'égalité des droits et de chances de 2005 (1), afin de garantir l'accessibilité totale aux parties communes ainsi que la quantité adéquate de cellules aménagées.

Certains champs de la prise en charge des individus en situation de handicap moteur semblent être des "invariables", pour les soignant·e·s interrogées. Ces invariables sont par exemple la contrainte sécuritaire inhérente à l'exercice en milieu carcéral, qui limite les déplacements et l'accès au matériel nécessaire aux prises en charge, ou la complexité intrinsèque des patient·e·s dont il faut prendre soin.

Le début de la reconstruction de l'établissement est prévu pour 2019 avec une mise en service qui commencera en 2022 pour se terminer 2024 (43). La démolition-reconstruction semble représenter le meilleur espoir d'amélioration des conditions de vie pour les détenu·e·s en situation de handicap moteur d'après les participant·e·s de notre étude. Ceux·elles-ci étaient convié·e·s par l'administration pénitentiaire à exprimer leurs idées sur ce projet, d'après l'IDE de l'USDSS interrogé.

Les principales volontés ou idées des participant·e·s étaient de construire des cellules aux normes soit à chaque étage, soit au rez-de-chaussée pour éviter tout problème lié à l'utilisation des ascenseurs, sans créer de quartier spécifique aux personnes en perte d'autonomie. D'autres idées exprimées étaient que les unités de soins soient regroupées, et au rez-de-chaussée, et que les salles dédiées à la rééducation soient plus grandes.

Il semble primordial que chaque cellule aménagée comporte une douche accessible pour une personne en fauteuil roulant et que des tabourets y soient disposés. L'utilisation des miroirs et des placards doit être possible pour une personne en fauteuil au sein de ces cellules. La règle d'une cellule aménagée pour 100 places ne semble pas appropriée dans un CP où la densité carcérale est d'environ 170 %. La règle devrait plutôt être d'une cellule aménagée pour 100 personnes accueillies. L'accessibilité dans la prison, pour les personnes en situation de handicap moteur devrait être la même que pour une personne valide en détention. Cela pourrait passer par la construction de nouveaux ascenseurs moins vétustes ou alors, que toutes les activités possibles soient au même niveau que les cellules des personnes en situation de handicap moteur. Par activités, nous entendons : les unités de soins, la promenade, les parloirs, les groupes de parole, les lieux de culte, les salles de travail, de sport, etc. Le sol de la promenade et son accès doivent être adaptés aux personnes à mobilité réduite (terrain plat ou plan incliné pour y accéder). Des rampes doivent être mises en place dans tous les locaux de la prison où les détenu·e·s ont la possibilité de circuler et notamment dans les escaliers. L'accessibilité doit être garantie pour les détenu·e·s mais également pour les familles et les proches qui viennent les visiter au parloir.

Afin d'éviter les contraintes de déplacement des soignant·e·s, une seule unité de soin doit être construite, celle-ci doit être placée au centre de la détention, et chaque corps de métier doit pouvoir y avoir son bureau attitré. Ceci éviterait les problèmes rencontrés actuellement dans les petits bâtiments où les unités de soins sont réduites. L'obligation de partage de bureaux entre les

soignant·e·s dans ces bâtiments provoque une impossibilité de consulter à la hauteur des besoins (pour l'assistante sociale et le kinésithérapeute notamment).

Nous pouvons nous interroger sur les modifications que pourrait apporter la reconstruction sur les prises en charge.

Actuellement, le manque d'accessibilité au CP de Bordeaux-Gradignan provoque une " fuite " des patient·e·s ayant les pertes d'autonomie les plus lourdes. Soit du fait de l'administration pénitentiaire qui oriente directement le-la patient·e sur une autre prison plus adaptée, soit du fait de l'intervention de l'USDSS qui se positionne sur l'accueil ou non des patient·e·s.

On peut s'attendre à ce que la construction d'une nouvelle prison (prévue et désirée fortement par les soignant·e·s) provoque un afflux de nouveaux types de patient·e·s, nécessitant des médicalisations plus importantes, avec de nouveaux défis à relever pour les équipes qui n'ont pour l'instant pas eu à prendre en charge de telles dépendances.

#### *2.4.4.1.2. De meilleurs moyens humains et matériels*

La reconstruction et l'aménagement devraient s'accompagner de moyens humains supplémentaires. Le plus urgent en termes de soin, semble être d'augmenter l'Equivalent Temps Plein sur le poste de kinésithérapeute. La création d'un poste d'aide-soignant·e pourrait s'avérer intéressante pour diminuer l'implication du-de la codétenu·e, même si cette fonction n'est pas censée incomber à l'USDSS selon le Guide Méthodologique. Enfin, pour améliorer la circulation au sein de l'établissement, et augmenter la disponibilité des surveillants, il serait important d'envisager, soit un recrutement plus important de surveillants, soit une réduction du nombre de détenu·e·s hébergé·e·s au sein de l'établissement. Une meilleure formation des surveillants à la prise en charge de détenu·e·s en perte d'autonomie, et à la pathologie psychiatrique semble également nécessaire, pour améliorer les relations avec les patient·e·s, et avec les équipes soignant·e·s.

Le listing des aides techniques disponibles doit être le même que dans le milieu libre, des patient·e·s devraient pouvoir obtenir des fauteuils à leur nom. Les équipes soignant·e·s ne devraient pas avoir à se faire "prêter" des fauteuils roulants par le CHU. D'autres aides techniques auxquelles on ne pense pas forcément devraient être disponibles sur la détention, comme des couverts adaptés, des coussins anti-escarres pour les fauteuils roulants. L'exigence de qualité et de quantité d'outils de rééducation en salle de kinésithérapie doit être la même que celle proposée par tout hôpital public.

#### *2.4.4.2. Une contradiction*

Nous ne pouvons que comprendre les personnes interrogées sur leur volonté d'avoir un jour accès à tous les moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur, et de voir les lois sur l'accessibilité appliquées dans leur milieu d'exercice. Toutefois, comme certaines soignantes l'ont exprimé, une interrogation sur le sens d'une institutionnalisation médicale au sein d'institutions pénales semble primordiale. Les alternatives à l'incarcération seraient à privilégier pour les patient·e·s en situation de handicap moteur ou en perte d'autonomie, et les conditions d'octroi de suspension de peine pour raisons médicales devraient être plus aisées.

Cela pourrait permettre une meilleure dignité, la garantie des droits humains fondamentaux de ces détenu·e·s vulnérables, et de leur éviter la “double peine” d’être incarcéré·e·s et d’être en situation de handicap.

#### 2.4.4.3. Un regard croisé

Cette étude permet de nous pencher sur deux situations de vie provoquant des restrictions de participation sociale que sont le handicap et l’incarcération, et de nous en offrir un regard croisé.

Étudier la prise en charge sanitaire en détention par le prisme du handicap nous a permis de recueillir énormément d’informations sur le soin en milieu carcéral en général, tant sur le sujet des caractéristiques de santé des détenu·e·s que sur l’organisation particulière du soin dans un établissement pénitentiaire. Ce travail nous a renseigné sur le tripartisme (patient·e - soignant·e - administration pénitentiaire) en jeu dans les prises en charge médicales et sociales, et sur les conditions de travail des soignant·e·s en milieu carcéral. Entrer dans l’univers de la détention par le biais du handicap nous a également permis d’en apprendre plus sur les conditions de vie des personnes incarcérées dans ce Centre Pénitentiaire, et de nous interroger sur la généralisation de nos résultats à d’autres prisons.

Mais nous avons également pu analyser le handicap sous l’angle de la détention. Ces observations nous amènent à faire un parallèle entre la détention et la société car certains obstacles à la vie autonome sont aussi retrouvés dans le monde libre pour les personnes handicapées.

Ceci pose évidemment la question de l’accessibilité aux espaces publics et privés, aux transports en commun et aux logements pour les personnes à mobilité réduite. Rappelons que la loi ELAN, promulguée le 23 novembre 2018, garantit seulement 20 % des logements neufs accessibles (27) aux personnes handicapées (100 % des logements avaient l’obligation d’être accessibles avant cette loi). Nous pouvons nous demander quel sera l’impact de cette loi sur la liberté de choix de ces personnes dans l’accès au logement.

Il existe de fortes inégalités sociales face au handicap (31) et l’on peut se demander si les personnes handicapées disposent des ressources financières suffisantes pour subvenir à leurs besoins et vivre dans des conditions dignes. Notons que le montant de l’Allocation Adultes Handicapé·e·s (AAH) a augmenté le 01/11/2018. Il s’élève dorénavant à 860 euros par mois au maximum (44). Avant cette augmentation, le revenu maximal d’une personne handicapée ne pouvant pas travailler (819 euros d’AAH) était maintenu en dessous du seuil de pauvreté (45) (855 euros).

De plus, l’aménagement des logements au handicap et l’accès à certaines aides techniques sont difficiles à obtenir dans la population libre tant d’un point de vue administratif que financier. Des travaux d’aménagement relèvent, en effet, d’un accord de la MDPH, des mairies, et de l’Agence Nationale de l’Habitat (46). L’achat d’un fauteuil roulant n’est pas pris en charge en totalité par l’Assurance Maladie et la Prestation Compensatrice de Handicap. Pour les appareils nécessitant une technicité élevée comme les fauteuils roulants électriques, les financements légaux ne couvrent que 60 % du coût avec un reste à charge souvent important pour les familles (47).

On peut également se demander si la qualité et la quantité des systèmes d’aides humaines dans le monde libre sont à hauteur des besoins réels, pour les personnes en situation de handicap.

## 2.5. CONCLUSION

---

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 10 soignant-e-s exerçant au CP de Bordeaux-Gradignan afin de connaître leur vécu dans les prises en charge des patient-e-s en situation de handicap moteur.

Notre étude a permis de comprendre comment les soignant-e-s intervenaient dans ces prises en charge. Celles-ci sont interdisciplinaires et découlent de la complexité des pathologies et des incapacités des patient-e-s. Les participant-e-s ont décrit un travail en collaboration entre les intervenants du champ médical, paramédical, psychiatrique et social, mais également avec l'administration pénitentiaire et ses agents. Leur exercice était marqué par diverses limites.

