

Rapport

**au Gouvernement de la République française
relatif à la visite effectuée en France
par le Comité européen pour la prévention
de la torture et des peines ou traitements
inhumains ou dégradants (CPT)**

du 15 au 27 novembre 2015

Le Gouvernement de la République française a demandé la publication du rapport susmentionné du CPT et de sa réponse (CPT/Inf (2017) 8).

Strasbourg, le 7 avril 2017

TABLE DES MATIERES

Copie de la lettre transmettant le rapport du CPT.....	4
RESUME EXECUTIF	5
I. INTRODUCTION	9
A. Dates de la visite et composition de la délégation	9
B. Etablissements visités	10
C. Consultations et coopération	10
D. Mécanisme national de prévention	12
II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES .	13
A. Etablissements des forces de l'ordre	13
1. Remarques préliminaires.....	13
2. Mauvais traitements	14
3. Garanties contre les mauvais traitements.....	17
4. Conditions de détention.....	20
B. Etablissements pénitentiaires	22
1. Remarques préliminaires.....	22
2. Mesures prises pour lutter contre la surpopulation carcérale.....	23
3. Mauvais traitements	25
4. Conditions de détention.....	27
a. conditions matérielles	27
b. régime	30
<i>i. régime ordinaire.....</i>	<i>30</i>
<i>ii. prise en charge des détenus dits « radicalisés ».....</i>	<i>32</i>
<i>iii. détenus soumis à des régimes de détention spéciaux.....</i>	<i>35</i>
<i>iv. vidéosurveillance.....</i>	<i>36</i>
5. Services de santé	37

6.	Autres questions	45
a.	ressources en personnel	45
b.	contacts avec le monde extérieur	48
c.	discipline.....	49
d.	mesures de sécurité	51
C.	Etablissements psychiatriques.....	53
1.	Remarques préliminaires.....	53
2.	Mauvais traitements	56
3.	Conditions de séjour.....	58
4.	Ressources en personnel	60
5.	Prise en charge des patients.....	62
6.	Mise en chambre d'isolement et d'autres moyens de contention	63
7.	Garanties	68
a.	procédures de placement et sortie.....	68
b.	garanties durant le placement	73
D.	Etablissements de soins de longue durée	75
ANNEXE :		
	Liste des autorités nationales, autres instances et organisations rencontrées par la délégation du CPT	79

Copie de la lettre transmettant le rapport du CPT

Monsieur Yves Charpenel
Premier avocat général
Cour de cassation
5, quai de l'Horloge
75001 Paris

Strasbourg, le 31 août 2016

Monsieur,

Conformément à l'article 10, paragraphe 1, de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, j'ai l'honneur de vous adresser le rapport au Gouvernement de la France établi par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) à l'issue de la visite qu'il a effectuée en France du 15 au 27 novembre 2015. Le rapport a été adopté par le CPT lors de sa 90^{ème} réunion, qui s'est tenue du 4 au 8 juillet 2016.

Les recommandations, commentaires et demandes d'informations formulés par le Comité figurent en gras dans le texte du rapport. En ce qui concerne plus particulièrement les recommandations du CPT, le Comité demande aux autorités françaises, eu égard à l'article 10, paragraphe 1, de la Convention, de fournir dans un délai de **six mois** une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises pour les mettre en œuvre. Le CPT espère que les autorités françaises pourront également fournir, dans leur réponse, leurs réactions aux commentaires et demandes d'informations formulés dans ce rapport.

Concernant la recommandation formulée au paragraphe 81, le CPT demande aux autorités françaises de lui fournir une réponse dans un délai de **trois mois**.

Je reste à votre entière disposition pour toutes les questions que vous souhaiteriez poser au sujet du rapport du CPT ou de la procédure à venir.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma haute considération.

Mykola Gnatovskyy
Président du Comité européen pour
la prévention de la torture et des peines
ou traitements inhumains ou dégradants

RESUME EXECUTIF

Au cours de sa sixième visite périodique en France, la délégation du CPT a effectué des visites dans 12 établissements des forces de l'ordre (police et gendarmerie), quatre prisons et trois établissements de santé, dont une unité pour malades difficiles ainsi qu'un établissement de soins de longue durée, afin d'y examiner la situation des personnes privées de liberté.

La coopération lors de la visite a été très bonne. Néanmoins, le principe de coopération requiert également que des mesures effectives soient prises pour mettre en œuvre les recommandations du CPT. A cet égard, le Comité constate avec préoccupation que plusieurs recommandations importantes, formulées de longue date, n'ont toujours pas été mises en œuvre, notamment concernant les conditions matérielles de détention dans les établissements de police, la surpopulation carcérale ainsi que les conditions dans lesquelles se déroulent les transferts et les soins des personnes détenues en milieu hospitalier. Surtout, le Comité considère que les mauvaises conditions de détention en prison, notamment dans les maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes, associées à la surpopulation et au manque d'activités pourraient être considérés comme un traitement inhumain et dégradant.