Tout d'abord, notre étude retrouve un constat plutôt unanime de l'inadaptation des locaux de la prison au handicap, surtout dans les quartiers de conception ancienne et qui hébergent la plus grande partie des détenu-e-s, (A, B et quartier femme).

Trouver une structure d'accueil à la sortie de prison peut être rendu difficile pour les soignant-e-s, du fait de l'accumulation des pathologies présentées par la personne handicapée. La question de précarité (absence de logement), la perte des liens familiaux, ou le statut d'ancien-ne détenu-e sont également des limites pour trouver une structure d'hébergement.

Un certain manque de matériel était relevé, tant pour les aides techniques que les outils de travail pour le kinésithérapeute et l'ergothérapeute. Cela était expliqué par les critères de sécurité que doit remplir le matériel entrant en détention, avec une grande lourdeur administrative accompagnant chaque demande, mais aussi le peu d'espace disponible pour disposer le matériel.

Les besoins en aides techniques et humaines posent des problèmes de financement qui sont souvent relevés en CPU avec l'administration pénitentiaire. Le principal moyen de financement évoqué était l'ouverture ou la reconduction de droits, et notamment de la PCH, fournie par le département. Les soignant-e-s exprimaient une impression de désresponsabilisation de l'administration pénitentiaire dans cette mission de financement.

Enfin, toutes ces difficultés ont un retentissement conséquent sur la dimension temporelle des prises en charge. La temporalité du soin à la personne handicapée en détention est, en effet, très particulière, et se caractérise par des pertes de temps dans les démarches administratives liées aux droits sociaux et à la demande d'aide matérielles et humaines. Les pertes de temps sont également liées aux contraintes de circulation des soignant-e-s au sein de l'établissement (attente de l'ouverture des portes, changements de bâtiment) ce qui peut réduire leur temps de soin. Il était également relevé une inadéquation entre le temps (en quantité ou les horaires) de travail des soignant-e-s et les besoins de certain-e-s patient-e-s. Les participant-e-s relevaient également des difficultés liées au turn over des détenu-e-s car certaines démarches entreprises par les soignant-e-s n'ont pas le temps d'aboutir avant leur sortie. Des délais trop longs pour trouver une structure de sortie étaient aussi relevés par les personnes interrogées. La lenteur pour organiser des consultations médicales à l'extérieur du CP n'est

pas inhérente aux patient·e·s en situation de handicap mais ajoute à la contrainte de temps ressentie par les soignant·e·s.

L'ensemble de ces limites provoquent un ressenti négatif et notamment un sentiment d'impuissance et de frustration chez certain·e·s soignant·e·s qui tentent de se "débrouiller" pour effectuer au mieux les prises en charge dans ce milieu contraignant. En regard de ces impressions négatives, certaines personnes interrogées exprimaient également une satisfaction à remettre une personne en situation de handicap dans une démarche de soin et d'autonomie.

Les soignant·e·s ont également décrit les conditions de vie difficiles, voir inhumaines, au sein de ce CP ancien et qui ne respecte pas la loi sur l'accessibilité de 2005. Les conditions de vie et d'enfermement peuvent être source de majoration de la perte d'autonomie pour les patient·e·s en situation de handicap moteur.

Notre étude montrait un grand espoir d'amélioration des conditions de vie et des prises en charge des patient·e·s en perte d'autonomie avec la reconstruction de l'établissement. Sa mise en service pourra débiter, selon les projets actuels, en 2022.

De nombreux changements sont à effectuer pour mettre la prison aux normes de la loi de 2005 sur l'accessibilité universelle. L'aménagement des cellules au handicap est essentiel dans ce milieu où les détenu·e·s restent enfermés 22 heures sur 24. L'accessibilité à toutes les autres parties doit être pensée pour être "aussi bonne" que pour un·e autre détenu·e valide.

Une augmentation des moyens humains et matériels semble nécessaire, surtout dans le champ de la prise en charge rééducative.

Nous concluons en soulignant la contradiction apparente à désirer améliorer un lieu de privation de liberté dans le but de mieux y accueillir une personne qui est déjà limitée dans son autonomie. Il est en effet, important de s'interroger sur le sens de la "double peine" infligée à une personne incarcérée et en situation de handicap physique et/ou psychique. Dans ce contexte d'inflation carcérale nationale et de vieillissement de la population détenue, il est fort à parier que "l'humanisation" de la prison augmente la proportion de ce public vulnérable dans ses murs et qu'elle encourage l'accueil de personnes ayant des handicaps plus sévères. Il s'agit donc, parallèlement à l'amélioration de l'intérieur des établissements pénitentiaires, de favoriser sur un plan pénal le recours aux alternatives à l'incarcération pour les personnes en situation de handicap, et de faciliter l'octroi de mesures de suspension de peine pour raison médicale.

### 3. BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées | Legifrance.
2. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France - Situation au 1er décembre 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_decembre\\_2018.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_decembre_2018.pdf)
3. Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement - Synthèse de rapport final. 2015 mai p. 12. (GIP-mission de recherche droit et justice, INED).
4. Résultats de l'enquête « Prison/Handicap ». Ban public / APF [Internet]. 2012. Disponible sur: [prison.eu.org](http://prison.eu.org)
5. Etat de santé des détenus. INVS [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Milieu-penitentiaire-et-sante/Sante-des-detenus/Etat-de-sante-des-detenus>
6. Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? Population. 2005;60:71-98.
7. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale | Legifrance.
8. Qu'est-ce que l'administration pénitentiaire ? - Le fonctionnement de l'administration pénitentiaire Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr>
9. Justice / Annuaire et contacts / Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan [Internet]. Disponible sur: <http://www.annuaire.justice.gouv.fr>
10. Justice / Portail / Les structures pénitentiaires [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr>
11. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire | Legifrance.
12. Ministère de la justice. Les règles pénitentiaires européennes. 2006 [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr>
13. Ministère de la justice et le Ministère des affaires sociales et de la santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - Guide méthodologique. [Internet]. 2012. Disponible sur: [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)
14. de Bruyn F, Kensey A. Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013). sept 2014;12. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/cahiers\\_etudes\\_40\\_opt.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_etudes_40_opt.pdf)

15. Ministère de la justice. Prévention de la récidive et individualisation des peines, Chiffres-Clés [Internet]. 2014. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/include\\_htm/reforme\\_penale\\_chiffres\\_cles\\_plaquette.pdf](http://www.justice.gouv.fr/include_htm/reforme_penale_chiffres_cles_plaquette.pdf)
16. INSEE. L'histoire familiale des hommes détenus. 2000; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/598/1/ip706.pdf>
17. Bryon I. L'enseignement en milieu pénitentiaire - Rapport sur l'année 2014-2015. :32. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Bilan\\_enseignement\\_2014.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_enseignement_2014.pdf)
18. Ministère de la justice. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/chiffres\\_cles\\_2018\\_FINALE\\_.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf)
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2003;12. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
20. Chiron É, Jauffret-Roustide M, Strat YL, Chemlal K, Valantin M-A, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête PREVACAR. 2010;6.
21. Fallissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour le Ministère de la Santé (Direction générale de la santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire) [Internet]. 2004. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rapport\\_detenus\\_MS\\_2004pdf.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf)
22. Sannier O, Danjour D, Talamon Y. Maintaining autonomy, an issue in the care of elderly prisoners. Soins Gerontol. avr 2011;(88):31-3.
23. Les différents types de handicap - Le Comité national Coordination Action Handicap [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
24. Handicap.fr. Définition / classification des handicaps (CIH et OMS) [Internet]. Handicap.fr. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr>
25. Michel Delcey. Déficiences motrices et situations de handicaps. APF. 2002. 1-17 p.
26. Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Guide de la loi du handicap [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://www.mdph64.fr>
27. Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. 2018-1021 nov 23, 2018.
28. Code de la construction et de l'habitation. | Legifrance [Internet]. Disponible sur: [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
29. Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées [Internet]. Disponible sur: [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

30. Désesquelles A, INED, groupe HID. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. 2002;854.
31. Boissonnat V, Mormiche P. Handicap et inégalités sociales en France, 1999. :3. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=1738](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1738)
32. Dagain C. Care in prison for people with disabilities. Rev Prat. janv 2013;63(1):90-2.
33. Gervais P, Sannier O, Tousignant M, Manaouil C, Hebert R. Evaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) Assessment of elderly inmates in the Detention Center of Liancourt using the Functional Autonomy Profile (SMAF). Rev Gériatrie. 7 juill 2010;35:659.
34. L. Laplace, J. Daniel, M. Belloncle, P.Y. Robert, I. Bouchard, A. Perot, C. Fac, B. Bernard. Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. oct 2002;50(5):453-61.
35. Stéphane Grill, Norbert Telmon. Handicap et prison. Droit, déontologie et soin. juin 2006;6(2):178-85.
36. Isabelle Grimbert, Lydia Guittet, François Demichelis, Pascale Després. Les besoins des détenus âgés ou handicapés en Basse-Normandie. Soins Gérontologie. 2011;16(88):34-7.
37. Prisons OI des. Gradignan: vers une démolition-reconstruction ? [Internet]. oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/gradignan-vers-une-demolition-reconstruction/>
38. Wade P. L'entraînement d'un détenu: comment se libérer de toute faiblesse quand la force est une question de survie grâce aux secrets perdus de l'entraînement au poids du corps. Allainville-aux-Bois: Manokan; 2012.
39. CGLPL. Rapport de visite de la Maison d'Arrêt de Gradignan. 2009.
40. Le commentaire de l'arrêt Mouisel par Maître Michel Puéchavy [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://acatparis5.free.fr/telechargement/CREDHO03.pdf>
41. Cour Européenne des droits de l'Homme. Affaire Vincent c. France - Arrêt définitif [Internet]. mars 26, 2007. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:%22001-77641%22>}
42. Cour Européenne des droits de l'Homme. Affaire Helhal c. France - Arrêté définitif [Internet]. mai 19, 2015. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:%22001-152257%22>}
43. Les chantiers de l'APIJ, Ministère de la Justice. Un centre pénitentiaire reconstruit sur la commune de Gradignan. 2017.
44. Johan. L'allocation adultes handicapés : le montant AAH en 2019 [Internet]. Aide-Sociale.fr. 2018 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/aah-allocation-adulte-handicape/>

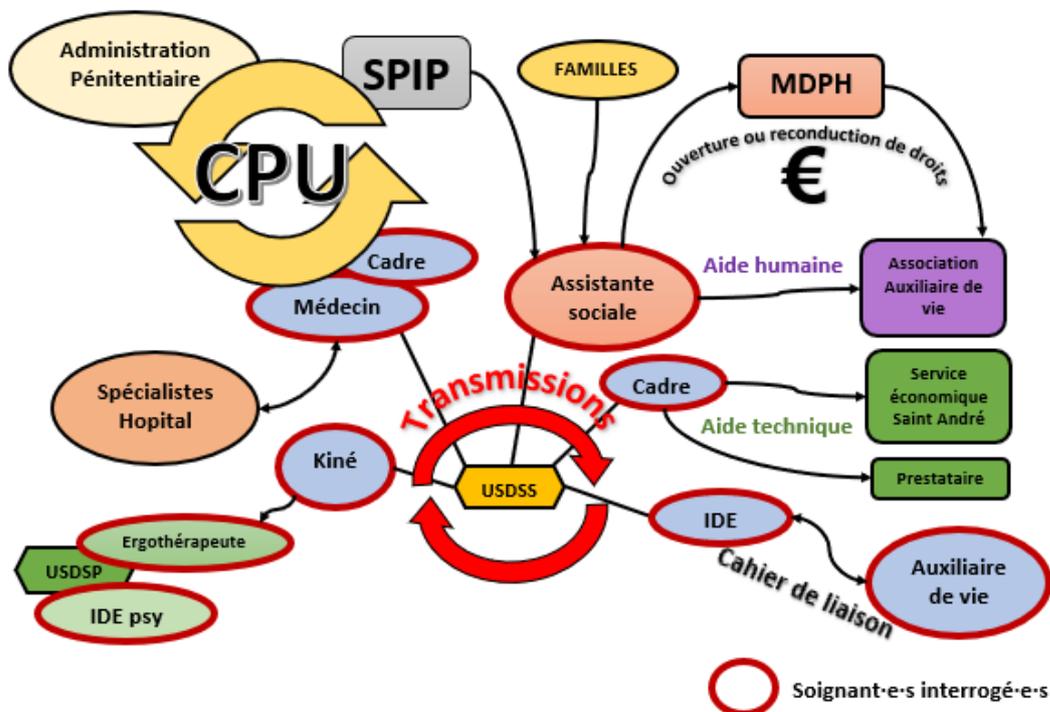
45. Les seuils de pauvreté en France [Internet]. Observatoire des inégalités. Disponible sur:  
[https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France?id\\_groupe=9&id\\_mot=76&id\\_rubrique=1](https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France?id_groupe=9&id_mot=76&id_rubrique=1)
46. Les aides Couvertes par la PCH - mdph33 : [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.mdph33.fr/les\\_aides\\_couvertes\\_par\\_la\\_pch.html](http://www.mdph33.fr/les_aides_couvertes_par_la_pch.html)
47. Association AFM-Téléthon. Fauteuils roulants électriques, les restants à charge pour les familles. 2014.

## 4. ANNEXES

### 4.1. Annexe 1 : Vue du ciel du CP de Bordeaux-Gradignan



### 4.2. Annexe 2 : Les professionnel-le-s de l'USDSS et l'interdisciplinarité



CPU: Commission Pluridisciplinaire Unique

Schéma des principaux interlocuteur-ric-e-s de l'USDSS dans le lien avec les autres professionnel-le-s dans la prise en charge des patient-e-s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan

### 4.3. Annexe 3 : Tableaux résumant les cas rapportés par les personnes interrogées

Les cas dans une même couleur correspondent à une supposition forte qu'un même patient ait été décrit par plusieurs soignant-e-s.

Cas décrit	Genre	Localisation	Type de déficience	Limitation d'activité	Restriction de participation	Comorbidités	Social	Aide apportée
A - Cas 1	♀	-	Lombalgie - Doule sur déficit moteur	Marche avec béquilles ou fauteuil (doute sur le besoin du fauteuil ou syndrome de glissement)	-	Trouble de la personnalité, addictions	Suivi par l'assistante sociale de l'USDSP	Prise en charge du syndrome de glissement - Lien avec l'USDSP - Organisation d'une sortie dans une structure d'addictologie
A - Cas 2	♀	CPA	Amputation des 2 jambes	Marche avec béquilles et prothèses ou se déplace en fauteuil roulant	Lien social : "Il avait de la compagnie"	Artériopathie des membres inférieurs - Diabète - Cardiopathie - Pas de logement à l'extérieur	Peu ou pas de famille à l'extérieur - Pas de logement à l'extérieur	Demande de suspension de peine pour raison médicale - Organisation d'une sortie sur du long Séjour Gériatrique
A - Cas 3	♀	-	Cécité	Marche sans canne	-	-	Origine chinoise - Allophonie	Refus de toutes les aides proposées
B - Cas 1	♀	A - 1er étage	Malformation congénitale des membres supérieurs et inférieurs	Se déplace en fauteuil - Ne peut pas se lever - Transferts seul - Besoin d'aide pour la toilette et ménage	-	Cancer traité à Bergonie	-	Consultation d'information pour TEP-TDM
B - Cas 2	♀	-	Fracture de rotule - Atelle	Marche en béquilles	-	-	-	Injection de Lovenox tous les jours par IDE - Prise en charge kiné tardive
B - Cas 3	♀	CPA	Amputation des 2 jambes	Marche avec béquilles et prothèses ou se déplace en fauteuil roulant - Besoin d'aide à la toilette et au ménage	N'arrive plus à gérer seul ses insulines	Diabète - Pathologie cardiaque - Agé - Dialyse	-	Aide à la gestion du diabète par les IDE - Organisation d'une sortie en Long Séjour Gériatrique
C - Cas 1	♀	-	Cécité	Difficulté à se déplacer seul (intérieur de la cellule, douche, toilettes) - S'alimenter - Faire sa lessive	-	Trouble psychiatrique	Origine étrangère - Allophonie	Par le codétenu (refus des aides proposées) - Tutelle
C - Cas 2	♀	-	Amputation des 2 jambes	Marche avec béquilles et prothèses ou se déplace en fauteuil roulant	-	Plusieurs pathologies chroniques - Diabète - Pathologie cardiaque - Agé: 55 ans	Une soeur qui lui parle peu - Sans domicile	Auxiliaire de vie - Mesure de protection judiciaire - Organisation d'une sortie
C - Cas 3	♀	-	Maladie de Parkinson	Marche avec déambulateur - Difficulté à aller à la douche - Faire sa lessive	A l'étage de l'infirmerie	-	A un domicile à l'extérieur: 1er étage sans ascenseur	Auxiliaire de vie pour la douche et la lessive - Organisation de la sortie : mise en place d'aide à domicile, portage des repas, aménagement de la salle de bain

Cas décrit	Genre	Localisation	Type de déficience	Limitation d'activités	Restriction de participation	Comorbidités	Social	Aide apportée
C - Cas 4	♀	-	Amputation des 2 jambes	Marche avec prothèses - Impossibilité de se doucher seule	Peu de restriction à domicile	-	Communauté gitane - Très bon entourage familial - Famille non lettrice	Auxiliaire de vie - PCH en urgence
C - Cas 5	♀	-	Malformation congénitale des membres supérieurs et inférieurs - Difficulté à déplier la main	Marche avec déambulateur ou se déplace en fauteuil - Ne peut pas se doucher seul - Difficultés à l'habillage	-	Cancer osseux	-	Changement de prestataire : aidant familial → auxiliaire de vie
D - Cas 1	♀	-	Déformation de hanche - Inégalité de longueur de membres inférieurs - Douleurs	Marche avec béquilles - Difficultés à se déplacer - Difficultés pour le ménage et l'hygiène corporelle	N'a pas envie d'aller en promenade - Vulnérable - Risque de racket	Schizophrénie - Incurrique - Consommation de toxiques (cocaïne, héroïne, alcool)	SDF - Touche l'AAH - Rupture de soin - 39 ans	Éducation à la santé et à l'hygiène, consultation socio-esthétique - Refus curatelle - Relai avec EMPP pour continuité des soins pour une sortie à la rue
D - Cas 2	♀	-	Douleurs neuropathiques	Se déplace en fauteuil	Ne peut pas aller en promenade ou aux parloirs si panne d'ascenseur - Peut aller aux groupes de parole	Addiction - Prise de traitement Substitutif Opiacé	-	Délivrance des traitements antalgiques par l'USDSP - Participation à des groupes de paroles (CASE - Narcotiques Anonymes - Groupe dépendance)
D - Cas 3	♀	-	Neuropathie alcoolique	Marche avec béquilles	-	Dépendance à l'alcool	-	-
E - Cas 1	♀	CPA	Amputation des 2 jambes	Marche avec ses prothèses ou se déplace en fauteuil - Incontinence fécale - Difficulté pour hygiène corporelle et le ménage	-	Dialyse 3x/semaine	-	Aide à la douche dans une cellule aménagée au CPA - Ménage de la cellule - Rasage - Soins des moignons et nettoyage des prothèses
E - Cas 2	♀	-	Malformation - Taille 1m20-1m30 - Mains déformées - Trouble de la marche	Se déplace en fauteuil - Peut tenir debout peu de temps - Difficultés pour habillage, ménage, lessive, toilette - Peut téléphoner	-	Cancer artériel	-	Aide à la douche dans la douche commune - Ménage - N'a pas son linge (car pas droit au parloir) -> récupération de linge à la fouille
E - Cas 3	♀	-	Un seul membre supérieur	Toilette avec aide	-	Pathologie psychiatrique - Suivi par l'USDSP	-	Aide à la douche dans la douche commune - Rasage - Ménage - Descendre son linge
E - Cas 4	♀	-	Problème vertébral - Origine traumatique supposée	Marche en béquilles - Difficultés pour hygiène corporelle et ménage	-	Hospitalisé - ATCD de tentative de suicide	Ancien SDF	Aide à la toilette et au ménage - Patient très pudique