Police

La majorité des personnes qui étaient ou avaient été récemment arrêtées par les forces de l'ordre n'ont fait état d'aucun mauvais traitement physique. Cependant, le CPT est préoccupé par le fait que plusieurs personnes rencontrées par la délégation ont indiqué avoir reçu des coups volontaires par des policiers lors d'interpellation ou dans l'enceinte des locaux de police. Ces allégations, dont certaines provenaient de mineurs, concernaient principalement des situations survenues en Ile-de-France. De plus, un nombre non négligeable d'allégations d'insultes, notamment à caractère raciste ou homophobe, ont été recueillies. Le Comité recommande que des mesures soient prises afin de délivrer régulièrement un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements à l'ensemble des membres des forces de l'ordre, d'améliorer leur formation et de mettre en place les poursuites nécessaires en cas de plaintes de mauvais traitements.

Le régime actuel de la garde à vue reconnaît par principe l'ensemble des garanties contre les mauvais traitements que sont le droit d'aviser un proche de sa situation, d'avoir accès à un avocat et à un médecin ainsi que d'être informé de ses droits. Toutefois, des mesures devraient être prises pour garantir le droit d'être assisté d'un avocat en toute circonstance dès le début de la garde à vue et afin d'assurer qu'un mineur privé de liberté ne puisse jamais être soumis à un interrogatoire ni contraint de faire des déclarations ou de signer un document relatif à l'infraction dont il est soupçonné sans la présence d'un avocat et, en principe, d'un adulte de confiance pour l'assister.

Le Comité est vivement préoccupé par les conditions matérielles de détention de la plupart des établissements de police visités : cellules collectives d'à peine 6 m² utilisées pour détenir plusieurs personnes pour des durées prolongées, y compris la nuit ; absence d'aération et de fenêtre ; locaux sales, malodorants avec des traces de projections ; manque de produits d'hygiène personnel. Si les locaux de gendarmerie étaient dans un bien meilleur état, il est préoccupant de constater que beaucoup de chambres de sûreté étaient toujours dépourvues d'un système d'appel.

Prisons

Les prisons françaises connaissent une surpopulation préoccupante depuis plusieurs années, certains établissements ayant des taux d'occupation approchant, voire dépassant, les 200%. Ainsi, les trois maisons d'arrêt visitées (Fresnes, Nîmes et Villepinte) avaient un taux d'occupation compris entre 150 et 180%. De nombreux détenus étaient hébergés à deux ou trois dans des cellules de moins de 10 m² et devaient parfois dormir sur un matelas posé au sol. Le CPT appelle les autorités françaises à garantir à chaque détenu un minimum de 4 m² d'espace de vie en cellule collective et de disposer d'un lit individuel dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Il demande également à ce que des mesures soient prises pour diminuer la population carcérale notamment en engageant une réflexion vers une nouvelle politique pénale et pénitentiaire durable.

En matière de mauvais traitements, le CPT est préoccupé par le nombre élevé d'allégations crédibles d'insultes, de recours excessif à la force et de coups portés délibérément par certains surveillants de la maison d'arrêt de Fresnes. De plus, quelques allégations d'usage excessif de la force et de propos insultants ont été recueillies dans les trois autres prisons visitées (Condé-sur-Sarthe, Nîmes et Villepinte). Le Comité formule des recommandations spécifiques aux autorités françaises afin de prévenir de tels agissements dans les établissements visités.

Les conditions matérielles variaient d'un établissement à l'autre. Elles étaient très bonnes au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, ce qui contrastait avec celles des trois autres établissements visités. La situation était particulièrement préoccupante dans les prisons de Fresnes et de Nîmes où d'importants problèmes de chauffage (température de 15°C), d'humidité (prolifération de moisissures) et de nuisibles (rats, cafards) s'ajoutaient à la surpopulation.

A la différence de la situation constatée au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, la majorité des détenus des maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte ne bénéficiaient d'aucune activité motivante et d'aucun travail ; ils passaient souvent plus de 21 heures en cellule. Le CPT recommande que tous les détenus puissent passer une partie raisonnable de la journée hors de leur cellule occupés à des activités motivantes.

Le Comité considère que le risque d'embrigadement et de radicalisation n'est, en principe, pas supérieur dans les lieux de privation de liberté que dans le monde libre, dans la mesure où la détention se déroule dans des conditions dignes et que des activités constructives et motivantes sont offertes. Il est recommandé aux autorités de revoir leur approche concernant la prise en charge des détenus dits « radicalisés ».