Cas décrit	Genre	Lieux	Type de déficience	Limitation d'activité	Restriction de participation	Comorbidités	Social	Aide apportée
E - Cas 5	♀	-	Ne sait pas	Se déplace en fauteuil	-	Pleure beaucoup	-	Aide à la toilette et au ménage - Patient exigeant
E - Cas 6	♀	-	Patient âgé 77 ans	Marche difficilement, avec une canne	-	Plusieurs pathologies - Devait se faire opérer mais contre-	-	Faire le lit - Bien-être
F - Cas 1	♀	A - étage de l'USDSS	AVC - Paralyse membre inférieur avec récupération - Paralyse membre supérieur sans	Marche avec cannes	-	Pathologie cardio-respiratoire - Tabagisme	-	1 consultation par semaine de 30 min - Beaucoup de travail moteur pour son membre inférieur - Marche
F - Cas 2	♀	CPA	Amputation des 2 jambes	Marche avec ses prothèses ou se déplace en fauteuil - Fatigabilité - Difficulté dans son autonomie, transferts, déplacements	-	Dialyse - Consultations kiné préférentiellement les jours sans dialyse	-	Rééducation à la marche dans la cellule - Inclination à marcher avec ses prothèses - Maintien de l'autonomie - Marche avec le
F - Cas 3	♀	A	Paralyse du plexus brachial traumatique - Patient très jeune - Opérations de transposition musculaire - Mobilité très réduite sur le bras droit - Pas de prise pouce-index	Atteinte de son bras dominant - Aide de son frère en cellule pour les activités de la vie quotidienne	-	-	Son co-détenu est son frère	Renforcement musculaire suite à transposition des extenseurs de la main
F - Cas 4	♀	A	Canal lombaire étroit	Se déplace en fauteuil	Doit être accompagné par un surveillant pour aller à l'USDSS	A été hospitalisé à l'UHSI	-	Relai à une collègue kiné car n'acceptait pas les exercices proposés
G - Cas 1	♀	A - 1er étage	Amputation d'un bras	Appareillé avec une prothèse - Difficulté pour laver son linge - Faire le ménage	-	-	Aidé de sa soeur à l'extérieur	Aide du co-détenu - Pas d'aide apportée: relative autonomie lors d'une précédente incarcération
G - Cas 2	♀	Prévenu - A - 1er étage	Fracture tibia-péroné - Fixateur externe	Marche en béquille - Discussion si nécessité d'un fauteuil roulant avec jambe surélevée	Promenade possible en béquilles	Plusieurs consultations orthopédiques et HdI au CHU pour la fracture	Appel du SPP par son épouse pour signaler un besoin de fauteuil	Lien avec le chirurgien par rapport au fauteuil roulant - Suivi de la prise en charge orthopédique - Pas d'aide
G - Cas 3	♀	-	Amyotrophie globale sur terrain psychiatrique - Facteurs traumatiques	Marche en béquilles	-	Schizophrénie	SDF	Mise en place d'aides à la toilette et aide au ménage

Cas décrit	Genre	Lieux	Type de déficience	Limitation d'activité	Restriction de participation	Comorbidités	Social	Aide apportée
H - Cas 1	♂	CPA	Amputation des 2 jambes	Marche avec béquilles et prothèses ou se déplace en fauteuil roulant	-	-	-	Dérégation pour transfert au CPA - Nouveau fauteuil roulant - Lit médicalisé
I - Cas 1	♂	--	Rupture de C6 et C7 et rupture musculaire traumatique - Paralyse d'un bras	-	-	Addiction aux opiacés	Ancien dealer	Récupération du tonus musculaire - Utilisation du bras d'une autre manière
I - Cas 2	♂	-	Brûlé 80% du corps - Mains touchées avec cordes de rétraction et début de limitation articulaire - Greffe au niveau des fesses	Réserve à la marche	Promenade	Schizophrénie paranoïde	-	Nécessité centre de rééducation - Mains: mobilisation passive, balles, lancers de ballons - Membres inférieurs: foot dans la salle d'activité - 2 à 3 séances par semaine
I - Cas 3	♂	A - étage de l'USDSS	Hémiplégie gauche suite à un AVC	Marche avec béquille	-	-	Avait volé pour se nourrir	Nécessité de centre de rééduc - Adressé par le kiné - Récupération de quelques degrés de flexion sur le membre supérieur
I - Cas 4	♂	-	Neuropathie alcoolique	Marche en béquilles	-	Schizophrénie	-	Proposition d'un rollator, refusé par le patient
I - Cas 5	♂	-	Coup de couteau dans le pouce - Limitations articulaires	-	-	-	-	Adressé par le kiné après travail moteur pour prise en charge sur le plan fonctionnel
J - Cas 1	♂	CPA	Amputation des 2 jambes - Altération progressive de l'état général- Incontinence uro-fécale débutante	Se déplace en fauteuil - Nécessité d'un lit médicalisé - Besoin d'aide pour incontinence	Pas autonome dans la gestion de son diabète	Dialyse - Diabète - Antécédents cardiovasculaires	Impasse de l'assistante sociale pour organiser la sortie - "une place en EHPAD qui n'arrive pas"	Suivi et gestion du diabète - Toilette du siège 1 fois (hors mission) - Nécessité d'institutionnalisation
J - Cas 2	♂	A	Amputation d'un bras suite à un AVP	Difficulté à faire sa vaisselle - Aide pour le ménage	Autonome dans la gestion de son diabète	Diabète insulino-dépendant	-	Suivi et gestion de son diabète - Mise en place aide pour le ménage
J - Cas 3	♂	A - 1er étage	Cancer des os	Se déplace en fauteuil	Peu vu à l'UCSA, hospitalisation à l'UHSI et Bergonié pour chimiothérapie	-	-	Prises de sang

#### 4.4. Annexe 4 : Bon de consultation

Les bons de consultation sont mis à disposition des personnes détenues. Celles-ci peuvent les remplir selon l'objet de leur demande. Les bons ainsi remplis sont déposés dans des boîtes aux lettres à chaque étage et relevés par les IDE de l'USDSS.



**CHU**  
Hôpitaux de  
Bordeaux

PÔLE MÉDICO-JUDICIAIRE

**UNITÉ DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES  
U.C.S.A.**

Centre pénitentiaire de Gradignan

Date :	Nom :	Prénom :	Cellule :	N° d'écrou :
Vous souhaitez venir à l'infirmerie pour :				
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Ophtalmo (lunettes) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Gynéco <input type="checkbox"/> Assistante sociale				
Indiquer d'une croix où se situe votre douleur. 	<input type="checkbox"/> Consultation dentaire 		<input type="checkbox"/> Prescription de médicament 	
			<input type="checkbox"/> Résultat d'examen 	
<b>Merci de préciser votre demande :</b>   				

## 4.5. Annexe 5 : Le guide d'entretien (version finale)

---

### Avant-propos :

J'effectue des entretiens auprès du personnel soignant exerçant au CP de Bordeaux Gradignan dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale. Ces entretiens sont anonymes. Le but est de connaître votre vécu dans vos interventions auprès des détenu-e-s en situation de handicap moteur.

Etes-vous d'accord pour enregistrer l'entretien ? Mettre en marche

### 1ERE PARTIE

---

- Quelle est votre profession ?
- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans le milieu carcéral ?
- Avez-vous une expérience du soin en dehors du milieu carcéral ?
- Comment en êtes-vous arrivé-e à exercer dans ce milieu ?

### 2EME PARTIE

---

- En tant que professionnel-le, quelles sont vos modalités d'intervention dans le milieu carcéral ?  
**Points à aborder :**
  - Les amplitudes horaires
  - Le lieux d'exercice, bureau, un ou plusieurs bâtiments
  - Local adapté ?
  - Les modalités d'accès, perte de temps ?

### 3EME PARTIE

---

- Pouvez-vous décrire ce qu'est le handicap moteur pour vous ?
- Vous arrive-t-il d'intervenir auprès de patients en situation de handicap moteur ?
- Pouvez-vous décrire globalement en quoi consiste vos interventions auprès de ces personnes ?
  - o **Points à aborder :** Où ? Quand ? Avec qui ? Pendant combien de temps ? Refus ?
- Pourriez-vous me décrire une consultation particulière avec un patient en situation de handicap moteur ou l'une de vos prise en charge ?
  - o **Points à aborder :** Description du handicap du patient
- Avez-vous un autre exemple à me donner ?
- Pour les cas dont vous m'avez parlé, quelles ont été vos difficultés ?
  - o **Relance ou demande de précision :**
    - D'autres difficultés ont-elles marqué votre exercice dans ce type de prise en charge ?
    - Selon vous d'où proviennent ces différentes difficultés ?
    - Comment avez-vous pu réagir face aux difficultés ?
- Avez-vous un exemple de vécu positif de patient et un exemple de vécu négatif de vos prises en charges ?
- Quel est votre sentiment général par rapport aux prises en charge des détenus en situation de handicap moteur ?

### 4EME PARTIE

---

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ces interventions ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les conditions de vie générale des détenus ayant un handicap moteur ?
- Est-ce que vous souhaitez développer d'autres idées qui vous semblent importantes ?

#### 4.6. Annexe 6 : Le guide d'entretien (version initiale)

---

##### 1<sup>ère</sup> partie

Quelle est votre profession ?  
Quel âge avez-vous ?  
Depuis combien de temps exercez-vous dans le milieu carcéral ?  
Avez-vous une expérience du soin en dehors du milieu carcéral ?  
Comment en êtes-vous arrivé à exercer dans ce milieu ?

##### 2<sup>e</sup> partie

En tant que professionnel, quels sont vos modalités d'intervention dans le milieu carcéral ?

Points à aborder :

- Les amplitudes horaires
- Le lieux d'exercice, bureau, un ou plusieurs bâtiments
- Les modalités d'accès, perte de temps ?
- Local adapté ?

Pouvez-vous décrire ce qu'est le handicap moteur pour vous ?

Vous arrive-t-il d'intervenir auprès de patients ayant un handicap moteur ?