Les soins de santé étaient dans l'ensemble satisfaisants dans les prisons de Condé-sur-Sarthe et de Fresnes ; ils devraient être améliorés, notamment concernant la présence de médecins, dans les établissements de Nîmes et de Villepinte. Des mesures devraient également être prises pour garantir la pleine confidentialité des consultations médicales, améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus et prévenir les suicides. Le CPT déplore que le transfert et les soins prodigués aux détenus en milieu hospitalier extérieur continuent d'être pratiqués dans des conditions inacceptables : recours très répandu aux entraves et présence fréquente du personnel d'escorte, y compris lors d'interventions chirurgicales ou d'accouchements. De telles pratiques peuvent être considérées comme humiliantes et dégradantes.

Le CPT regrette l'insuffisance du personnel pénitentiaire effectivement présent dans les maisons d'arrêt visitées ce qui entraînait d'importantes répercussions sur le fonctionnement des établissements (diminution des activités, suppression des mouvements des détenus, démotivation du personnel et tensions).

Concernant les mesures de sécurité, le CPT recommande que les fouilles à nu soient uniquement réalisées par étapes suite à une évaluation individuelle des risques et que les modalités de la surveillance nocturne, notamment l'éclairage régulier des cellules de certains détenus, soient revues.

Etablissements psychiatriques

Les patients des établissements visités n'ont fait état d'aucun mauvais traitement de la part du personnel soignant. S'agissant de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse, le CPT est préoccupé par des allégations de recours excessif à la force par le personnel pénitentiaire lors d'interventions en zone de soins. De plus, quelques patients se sont plaints d'agressions verbales, de menaces et de comportements provocateurs de la part de certains agents pénitentiaires lors de leur admission à l'UHSA. Le Comité recommande que des mesures soient prises afin de mettre un terme à ces agissements. Les autorités devraient également protéger les patients auteurs d'infractions à caractère sexuel des violences infligées par d'autres patients.

S'agissant des conditions de séjour dans les établissements visités, les conditions matérielles étaient globalement satisfaisantes, à l'exception de quelques unités de suite du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM), qui présentaient des signes de vétusté. A l'unité pour malades difficiles (UMD) d'Albi, il serait opportun d'améliorer l'équipement des cours de promenade et de créer un environnement plus convivial dans les chambres des patients ainsi que dans les espaces communs.

Dans l'ensemble des établissements visités, la prise en charge médicale des patients était basée sur une approche individualisée. Le CPT est cependant préoccupé par la prescription concomitante d'un nombre relativement élevé de psychotropes différents pour le traitement médicamenteux de certains patients à l'UMD d'Albi. A cet égard, le Comité salue le projet de mise en place d'un groupe de travail au niveau régional en coopération avec l'Observatoire du médicament et des dispositifs médicaux (OMEDIT).

Les ressources en personnel étaient adéquates dans les établissements psychiatriques visités en termes d'effectifs. Cependant, au vu des profils particuliers des patients accueillis à l'UMD, le CPT recommande que la présence d'un psychiatre y soit renforcée. A l'UHSA de Toulouse, les agents pénitentiaires travaillant avec des patients devraient recevoir une formation adaptée et les consignes concernant leurs interventions en zone de soins devraient être revues.

Dans les établissements visités, les patients agités et/ou violents pouvaient faire l'objet d'une mesure de contention. Dans ces établissements, les chambres d'isolement étaient satisfaisantes en termes d'installations et d'équipement. Cependant, des dispositions devraient être prises au CHGM afin que les patients confinés en chambre d'isolement ne soient pas visibles par d'autres patients. Le CPT considère que les patients placés à l'isolement devraient être surveillés de manière continue.

Le CPT est préoccupé par la fréquence et la durée des mesures de contention mécanique dans les établissements psychiatriques visités. De plus, la surveillance des patients soumis à une telle mesure par le personnel soignant n'était pas assurée de manière directe et permanente.

Le Comité salue l'introduction, par la loi du 26 janvier 2016, d'un encadrement législatif des mesures de contention utilisées dans les établissements psychiatriques mais regrette que les nouvelles dispositions législatives ne fassent pas référence à la contention chimique. Plus généralement, il préconise l'incorporation de ses principes concernant le recours à la contention dans les protocoles médicaux existants.

La réforme législative, qui a eu lieu depuis la dernière visite du CPT, a introduit des changements importants concernant les garanties qui entourent les placements en établissement psychiatrique. Désormais, un contrôle systématique de tels placements est effectué par le juge des libertés et de la détention (JLD). Ce contrôle devrait néanmoins s'effectuer dans un délai plus court que les 12 jours prévus par la législation actuellement en vigueur. Le Comité recommande également que le contrôle par le JLD s'effectue sur la base d'un avis émanant d'un psychiatre indépendant de l'établissement d'accueil.