Pouvez-vous décrire globalement en quoi consiste vos interventions auprès de ces personnes ? (où ? quand ? avec qui ? combien de temps ? refus ?)

Pourriez-vous me décrire une consultation particulière avec un patient handicapé moteur ?

Points à aborder :

Quel type de handicap moteur

Y a-t-il un projet de soin, interdisciplinaire

Avez-vous un exemple de prise en charge au long cours concernant un patient handicapé moteur ?

Pour les cas dont vous m'avez parlé, quelles ont été vos difficultés ?

D'autres difficultés ont-elles marqué votre exercice dans ce type de prise en charge ?

- Selon vous d'où proviennent ces différentes difficultés ?
- Comment avez-vous pu réagir face aux difficultés ?

Avez-vous un exemple de vécu positif de patient et un exemple de vécu négatif ?

Quel est votre sentiment général par rapport aux prises en charge des détenus ayant un handicap moteur ?

##### 3<sup>ème</sup> partie

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ces interventions ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les conditions de vie générales des détenus ayant un handicap moteur ?

##### Fin de l'entretien

Est-ce que vous souhaitez développer d'autres idées qui vous semblent importantes ?

## 4.7. Annexe 7 : La déclaration à la CNIL

<b>FINALITÉ</b> <i>Ce champ est le titre de la fiche</i> <i>Etat de la fiche : Actif</i>	MED - Etude qualitative de l'intervention des soignants en milieu carcéral dans la prise en charge des patients ayant un handicap moteur.
<b>DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)</b> <i>Décrire les principaux Objectifs du Traitement</i>	Objectif principal: Repérer les problématiques des soignants dans la prise en charge des détenus en situation de handicap moteur Objectifs secondaires: 1) Identifier les approches mises en œuvre par les soignants pour la prise en soins des détenus handicapés moteurs 2) Détecter les différentes limites rencontrées par les professionnels 3) Faire émerger des propositions faites par les soignants  Entretiens qualitatifs avec les soignants prenant en charge des patients ayant un handicap moteur
<b>CIL DÉSIGNÉ</b>	Chantal Durand
<b>ENTITÉ</b>	Université de Bordeaux
<b>RESPONSABLE DE TRAITEMENT</b> <i>[Entité] Université de Bordeaux (représenté par Tunon De Lara Manuel)</i>	[Entité] Université de Bordeaux
<b>RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE</b> <i>Unité parente : Université de Bordeaux - Présidence</i>	Université de Bordeaux - Département de médecine générale
<b>GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS</b> <i>CIL</i>	CIL
<b>DATE DE MISE EN ŒUVRE</b>	22/03/2018
<b>CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES</b> <i>Personnes concernées par le Traitement</i>	Professionnels de santé exerçant en milieu carcéral dans 2 à 3 prisons d'Aquitaine
<b>CATÉGORIES DE DONNÉES ET CATÉGORIES DE DESTINATAIRES</b> <i>Décrire le Traitement (tip : vous pouvez coller depuis Word)</i>	
données	sexe, âge, profession, service, horaires entretiens audio retranscrits
destinataires	investigatrice principale, directeur et co-directeur
durée de conservation	36 mois
Entretiens semi-dirigés et enregistrés auprès de professionnels de santé exerçant en milieu carcéral, retranscription puis analyse à l'aide du logiciel N-Vivo	
<b>DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE</b> <i>Vous pouvez modifier cette date si nécessaire. Si la date d'horodatage existe, cette dernière fait foi (Cliquez dans le champ pour afficher le calendrier)</i>	22/03/2018
<b>MOTIFS</b> <i>Saisissez les motifs de la version en préparation. Par défaut le motif de la première version peut</i>	1ère activation
<b>CIL désigné</b>	Chantal Durand
<b>Responsable de Traitement</b>	[Entité] Université de Bordeaux (représenté par Tunon De Lara Manuel)
<b>Responsable droit d'accès</b>	CIL
<b>VERSION DE LA FICHE</b>	1
<b>STATUT</b>	Actif
Détails et commentaires sur le changement de statut	Fiche transférée au service le Thursday 22 March 2018 - 17:30 Brouillon repris par le CIL le Friday 23 March 2018 - 13:54 Fiche activée le Friday 23 March 2018 - 14:00
<b>Date de modification de l'état</b>	23/03/2018
<b>AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE</b>	Morgane Sevin
<b>Id</b>	495

Docteur P. BRUN  
Praticien Hospitalier  
USDSS  
CENTRE PENITENTIAIRE  
GRADIGNAN

## 4.8. Annexe 8 : Formulaire de consentement

---

### Formulaire de consentement

Je, soussigné/e déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « étude de l'intervention des soignants en milieu carcéral dans la prise en charge des patients ayant un handicap moteur »

Sous la direction de : Dr Brun Pierre et Pr Pétregne

Promoteur : Université Bordeaux Collège Santé, 146 rue Léo Saignat

Investigatrice principale : Morgane Sévin

But de l'étude : Repérer les problématiques des soignants dans la prise en charge des détenus en situation de handicap moteur

Engagement du/de la participant/e : l'étude va consister à réaliser des entretiens enregistrés auprès des équipes soignantes intervenant en milieu carcéral. Ces entretiens porteront sur leur vécu par rapport à leurs interventions auprès des patients ayant un handicap moteur.

Engagement de l'investigatrice principale : en tant qu'investigatrice principale, elle s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du/de la participant/e : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du/de la participant/e : le/la participant/e a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigatrice principale, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le/la participant/e pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme. L'étude sera déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Tous les enregistrements seront détruits à l'issue de l'étude.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigatrice principale s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le/la participant/e.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Signatures :

Le/la participant/e

L'investigatrice principale



## LES SOIGNANT·E·S FACE AU HANDICAP MOTEUR AU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE BORDEAUX-GRADIGNAN

Université  
BORDEAUX

Département  
de médecine générale

Morgane SÉVIN, Pierre BRUN<sup>1</sup>, François PÉTREGNE<sup>2</sup>

(1) Médecine pénitentiaire de Bordeaux, (2) Département de Médecine Générale de Bordeaux

Contact: morgane.sevin@wanadoo.fr

### Description du CP<sup>1</sup> de Bordeaux- Gradignan

- Construit en 1967.
- 680 personnes incarcérées, densité carcérale de 170%.
- Maison d'Arrêt: quartier A (bâtiment de 6 étages accueillant des hommes), quartier femme (QF) et quartier B (accueillant des hommes et des mineurs).
- Centre pour Peines Aménagées (CPA): bâtiment récent (2011) accueillant les personnes ayant le plus de chance de réinsertion ou en semi-liberté.

### Introduction

La prévalence du handicap dans les établissements carcéraux est plus importante que dans la population libre. La population écrouée est en moins bonne santé (surreprésentation des pathologies psychiatriques, des addictions, des infections), plus défavorisée et présentant plus d'incapacités notamment physiques. De plus la population carcérale française est marquée par un vieillissement constant. L'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques (USDSS) et l'Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques (USDSP) sont les deux équipes chargées du soin aux personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires.

**Notre objectif était de décrire l'intervention des soignant·e·s dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au sein de cette détention spécifique.**

### Méthodologie

Une étude qualitative a été menée auprès de 10 soignant·e·s exerçant au sein du CP entre mars et juillet 2018. L'échantillon était constitué de : 2 médecins généralistes, une assistante sociale, un kinésithérapeute, 2 infirmier·e·s diplômés d'État, 1 cadre infirmière, 1 infirmière de secteur psychiatrique, une ergothérapeute, une auxiliaire de vie sociale venant d'une association de l'extérieur. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel N-Vivo.

### Résultats

- ✓ Les soignant·e·s décrivaient une grande complexité des pathologies et des incapacités des patient·e·s, dont découle une forte interdisciplinarité entre les intervenants du champ médical, paramédical, psychiatrique et social, mais également avec l'administration pénitentiaire (AP) et ses agents (Fig 1).
- ✓ Limites et adaptations:
  - L'inadaptation des locaux de la prison au handicap était souvent relevée (Fig 3).
  - Trouver une structure d'accueil à la sortie de prison peut être difficile, du fait de l'accumulation des pathologies présentées par la personne handicapée. La précarité (absence de logement), la perte des liens familiaux, ou le statut d'ancien·ne détenu·e sont des limites pour trouver une structure d'hébergement.
  - Un manque de matériel était relevé, tant pour les aides techniques que les outils de travail, du fait des critères de sécurité que doit remplir le matériel entrant en détention.
  - Le financement des aides relève principalement de l'ouverture ou la reconduction de droits sociaux, et notamment de la Prestation Compensatrice de Handicap, fournie par le département. Cette aide ne peut être délivrée pour des handicaps temporaires (traumatologie).
  - Ces difficultés retentissent sur la temporalité du soin à la personne handicapée en détention (Fig 2).
- ✓ Ces limites provoquent un sentiment d'impuissance et de frustration chez certain·e·s soignant·e·s qui tentent de se "débrouiller" pour effectuer au mieux les prises en charge dans ce milieu contraignant.
- ✓ Les soignant·e·s ont également décrit les conditions de vie difficiles, voir inhumaines, au sein de ce CP qui peuvent majorer la perte d'autonomie pour les patient·e·s en situation de handicap moteur.
- ✓ La reconstruction de l'établissement prévue pour 2022 constitue un grand espoir d'amélioration.

### Conclusion

Une augmentation des moyens humains et matériels semble nécessaire aux prises en charge, surtout dans le champ de la rééducation. Il est fortement souhaitable que le futur établissement respecte les normes d'accessibilité, notamment dans les cellules, où les détenu·e·s restent enfermés 22h/24. L'accès aux unités de soins doit être garanti. Il est important de s'interroger sur le sens de la "double peine" infligée à une personne incarcérée et en situation de handicap physique et/ou psychique. Dans ce contexte d'inflation carcérale nationale et de vieillissement de la population détenue, il est fort à parier que "l'humanisation" de la prison augmente la proportion de ce public vulnérable dans ses murs. Il s'agit donc, parallèlement à l'amélioration de l'intérieur des établissements pénitentiaires, de favoriser sur un plan pénal le recours aux alternatives à l'incarcération pour les personnes en situation de handicap, et de faciliter l'octroi de mesures de suspension de peine pour raison médicale.