Il est préoccupant que les brochures d'information remises aux patients dans les établissements psychiatriques ne renseignaient pas toujours clairement les patients sur leurs droits et les voies de recours existantes ; d'ailleurs, les patients ne semblaient pas toujours être au courant des garanties offertes. Le CPT recommande une amélioration de l'accès des patients à une information adaptée.

Etablissements de soins de longue durée

A l'unité de soins de longue durée (USLD) Marcel Riser du centre hospitalier Gérard Marchant, les résidents n'ont fait état d'aucun mauvais traitement de la part du personnel. Le CPT salue l'attitude bienveillante du personnel à l'égard des résidents ainsi que la volonté d'améliorer les soins.

S'agissant des conditions de séjour, le bâtiment de l'USLD est apparu plutôt vétuste. Le CPT prend note du fait que, d'ici 2018, un nouveau bâtiment plus grand et mieux adapté devrait ouvrir ses portes.

La prise en charge des résidents était globalement satisfaisante. Cela dit, le Comité salue la volonté exprimée par la direction d'améliorer celle-ci en augmentant le ratio personnel soignant/résidents dans le cadre de la mise en service du nouveau bâtiment.

Les mesures de contention utilisées pour prévenir les chutes étaient bien encadrées et faisaient l'objet d'une procédure de surveillance et d'une réunion mensuelle dédiée. En revanche, s'agissant des mesures de contention utilisées à l'encontre des résidents agressifs et/ou agités, notamment l'isolement et la contention chimique, elles devraient faire l'objet d'un meilleur encadrement et d'un protocole spécifique.

Le CPT est préoccupé par l'absence de garanties essentielles entourant les placements en USLD. Au vu de l'absence, en France, d'une procédure de placement non volontaire dans les établissements hébergeant des personnes âgées, le CPT recommande aux autorités que les tribunaux compétents soient informés de la présence à l'USLD de tout résident n'étant pas (ou plus) en mesure de consentir valablement à son placement et n'étant pas soumis à une mesure de tutelle. Quant aux résidents placés sous tutelle, ceux-ci devraient bénéficier des garanties essentielles, notamment du droit d'introduire, à intervalles raisonnables, un recours devant un tribunal pour contester la légalité de leur placement.

I. INTRODUCTION

A. Dates de la visite et composition de la délégation

1. Conformément à l'article 7 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après « la Convention »), une délégation du CPT a effectué du 15 au 27 novembre 2016 une visite périodique en France. Il s'agissait de la douzième visite du Comité en France¹.

2. La visite a été effectuée par les membres suivants du CPT :

- Maité DE RUE, Première vice-présidente du CPT, cheffe de la délégation
- Régis BERGONZI
- Dan DERMENGIU
- Nico HIRSCH
- Anna LAMPEROVA.

Ils étaient secondés par Julien ATTUIL-KAYSER et Janet FOYLE du secrétariat du Comité, et assistés des experts suivants :

- Didier DELESSERT, médecin chef du service de médecine pénitentiaire de l'hôpital du Valais, Suisse
- Timothy HARDING, psychiatre, ancien directeur de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève, Suisse
- Vincent THEIS, directeur du centre pénitentiaire de Luxembourg, Luxembourg.

¹ Les précédentes visites périodiques du CPT en France ont eu lieu en 1991, 1996, 2000, 2006 et 2010. En outre, le Comité a effectué six visites *ad hoc*, en 1994 (deux visites), 2002, 2003, 2004 et 2008. Tous les rapports de visite du CPT et les réponses du gouvernement français ont été publiés et sont disponibles sur le site Internet du Comité (<http://www.cpt.coe.int/fr/etats/fra.htm>).

B. Etablissements visités

3. La délégation a visité les lieux de privation de liberté suivants :

Etablissements des forces de l'ordre

- Hôtel de police d'Albi
- Hôtel de police d'Alençon
- Commissariat d'Aulnay-sous-Bois
- Service de l'accueil et de l'investigation de proximité du 8^e arrondissement de Paris
- Service de l'accueil et de l'investigation de proximité du 9^e arrondissement de Paris
- Hôtel de police du 14^e arrondissement de Paris
- Hôtel de police de Toulouse
- Commissariat de Toulouse-Mirail

- Brigade de proximité de la gendarmerie d'Albi
- Brigade de proximité de la gendarmerie d'Alençon
- Brigade de proximité de la gendarmerie de Cugnaux
- Brigade de recherches de Toulouse-Mirail

Prisons

- Centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe
- Maison d'arrêt des hommes de Fresnes
- Maison d'arrêt de Nîmes
- Maison d'arrêt de Villepinte

Etablissements de santé

- Centre hospitalier Gérard Marchant de Toulouse, y compris l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)² et l'unité de soins de longue durée (USLD) Marcel Riser
- Centre hospitalier universitaire de Toulouse (visite ciblée de l'unité UF1 pour soins psychiatriques sans consentement)
- Unité pour malades difficiles (UMD) Louis Crocq d'Albi.