### Figure 1: Interdisciplinarité en jeu dans la prise en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan<sup>1</sup>

### Figure 2: Une temporalité spécifique dans la prise en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan

### Figure 3: Le chemin des patient·e·s: adaptation des soignant·e·s face à l'inadaptation des locaux

La cellule	Les sanitaires	L'ascenseur (pannes fréquentes+++)	Le lieu de consultation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'accueil des handicaps trop lourds</li> <li>• Demande à ce que le patient·e soit transféré·e dans une cellule mieux agencée, ou au 1er étage</li> <li>• Appui d'une demande d'aménagement de peine</li> <li>• Demande à l'AP que le patient·e soit en fauteuil roulant ou accompagné d'un codétenu aidant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide de l'auxiliaire de vie</li> <li>• Certificat médical pour être seul dans les douches communes</li> <li>• Demande de tabouret à l'AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité d'un certificat médical pour utilisation par le patient → parfois refusé par les patients du fait de l'attente ou non pris en compte par l'AP</li> <li>• Patient mis au même étage que l'unité de soin</li> <li>• Patient porté par les surveillants ou codétenus dans les escaliers lors des pannes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail dans une autre salle plus accessible lorsque le bureau n'est pas adapté</li> <li>• Salle trop petite en kinésithérapie: nécessité de monter des exercices à tout petit volume et d'insister sur la promenade pour travailler l'endurance</li> </ul>

### Figure 4: Abreviations utilisées:

AP : Administration Pénitentiaire  
 CMP : Centre Médico Psychologique  
 CP : Centre Pénitentiaire  
 EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
 RPA : Résidence Personne Agée  
 UHSA : Unité Hospitalière Spécialisée Aménagée  
 UHSAI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale  
 USDSS : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques  
 USDSP : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques

## 5. EXTRAIT DES VERBATIM

### 5.1. Extrait du verbatim I

M : D'accord. Est-ce t'as eu d'autres difficultés pour la prise en charge des patients qui ont un handicap moteur ?

I : Ben moi on me demande souvent, 'fin on m'a demandé souvent pour les aides techniques. Donc les aides techniques moi je sais comment faire. Mais après pour les faire rentrer et tout le reste, y a beaucoup de patients qui se plaignent de leur positionnement au lit, de... de difficulté pour bouger et tout le reste ... Et là c'est un peu compliqué, tu vois le fauteuil roulant ou le déambulateur, pour le rollator, faut qu'on fasse des prêts, on peut pas leur acheter à leur nom. Y a ... une possibilité de vol ou des trucs comme ça. Et... donc c'est très difficile, c'est-à-dire que... sur les aides techniques on peut pas. Ensuite ce que j'ai remarqué sur le point de vue moteur, c'est ...j'sais pas si t'as déjà maté les cellules handicapés... c'est honteux.

M : C'est-à-dire...

I : Ah c'est... j'connais surtout celle du quartier mineur...

M : Y a une cellule handicapé chez le mineurs ?

I : Ouais !

M : D'accord.

I : C'est honteux, c'est sale, les robinets, y a pas les trucs pressoirs...

M : Pressoirs...Pour le savon ? Pour se laver les mains ?

I : Oui pour monter l'eau et tout le reste, tu vois si on a une limitation, que ce soit juste l'épaule qui baisse, ou qui abaisse. C'est des trucs sur le côté ou, faut tourner donc c'est pas une (inintelligible) donc il peut pas ouvrir son robinet quoi en fait. Ne fois j'me suis pris la tête avec le directeur du quartier mineur, parce qu'on avait reçu un jeune, donc lui il s'était brûlé en incendiant une bagnole, et y avait pas de chaise plastique dans la douche, ça veut dire qu'il devait prendre sa douche sur un fauteuil roulant.

M : Sur son fauteuil roulant ?

I : Ouais. Parce que y avait pas de chaise plastique dans la douche. Donc voilà. C'est ... lui, le directeur disait « non pour des raisons de sécurité on va pas lui mettre... y a une chaise pour manger on va pas lui mettre une chaise dans la douche. Donc voilà. On pourrait en mettre une quoi, on va pas poser des questions d'hygiène... et tout le reste euh voilà... Même tu vois sur les coussins, même les coussins de l'UCSA, sur les fauteuils roulants de l'UCSA, pareil...on peut pas les faire rentrer non plus. Parce que c'est un peu le bordel, mais les coussins en mousse ou

anti-escarre ou les trucs comme ça, parce qu'on en a quelques-uns qui bougent pas de leur fauteuil roulant de la journée quoi. A part pour se remettre au lit. Et euh, ça aussi...

M : Donc même pour avoir des coussins c'est compliqué ?

I : 'Fin j'crois que j'ai jamais vu un coussin anti-escarre ou un coussin pour fauteuil roulant depuis que je travaille là-bas.

M : D'accord.

I : Ça c'est mon côté ergo, tu sais on est très dans le matériel aussi hein donc euh...

M : Ouais, mais du coup quelles autres aides techniques t'aimerais bien avoir, et que t'arrives pas à faire rentrer ?

I : ... Euh... ... Alors c'est vrai que j'ai tellement fait mon deuil de l'aide technique...que...

M : (rires)

I : Bon tout con, pour les personnes qui ont une limitation du bras et tout le reste, donc couteaux, fourchettes, ça pourrait être bien tu vois des trucs comme ça.

M : Des couteaux et des fourchettes adaptés euh...

I : Ouais. Mais tu vois, rien que pour avoir une plaque chauffante, j'pourrais p'tet demander à mon cadre de faire rentrer du thermoformable, euh, c'est ce qu'on utilise pour les orthèses... Euh si je pouvais récupérer du thermoformable ça veut dire qu'après ils m'amènent leur fourchette, je fais chauffer le thermoformable, à la vapeur de la plaque chauffante. Donc c'est du bricolage hein... Comme ça il commence à être un peu mou, je r'enroule leur fourchette avec ce thermoformable pour agrandir le manche et comme ça ils ont quelque chose pour mieux manger. Plutôt qu'une fourchette ou y a un p'tit truc comme ça (elle montre) et où c'est un peu plus difficile

M : D'accord, et là y a des patients qui pourraient... mieux... manger avec des fourchettes adaptées ?

I : Oui. Ouais. Ouais j'pense que certains galèrent, hein. Ouais.

M : Donc des couverts adaptés, ça, ça serait pas mal... Ok. Et donc y a une cellule handicapé au quartier mineur. Mais qui est pas tu trouves... adaptée...

I : Ouais, y a une barre pour les toilettes, une barre pour la douche, euh, le lavabo il est trop haut...c'est-à-dire, que

si jamais euh... si jamais on a quelqu'un qui a une sonde urinaire... y a pas de plateau pour poser ses trucs ça veut dire qu'il faut qu'il ressorte de la douche pour aller chercher sa table de repas, pour faire le changement de sonde. Tu vois des trucs comme ça... Euh le gel douche il est par terre y a pas de tablette pour poser les gels douches ou les trucs comme ça, donc du point de vue sanitaire euh... donc ouais, c'est pas... c'est pas terrible du tout.

M : Et pour l'instant y a un mineur qui en a eu besoin de cette cellule ?

I : Un peu plus... Des fauteuils roulants... euh, j' pense qu'ils sont 2 ou 3 à être passés en 6 ans.

M : D'accord...

I : Ouais. Et après elle est un peu plus grande parce qu'en fait elle est juste conçue pour que la douche soit à plat, et qu'il puisse faire une rotation en sortant de la douche et à côté du lit avec son fauteuil. Mais bon, faut pas que y ait un fauteuil roulant électrique non plus, quoi c'est euh...

M : Et ces difficultés à faire rentrer les choses c'est des contraintes sécuritaires ?

I : Bah j' pense que c'est sécuritaire mais... ..

M : C'est pas budgétaire ?

I : Aussi. Mais après si on fait les démarches avec l'assistante sociale... Alors y a la contrainte sécuritaire mais y a aussi la question du vol.

M : Comment ça ?

I : Ben tu prends un coussin, plus top (inintelligible) pour quelqu'un et tout le reste, euh... pour une assise au fauteuil roulant... ben on sait jamais hein...

M : il risque de se le faire voler ?

I : Ouais, qu'un surveillant ou un autre détenu... puisse le voler hein. C'est tout bête hein.

M : On lui donne pas par peur qu'il se le fasse voler...

I : C'est ça, ouais. Je pense que y a une appréhension là-dessus.

M : Comment tu fais pour réagir face au manque de matériel euh... Comment tu te débrouilles ?

I : Ah ça a été difficile au début... j'comprenais pas, ça m'faisait chier euh, j'trouvais ça con, j'trouvais ça dommage pour le patient, et tout le reste... Voilà après... j'ai pris mon mal en patience. On perd du temps bêtement mais... voilà. Et finalement... les choses sont en train de s'arranger, on va avoir une nouvelle prison. Le but c'est que j'aie une salle de 24m<sup>2</sup>, euh... moi je suis déjà en train de l'aménager dans ma tête pour la prise en charge du handicap moteur, du handicap psychique et un peu des 2. D'autre matériel, plus de place, plus de trucs pour euh... en plus y'aura ... j'crois que y'aura une cuisine, commune avec l'UCSA, pour les activités. Ce qui serait bien. Donc ouais on peut dire que pour l'instant c'est pas bien mais plus tard on va pouvoir euh... faire les choses proprement. Je prends mon mal en patience. Sinon je me bats contre des moulins à vent et je m'épuise pour rien. Même si c'est dommage mais ouais.

M : C'est qui euh... les moulins à vent ?

I : Ben un peu l'administration, le manque de matériel euh...voilà. La lenteur aussi, parce que c'est très long la prison...

M : Pour qui ? Pour toi ?

I : La lenteur administrative quoi tu vois, tu demandes un truc ça peut prendre euh... soit ça peut aller très vite, soit ça peut prendre des semaines pour avoir un truc...

M : ... Ouais ça t'est déjà arrivé d'attendre des semaines ou des mois ? Pour avoir une aide technique ? Pour un patient qui avait un handicap moteur ?