C. Consultations et coopération

4. La délégation a eu des consultations avec Christiane TAUBIRA, ministre de la Justice ainsi qu'avec des hauts fonctionnaires de son ministère. Elle a également eu des échanges avec Michel LALANDE, directeur de cabinet du ministre de l'Intérieur et Etienne CHAMPION, directeur de cabinet de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ainsi qu'avec d'autres hauts fonctionnaires de ces ministères. De plus, la délégation a rencontré Adeline HAZAN, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, des représentants du Défenseur des droits et de la Commission nationale consultative des droits de l'homme ainsi que des membres d'organisations non gouvernementales actives dans des domaines d'intérêt pour le CPT.

La liste des autorités nationales, des instances et des organisations consultées lors de la visite figure en annexe du présent rapport.

² Etablissement rattaché à l'établissement pénitentiaire de Toulouse-Seysses.

5. La délégation a bénéficié d'une très bonne coopération tout au long de sa visite. Ceci mérite d'être souligné, compte tenu du fait que cette visite a débuté au lendemain des attentats survenus le 13 novembre 2015 en Ile-de-France. La délégation a obtenu un accès rapide aux lieux de privation de liberté, y compris lorsque la visite de ces lieux n'avait pas été notifiée à l'avance. Elle a pu s'entretenir sans témoin avec les personnes privées de liberté et accéder à l'ensemble des documents nécessaires pour l'accomplissement de son mandat, y compris ceux à caractère médical. Dans ce contexte, il convient de saluer l'assistance apportée avant, pendant et après la visite par Yves CHARPENEL, agent de liaison du CPT, et Pierre VINCENT de la sous-direction des droits de l'Homme du ministère des Affaires étrangères.

Toutefois, deux situations problématiques sont à regretter. La première concerne les difficultés rencontrées lors de la visite nocturne de l'hôtel de police de Toulouse. La délégation n'a pas pu s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté pendant quelques temps ni accéder à certaines informations et registres les concernant.

La seconde situation concerne la maison d'arrêt des hommes de Fresnes où des membres de la délégation ont dû attendre des délais indus pour pouvoir s'entretenir sans témoin avec des détenus. Ces obstructions manifestes aux travaux de la délégation se sont principalement produites lors de visites à la Division I. Des détenus du quartier d'isolement ont également fait l'objet d'une fouille à nu après s'être entretenu avec un membre de la délégation, apparemment en application stricte du règlement. Une telle pratique relève d'une mauvaise compréhension du mandat du CPT et pourrait être assimilée à une mesure de représailles indirecte ou d'intimidation à l'encontre des détenus ayant accepté de s'entretenir avec la délégation.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre toutes les mesures qui s'imposent afin d'éviter, à l'avenir, de telles situations.

6. En outre, le CPT tient à rappeler que le principe de coopération, tel que prévu à l'article 3 de la Convention, ne se limite pas aux mesures prises pour faciliter la tâche des délégations durant les visites. Il exige aussi que les Parties prennent des mesures effectives pour améliorer la situation à la lumière des recommandations du Comité. A cet égard, il convient de souligner le développement des UHSA, permettant une meilleure prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques (voir paragraphe 74). Cependant, il est préoccupant de constater que plusieurs recommandations importantes, formulées de longue date, n'ont toujours pas été mises en œuvre, notamment concernant les conditions matérielles de détention dans les établissements de police, la surpopulation carcérale ainsi que les conditions dans lesquelles se déroulent les transferts et les soins des personnes détenues en milieu hospitalier.

Le Comité considère aussi que les mauvaises conditions matérielles de détention et la surpopulation constatées dans certains établissements pénitentiaires combinées à l'absence de régime, notamment dans les maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes, pourraient être considérées comme un traitement inhumain et dégradant.

Il est impératif que les autorités françaises prennent des mesures résolues afin d'améliorer les situations spécifiques mentionnées, à la lumière des recommandations formulées dans ce rapport, dans le respect du principe de coopération qui est au cœur de la Convention.

D. Mécanisme national de prévention

7. La France a, par la loi du 30 octobre 2007, institué un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), mécanisme national de prévention en application du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Depuis la précédente visite du CPT, la loi du 26 mai 2014³ a modifié le mandat du CGLPL afin d'inscrire dans le cadre législatif certaines pratiques, tel que l'élargissement de ses moyens d'action, de son champ d'intervention et de ses pouvoirs. La loi précise ainsi la portée des secrets opposables au Contrôleur général et autorise les contrôleurs ayant la qualité de médecin à accéder à des informations couvertes par le secret médical. La loi de 2014 donne également au CGLPL la compétence de contrôler l'exécution des procédures d'éloignement de personnes étrangères ainsi que d'adresser aux autorités des avis sur des projets de construction ou de réhabilitation de lieux de privation de liberté.

Enfin, le texte de loi introduit des dispositions pénales pour protéger les personnes amenées à être en lien avec le CGLPL et pour faciliter l'exercice de ses missions. La loi crée notamment un délit d'entrave passible de 15 000 euros d'amende contre toute personne faisant obstacle à la mission du contrôle général, soit en s'opposant aux visites ou à la communication de certains éléments, soit par des menaces ou représailles prises à l'encontre de toute personne en lien avec l'institution. Le CPT tient à saluer l'adoption d'une telle disposition législative qui revêt une importance particulière dans la lutte contre les phénomènes d'intimidation et de représailles⁴.

8. Comme lors de sa précédente visite, la délégation a constaté que le travail du CGLPL était unanimement reconnu pour sa contribution à l'amélioration du traitement des personnes privées de liberté en France.

³ Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

⁴ Pour plus de détails concernant les phénomènes d'intimidation et de représailles, voir le 24^e rapport général du CPT, CPT/Inf (2015) 1, paragraphes 41 à 46.

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES

A. Etablissements des forces de l'ordre

1. Remarques préliminaires

9. Au cours de sa visite, la délégation s'est rendue dans 12 établissements de police et de gendarmerie nationales dans différentes municipalités de France métropolitaine (voir la liste complète des établissements visités au paragraphe 3).

10. Au moment de la visite, les dispositions législatives relatives à la privation de liberté par les forces de l'ordre étaient dans l'ensemble inchangées depuis la précédente visite du CPT en 2010. Il convient de rappeler que le code de procédure pénale (CPP) autorise une privation de liberté pour vérification d'identité d'une durée maximale de *quatre heures*⁵. Depuis la visite de la délégation en novembre 2015, la loi renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement a été adoptée le 3 juin 2016⁶. Cette législation permet de prolonger la privation de liberté à l'issue d'une vérification d'identité pour une durée supplémentaire de *quatre heures* s'il « existe des raisons sérieuses de penser que [le] comportement [de la personne concernée] peut être lié à des activités à caractère terroriste⁷ ».

Le principal motif de privation de liberté par les forces de l'ordre⁸ demeure la garde à vue telle que définie à l'article 62-2 du CPP. La garde à vue peut en principe durée *48 heures* au maximum. Toutefois, en plus du régime ordinaire de garde à vue, le CPP prévoit un régime dérogatoire permettant de prolonger la privation de liberté jusqu'à 96 heures lorsqu'il est question de délinquance et criminalité organisées et jusqu'à 144 heures en matière de terrorisme⁹.

11. La durée totale de privation de liberté constatée par la délégation lors de la visite était variable, allant de quelques heures à 48, voire 72 heures. Il n'était pas rare que des personnes, y compris des mineurs, passent une, voire deux nuits dans des locaux des forces de l'ordre.

12. Les forces de l'ordre ont la possibilité, dans le cadre de procédures dites « simplifiées », d'interroger des personnes afin de dresser un procès-verbal simplifié de constatation d'infraction pour certains types d'affaires récurrentes et de faible importance. En théorie, les personnes concernées ne sont pas privées de liberté. Sur la base de plusieurs entretiens avec des policiers, il apparait toutefois que, dans la pratique, ces personnes sont *de facto* privées de liberté au sein de l'établissement de police et parfois maintenues dans un espace fermé (tel que les locaux de détention de la police). **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à ce sujet, notamment en ce qui concerne les garanties fondamentales offertes dans le cadre de cette procédure et son éventuelle durée.**

⁵ Article 78-3 du CPP.

⁶ Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale, JUSD1532276L.

⁷ Article 78-3-1 du CPP.

⁸ Les forces de l'ordre peuvent également priver une personne de liberté en cas d'ivresse publique et manifeste, jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé ses pleines capacités en application de l'article L 3341-1 du code de la santé publique.

⁹ Toutes les prolongations doivent être entérinées par un procureur puis par un juge de la liberté et de la détention ou un juge d'instruction.

2. Mauvais traitements

13. Comme lors de la précédente visite, la majorité des personnes qui étaient ou avaient été récemment arrêtées par les forces de l'ordre n'ont fait aucune allégation de mauvais traitements physiques.