I : Euh... j'ai arrêté hein. Y a des trucs j'ai arrêté.

## 5.2. Extrait du verbatim B

---

M : Hmm, est-ce que tu as un exemple de vécu positif du détenu et un exemple de vécu négatif, par rapport euh, aux interventions... que vous faites... ou par rapport à leur vécu euh, dans... la prison...

B : Mais leur vécu à quel niveau... leur vécu avec leur handicap ou leur vécu tout court ?

M : Oui, globalement ? Euh, est-ce que tu as des retours, toi par rapport à ça... ?

B : Euh... bah c'est plutôt le vécu, euh, d'être emprisonné qui est souvent, euh, plus relayé que... parce que là ils

sont privés de tout, c'est-à-dire qu'ils sont pas que privés de liberté, ils sont privés de leur euh... aide habituelle, euh... ils sont privés de leurs habitudes habituelles qui étaient peut-être facilitées, s'ils étaient au rez-de-chaussée, s'ils étaient autonomes, s'ils étaient ... avec des aidants euh... Donc ça veut dire que là tout doit se réadapter et euh... même si y a des possibilités euh... d'aide euh... c'est peut-être pas euh... on palie à ce qui est possible en fait, mais, c'est... c'est pas le mieux en fait. Donc, euh... après pour les patients, euh... ce qui est compliqué c'est qu'ils sont quand même relativement

seuls, ils sont 22h/24 seuls en cellule, donc euh... je sais pas, j'essaie de voir ce que...

M : Donc toi t'es plutôt euh... tu penses plutôt à du vécu négatif, de la part du détenu...

B : Ah bah oui !

M : Y a pas des fois... peut-être... euh... des choses positives euh...

B : Qu'est-ce qui pourrait être positif euh... si, si c'est quelqu'un qui est sorti complètement du soin, euh... qui est handicapé, qui est ... euh... voilà, qui est exclu du soin, exclu euh... d'une vie sociale, exclue euh... d'un domicile... etc, effectivement on peut euh... profiter de cette incarcération, même si je sais pas si on peut dire « profiter », pour effectivement, le remettre dans le soin, euh... voir avec lui... lancer peut-être des dossiers euh, de CMU-c...euh, remettre effectivement... le remettre dans le soin. Voilà, le remettre dans le soin parce que, nous, ça va être que ça, hein.

M : D'accord. Hm... et toi, euh, quel est ton sentiment général par rapport aux prises en charge des patients... euh qui ont un handicap moteur ?

B : Bah je trouve que la prison est pas du tout adaptée. Parce que ... parce qu'ils sont privés de tout. Donc je trouve que ça... ça augmente, c'est-à-dire que la privation pour quelqu'un qui est valide...euh...toutes les privations,

parce que c'est pas que la liberté... c'est euh... ça ne devrait pas être, puisque normalement la prison n'est que pour la privation de liberté et pas pour la privation de liens sociaux ... euh... et pour les handicapés, je trouve, c'est plus compliqué parce que, donc du coup il faut essayer, de, de... de faire du palliatif d'adaptation à ... à leur handicap, dans un milieu qui n'est pas fait pour ça du tout. Puisque rien n'est prêt, il n'y a pas de cellule handicapée, il n'y a pas de douche accessible, il n'y a pas de... d'autonomie possible, pour les gens qui sont euh, avec un handicap... moteur.

M : Donc, euh...c'est un ressenti un peu... ..

B : Bah plutôt négatif ouais.

M : Et donc, euh, quelle seraient, tes suggestions pour améliorer vos interventions, ou les conditions de vie des détenus... qui ont un handicap moteur... euh...

B : Euh, bah ça serait un ... palliatif à ... l'incarcération en fait, ça serait de pas les incarcérer. Voilà. Donc, euh ... y a plein de ...après qu'est-ce que ça serait, je sais pas moi... un bracelet électronique à domicile ... ou... d'autres choses, je ... je ... moi après je suis pas magistrat, mais je pense qu'il y a plein de solutions...autres, euh... à l'incarcération. Donc effectivement je serais plutôt sur ça. C'est pas du tout, euh forcément d'améliorer les choses à l'intérieur, mais plutôt de pas les incarcérer.

### 5.3. Extrait du verbatim C

---

C : ...on a eu un monsieur qui est arrivé avec une maladie de Parkinson, donc avec quand même des difficultés de déplacement...

M : ...De marche ...

C : De marche, euh, qui se sont majorées en détention, de par la sédentarité, mais euh *force 1000*... Ce qui fait que on a travaillé une liberté conditionnelle, avec un retour à domicile de ce monsieur. On a dû se déplacer à domicile, avec un médecin, pour évaluer... le matériel qu'il y avait à disposition, euh et on a fait une autre euh, *avec monsieur*, pour qu'il nous montre euh, comment il faisait dans son quotidien, ce qui était compliqué, un monsieur qui vivait au 1<sup>er</sup> étage, dans un logement *sans ascenseuur* (rire), en déambulateur. Voilà donc, euh, et on a dû mettre des auxiliaires, enfin des, des aides humaines, *plus* qu'il n'avait en entrant en détention...

M : Pour la sortie ?

C : Pour la sortie. Voilà.

M : Il est resté combien de temps ce monsieur ?

C : Il est resté... 1 an et demi. Il a fait la moitié de sa peine. Euh on a dû, voilà, euh, y avait des aides humaines, portage de rep... alors, y avait une aide, enfin... il a fallu faire adapter la salle de bain qui était plus euh...

M : De son domicile...

C : De son domicile. Euh, un temps d'auxiliaire de vie, euh supérieur, à ce qu'il avait euh à la base, et une livraison de portage de repas qu'il n'avait pas jusqu'ici puisqu'il était accompagné pour faire ses courses et cuisiner...

M : D'accord, et euh... en détention ce que t'avais mis en place c'était quoi ?

C : Des auxiliaires de vie.

M : D'accord, et lui euh ...

C : Il se déplaçait avec son petit déambulateur, il était à l'étage de l'infirmerie, euh à une toute petite distance pour venir jusqu'à nous tous les jours.

M : Et dans sa cellule ça se passait comment ?

C : Il était tout seul.

M : Il était tout seul ?

C : Ouais, étant donné que ça fait 9 m<sup>2</sup> que t'as tout à portée de main... s'tu veux...

M : Ouais.

C : ...euh...il était pas emmerdé.

M : D'accord.

C : Par contre pour aller aux douches il y allait avec l'auxiliaire de vie, elle lavait son linge. Voilà. Et puis, il *peut* arriver, donc là, tu vois, une majoration à la sortie de détention, et il peut arriver qu'en prison on arrive avec aucun besoin et que la prison mette en avant, euh, des besoins, non repérés, à domicile, parce que, parce qu'à domicile ça s'organise euh autrement. Donc la dame qui était amputée aussi des 2 jambes, et appareillée, qui en fait, euh, vivait son quotidien, entourée de sa famille, euh, dans ses déplacements, euh... pour élever ses enfants... dans son quotidien euh... Et sauf qu'en détention y a plus de famille. En détention, y a besoin... d'aides, et y avait *aucun* droit.

M : Hm hm.

C : Et des droits en urgence, ce... c'est compliqué. (...)

M : Et comment ça s'est passé quand elle est rentrée en détention du coup ?

C : Bah la cata ! La catastrophe hein. C'est-à-dire pas d'auxiliaire de vie, euh, la question de qui va financer...

M : Comment elle faisait du coup pour...

C : Elle faisait pas. Donc elle ne s'est pas douchée pendant... 21 jours, je crois ? Euh, une infirmière a fini par accepter de lui laver la tête. Euh, parce que, euh, c'était plus possible. Et euh, j'ai lancé une demande de PCH en urgence, mais ça veut dire pour lancer une demande de droits en urgence il faut récupérer des documents. Ça s'adressait quand même à un entourage familial, qui avait des difficultés, à l'écrit, et à la lecture... Donc, pour repérer les documents, eh ben... ça a été quand même épique ! Il a fallu guider au travers des logos, euh, récupérer les papiers, et encore le dossier est parti ... incomplet.

M : Et t'as fini par réussir à avoir la... la...

C : Je ne sais pas, elle a été libérée avant même que, la prestation puisse-t-être, euh, mise en place.

M : C'est-à-dire que y a personne qui passait ? Ou y a des gens qui passaient ?

C : Si si ! A partir du moment où euh, j'ai fait la demande de prestation compensatrice de handicap, en urgence, des auxiliaires de vie sont intervenues, en détention, sans

être sûres, que la prestation allait être accordée, mais bon au vue du handicap quand même, ça aurait été un comble que ça le soit pas ! (en riant) Mais euh, finalement, euh, sans aucune, garantie, avec l'accord de la MDPH.

M : Avec l'accord de la MDPH...

C : Ouais. Un accord écrit par mail.... Mais ça c'est hyper rare. Une PCH en urgence elle va mettre, euh, minimum 4 mois. Pas d'urgence là tu vois (ironie).

M : Là tu dis que la patiente elle est sortie avant... de ...

C : Alors j'me souviens plus si c'était euh... elle pas restée très longtemps hein je dirais 2 mois à peine. C'est la question du statut aussi hein, prévenue, condamnée, euh... il se passe pas les mêmes choses, des fois y en a qui peuvent être libérés ou qui peuvent être transférés... dans d'autres établissements, tu peux engager des démarches et pas les voir aboutir finalement. Parce que ça va partir en gestion sur un autre département, par quelqu'un d'autre. Ou ça va tomber à l'eau parce que euh, parce qu'on aura pas pu faire le lien, parce que la personne aura pas parlé de ce qui était ... en cours de là où elle venait ou parce qu'elle aura d'autre chose à faire euh, en sortie de prison... Là cette dame je suis certaine que ... elle ne se sera pas souciee de savoir ce qu'a pu donner euh, le droit à la prestation.

M : Hm hm.

C : Puisque, elle revient dans son environnement, euh, qui était soutenant, aidant, euh...

M : (tout bas) D'accord. Euh, hm hm, tu m'as déjà parlé de plusieurs choses, mais, euh, est-ce que t'as eu d'autres difficultés pour ces cas-là dont tu t'es occupée, euh...