Cependant, le CPT est préoccupé par le fait que plusieurs personnes rencontrées par la délégation, y compris des mineurs, ont indiqué avoir reçu des coups volontaires de la part de policiers suite à leur interpellation et, parfois, dans l'enceinte des locaux de police. A plusieurs reprises, des personnes ont également indiqué avoir reçu des coups de la part de policiers de brigades anti-criminalité (BAC) alors qu'elles se trouvaient menottées dans un véhicule de police. L'ensemble de ces allégations concernait principalement des situations en Ile-de-France. Dans certains cas, ces récits ont été corroborés par des constatations médicales effectuées par la délégation. A titre d'exemple, une personne examinée par un médecin de la délégation avait la pommette gauche tuméfiée, ce qui paraissait compatible avec ses plaintes d'avoir reçu des gifles au visage lors de son arrestation quelques heures plus tôt.

La délégation a également reçu des allégations d'usage excessif de la force par des policiers au moment de l'interpellation concernant des coups portés au visage lors de l'interpellation, des plaquages intempestifs au sol au moment de l'arrestation, des maintiens au sol de la tête avec le pied appuyant sur le visage et des serrages excessifs des menottes. Sur ce dernier point, un médecin de la délégation a constaté la présence de traces laissées par des menottes trop serrées sur des personnes ayant été récemment privées de liberté. La délégation a été informée du fait que les policiers responsables avaient refusés de les desserrer malgré des demandes répétées. De plus, un nombre non négligeable d'allégations d'insultes, notamment à caractère raciste ou homophobe, ont été recueillies.

Le CPT recommande, à nouveau, aux autorités françaises de poursuivre leur action en matière de prévention de la violence policière de sorte que les corps de direction et de commandement délivrent régulièrement un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements à l'ensemble des agents placés sous leur responsabilité. Ils doivent clairement énoncer que toute forme de mauvais traitements, y compris les insultes (qu'ils soient infligés au moment de l'arrestation, du transport ou de l'interrogatoire) est rigoureusement interdite et que les auteurs de tels actes, ceux qui les encouragent et ceux qui les tolèrent feront l'objet de sanctions adaptées.

De plus, ils doivent rappeler avec la plus grande fermeté qu'au moment de procéder à une interpellation, il ne faut pas employer plus de force qu'il n'est strictement nécessaire et que, dès lors que les personnes interpellées sont maîtrisées, rien ne saurait justifier de les brutaliser. En outre, ils doivent faire clairement comprendre à leurs agents que, s'il est jugé indispensable de procéder au menottage d'une personne interpellée, celui-ci ne doit en aucun cas être excessivement serré ; il convient de rappeler à cet égard qu'un menottage excessivement serré peut avoir de sérieuses conséquences médicales (lésions ischémiques parfois irréversibles, par exemple).

Une culture professionnelle doit être créée dans laquelle l'attitude correcte consiste à signaler les cas de mauvais traitements par des collègues ; il doit être clairement compris que la culpabilité s'agissant des mauvais traitements s'étend non seulement à ceux qui les ont infligés, mais aussi à toute personne qui sait ou qui devrait savoir qu'il y a mauvais traitements et qui n'a pris aucune mesure pour les empêcher ou les dénoncer. Cela signifie qu'il faut mettre en place une procédure claire de signalement et adopter des mesures de protection des lanceurs d'alerte.

14. Dans ses entretiens avec les personnes ayant été placées en garde à vue comme avec les forces de l'ordre, la délégation a constaté que les soutiens-gorge et les lunettes étaient en général enlevés lors du placement d'une personne en cellule de garde à vue. Les autorités ont indiqué que ce type d'effets personnels était restitué lors des interrogatoires. Néanmoins, de nombreux porteurs de lunettes ont indiqué à la délégation que tel n'avait pas été le cas pour eux. Le CPT considère que ces mesures appliquées de manière indiscriminée sont inopérantes si elles ont pour but de prévenir les suicides ou les actes malveillants ; les personnes placées en garde à vue continuant de disposer d'autres objets (notamment leurs vêtements ou les couvertures mis à leur disposition) leur permettant éventuellement un passage à l'acte. Surtout, une telle pratique est ressentie comme humiliante par les personnes concernées et les place en situation de soumission/d'infériorité. Le CPT note d'ailleurs que le recours à cette pratique a été dénoncé à de multiples reprises par le CGLPL. **Le Comité recommande aux autorités françaises de mettre un terme à la pratique systématique d'enlever ces objets aux personnes placées en cellule de garde à vue.**

15. Une prévention sérieuse et efficace des mauvais traitements des forces de l'ordre comprend également de prendre des mesures pour prévenir l'impunité. Dans ce contexte, il convient de souligner l'obligation faite, depuis janvier 2014, pour les membres des forces de l'ordre de porter sur leur uniforme un numéro de matricule à sept chiffres permettant de les identifier. La réforme en septembre 2013 de l'inspection générale de la police nationale (IGPN) a également permis une saisine directe des particuliers souhaitant porter plainte contre le comportement de policiers sur l'ensemble du territoire national¹⁰. Un outil statistique aurait également été mis en place en avril 2016 au sein de l'IGPN afin de recenser les violences perpétrées par des policiers. Un tel outil, pourtant indispensable pour lutter efficacement contre d'éventuels mauvais traitements, ne semble pas exister au sein de la gendarmerie nationale.