C : Euh, oui des orientations sortie de prison, mais pas véritablement en lien...enfin si, c'est un *tout* quoi, finalement. Pas véritablement en lien avec le *handicap*, euh moteur...

M : Avec d'autres...problémat...

C : Tout ...dans la situation *globale*, faisait que euh, (en listant) sortant de prison, SDF, en situation de précarité éventuelle, souffrant de problématiques de santé chroniques, non observant..., handicap moteur. (Rire) Alors ça faisait beaucoup en général, les, les structures elles euh...

M : Donc c'est pour euh, pour trouver la structure de sortie en fait...

C : Ouais. Cette personne, amputée des 2 jambes, euh, diabétique, euh voilà, seule malgré une mesure de protection, voilà avec un entourage familial assez réduit, une sœur qu'il... qu'il a un petit peu épuisée, euh, aucune visite hein, pendant les 4 ans de détention, euh...Avec cette personne, euh, impossible, d'être dans un retour à la rue ! Une prise en charge en structure d'urgence c'est

pas possible, en fauteuil c'est, c'est hyper galère. En 115 ? A l'hôpital ? Mais c'était pas forcément une hospit... 'fin, voilà.

M : Mais vous avez réussi quand même...

C : Ouais, une euh... USLD, unité de soins euh, longue durée, euh, mais euh... après avoir essuyé *moult* refus, y compris de ce même service qui l'a accueilli finalement. Il a fallu faire une *pression*. On va dire.

#### 5.4. Extrait du verbatim G

---

G : Et sinon j'ai déjà eu du mal à faire rentrer le fauteuil dans un des bureaux, euh... c'était pas un fauteuil pardon c'était un déambulateur... et du coup le déambulateur j'ai dû le laisser à la porte du bureau. Et faire rentrer le patient euh... comme ça... en l'aidant quoi.

M : C'était un patient qui avait des troubles à la marche ?

G : Oui un vieux. Euh, ouais, un patient âgé, obèse, qui avait du mal à se mouvoir.

M : Ok et dans l'ensemble les patients, ils arrivent quand même à arriver jusqu'en consultation pour te voir.

G : ... Oui, alors parfois quand on a pas envie de les faire changer de bureau, parfois quand ils sont en salle de soin, bah on va les examiner en salle de soin, qui est une salle un peu plus grande, un peu mieux faite pour examiner les patients.

M : D'accord, et pour les faire venir à l'UCSA même, enfin t'as pas eu de mal à faire venir les patients... même à l'UCSA quoi.

G : Alors si, parce que y a des patients qui doivent venir en ascenseur, avec l'ascenseur. Et parfois y a pas de liftier. Et du coup il faut attendre pour les voir. Parfois on arrive pas à le voir dans la matinée... comme on avait programmé... faut reporter euh... parce que c'est un travail ... d'équipe avec l'administration pénitentiaire. Aussi. On est tributaire de, euh, qui... qui veulent bien nous amener les patients aussi, certains, parfois.

M : Et généralement ils te les amènent quand même.

G : Hm, oui. C'est souvent dans les cas de force majeure que ça pose problème.

(...)

M : Pour les problèmes justement d'ascenseur et tout ça, euh, comment tu peux faire pour réagir face à cette difficulté euh... pour les difficultés d'accès, comment tu peux faire pour réagir... tu m'as dit que des fois tu les aides pour entrer dans le bureau de consult' euh, que tu demandes à l'administration pénitentiaire de te les amener, est-ce que t'as d'autres moyens de réagir aux problèmes d'accessibilité toi en tant que soignante ? T'as des solutions ? Euh, pour l'accès ?

G : Alors je sais que certains patients ne veulent pas, 'fin, certains patients auraient pu avoir besoin de prendre l'ascenseur, mais ils ne le font pas, parce qu'il faut qu'un liftier leur ouvre la porte de l'ascenseur. Du coup ils préfèrent prendre le risque de prendre les escaliers, par exemple, avec des béquilles, euh, plutôt que d'attendre pendant 3 heures que quelqu'un, leur ouvre la porte, pour l'ascenseur. Moi j'ai souvent fait des certificats pour prendre l'ascenseur, et les patients m'ont dit, « ah mais de toute façon pff, ça m'embête ce certificat, parce que pour sortir en promenade ça va être difficile, de devoir attendre pendant une heure, euh le retour ça a être pareil euh... on va devoir m'accompagner donc ça va me prendre du temps ». Donc y a déjà des patients en béquilles qui m'ont dit qu'ils avaient descendu les escaliers en béquilles. C'est un peu problématique ouais.

M : D'accord.

G : Et comment palier, euh ... ? Bah, comment palier, bah que la prison n'est pas aux normes handicapées, que, les ascenseurs on est tributaire des agents de l'administration pénitentiaire pour l'utiliser.

M : Et du coup des fois, t'as des patients qui viennent et qui sont dans d'autres étages, et qui viennent te voir en béquilles par les escaliers ? A l'UCSA ?

G : Ouais.

M : D'accord.

G : Par exemple au bâtiment B, ben y a pas du tout de... y a pas d'ascenseur. Et l'UCSA se trouve au 1<sup>er</sup> étage. Donc euh les patients euh...

M : Et là des fois tu peux pas, euh, faire en sorte euh...

G : De les voir en cellule ?

M : Ou qu'ils soient à ton étage ? Euh...

G : Hmmm (inintelligible)

M : Hm, ok. Tu m'as dit que les patients ils sont souvent triplés en cellule ?

G : Ouais. Ce qui est... illégal. Parce qu'ils sont censés être 1 par cellule. Et elles sont doublées, très, très souvent, et triplées parfois.

M : Et donc des fois c'est difficile pour toi de demander à ce que le patient soit seul en cellule à cause de ça ? A cause de la surpopulation ? La pénit' ils acceptent généralement ?

G : Nan, quand on fait la demande c'est généralement accepté, après euh, 'fin ils peuvent se retrouver en difficulté du coup.

M : Du fait d'être tous seuls tu veux dire ?

G : Ouais.

M : Et pour les patients dont tu m'as parlé, par exemple celui qui a le fixateur externe, il fait comment pour aller à la douche ?

G : ...

M : Il a pas d'aide du coup.

G : Non il a pas d'aide.

M : Il y va seul en béquille.

G : Ouais. Peut-être qu'ils l'ont laissé en cellule arrivant euh, en cellule arrivant y a des douches.

M : Y a des douches dans la cellule ?

G : Oui.

## 6. SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patientes et les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à toute personne en situation de précarité et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes consœurs et mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les êtres humains, mes consœurs et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## 7. RESUME

### **ABSTRACT**

#### **Care workers experience in the care of patients with motor disability in the Bordeaux-Gradignan Penitentiary Center**

**Context** : Physical disabilities are more prevalent in prison than in general population, moreover, french inmate population is ageing. The Bordeaux-Gradignan Pénitentiary Center (CP) houses almost 680 inmates and was put into service en 1967. Our purpose was to describe how care workers handle patients with motor disabilities in this particular jail.

**Method** : We undertook a qualitative survey. Semi-structured interviews were conducted with ten care givers who worked in the Bordeaux-Gradignan CP between mars and july 2018. Datas were analysed with the help of N-Vivo software.

**Results** : Care workers reported being dependant on the prison administration in their work. They have to adapt to security requirement which lead to restrictions of their time and space, and also to a lack of material equipment in the care of patients with motor disabilities. Social care is essential to fund material and human assistance. Physical rehabilitation, treatment of medical and psychiatric comorbidities and also the organisation of the patients release are major issues in their care. The participants formulated the maladjustment of this CP infrastructure for disabled persons. They often expressed negative feelings concerning those barriers and described the hardness of life conditions for those vulnerable inmates.

**Conclusion** : The study results highlight the interdisciplinarity and the complexity at stake in the care of patients with motor disabilities in the Bordeaux-Gradignan CP. There is a hope that the difficulties due to inappropriate infrastructure faced by patients and care workers, will improve with the center reconstruction, planned for 2022.

**Key words** : Bordeaux-Gradignan Penitentiary Center, care workers, motor disability, temporality, accessibility

## **RÉSUMÉ**

### **Vécu des soignant·e·s dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan**

**Introduction** : Les incapacités physiques sont plus fréquentes en détention que dans la population générale, de plus la population carcérale française vieillit. Le Centre Pénitentiaire (CP) de Bordeaux-Gradignan accueille environ 680 détenu·e·s et a été mis en service en 1967. Notre objectif était de décrire comment les soignant·e·s prennent en charge des détenu·e·s en situation de handicap moteur au sein de cette détention particulière.

**Méthodologie** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, a été menée auprès de 10 soignant·e·s exerçant au CP de Bordeaux-Gradignan entre mars et juillet 2018. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel N-Vivo.

**Résultats** : Les soignant·e·s signalaient une dépendance à l'administration pénitentiaire dans leur exercice. Il·elle·s doivent s'adapter aux exigences sécuritaires qui entraînent des contraintes de temps et d'espace, ainsi qu'un manque de matériel pour les prises en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur. Le volet social de la prise en charge est primordial pour le financement des aides techniques et humaines. La rééducation, le traitement des comorbidités médicales et psychiatriques ainsi que l'organisation de la sortie sont également des enjeux importants de la prise en charge. Les soignant·e·s ont signalé l'inadaptation des infrastructures du CP au handicap. Ceux·elles-ci éprouvaient un sentiment négatif vis-à-vis des prises en charge du fait de ces nombreuses limites, et faisaient part de la dureté des conditions de vie de ces détenu·e·s vulnérables.

**Conclusion** : Les résultats de cette étude ont mis en évidence l'interprofessionnalité et la complexité en jeu dans la prise en charge des patient·e·s en situation de handicap moteur au CP de Bordeaux-Gradignan. Il existe un espoir que certaines des contraintes liées aux infrastructures, rencontrées par les soignant·e·s et les patient·e·s, s'améliorent avec la reconstruction de l'établissement, prévue pour 2022.

**Mots clefs** : Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, soignant·e·s, handicap moteur, temporalité, accessibilité

**Lien** : Médecine Générale