Cependant, les forces de l'ordre ne semblent pas systématiquement porter leur matricule lors d'opérations de maintien de l'ordre, ce qui rend leur identification complexe voire impossible. De plus, il convient de noter que tant l'IGPN que l'inspection générale de la gendarmerie nationale (IGGN) ne peuvent s'autosaisir pour enquêter sur des allégations de mauvais traitements. Le Défenseur des droits (DDD), dans son mandat relatif à la déontologie de la sécurité, effectue un travail d'intérêt en la matière mais ses conclusions ne sont pas systématiquement suivies par les autorités notamment en matière d'ouverture de poursuites. Au niveau judiciaire, les poursuites engagées à l'encontre de membres des forces de l'ordre dans le cadre de mauvais traitements présumés s'avèrent souvent longues et, selon la société civile¹¹, les condamnations sont rares et les sanctions judiciaires faibles au regard d'autres condamnations pénales prononcées en France.

Le CPT considère qu'en cas de plaintes relatives à des mauvais traitements infligés par des membres des forces de l'ordre ou d'informations crédibles en la matière, les autorités devraient être dans l'obligation légale d'ouvrir des enquêtes menées avec célérité, de manière approfondie et par des personnes entièrement indépendantes de l'institution mise en cause.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires à la lumière de l'ensemble des éléments qui précèdent. De plus, les forces de gendarmerie sont invitées à mettre en place un outil informatique, si possible similaire à celui développé par la police, pour recenser les plaintes pour mauvais traitements infligés par des gendarmes et les suites y réservées. Le Comité souhaite également recevoir des informations concernant le nombre de poursuites engagées à l'encontre de membres des forces de l'ordre dans le cadre de mauvais traitements présumés et leur issue.

¹⁰ L'IGGN peut être saisie pour des actes commis par des gendarmes.

¹¹ Voir notamment le rapport « L'ordre et la force, enquête sur l'utilisation de la force par les représentants de la loi en France », ACAT France, avril 2016.

16. Le rapport de visite de 2010 du CPT recommandait de revoir les instructions d'emploi de pistolets à impulsions électriques (PIE) notamment en « état de nécessité »¹² ou à l'encontre de personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes sous l'emprise de stupéfiants ou d'alcool).

Depuis cette visite, le DDD a publié en 2013 un rapport relatif à trois moyens de force intermédiaire dont le PIE. Il ressort du rapport que les règles d'engagement pour un équipement identique n'étaient pas les mêmes entre la police et la gendarmerie. Le DDD recommande que l'utilisation du PIE en cas d'état de nécessité soit repensée et que son utilisation en mode contact soit restreinte. Dans son rapport d'avril 2016, l'ACAT France répertorie plusieurs décès survenus en 2013 et 2014 après utilisation d'un PIE, y compris un cas où le PIE aurait été utilisé en mode contact pour une durée prolongée – sans qu'un lien n'ait pu être démontré, à ce stade, entre les décharges reçues et les décès constatés¹³.

Le Comité note avec intérêt que l'instruction¹⁴ du 2 septembre 2014, commune à la police et à la gendarmerie, encadre plus précisément le recours aux « armes intermédiaires ». Cette circulaire précise qu'un PIE ne peut être utilisé dans le cadre de l'état de nécessité « que pour protéger une valeur supérieure à celle sacrifiée par son usage ». Le PIE ne peut être utilisé sur des personnes blessées, des femmes enceintes ou des malades cardiaques. Le CPT note toutefois que l'instruction n'apporte pas de précision claire au sujet de son utilisation contre des mineurs. De plus, de l'avis du Comité, l'utilisation des PIE devrait se limiter aux situations présentant un danger réel et immédiat pour la vie ou un risque évident de blessures graves.

Au cours de la visite, la délégation a été informée de l'intention des autorités de ne plus doter les PIE d'un système d'enregistrement sonore et vidéo notamment en raison de la volonté des autorités politiques de généraliser l'équipement des forces de l'ordre en caméra piéton. Cette décision est regrettable, tant il apparaît que si les images enregistrées étaient souvent de mauvaise qualité (et parfois inexploitable), l'enregistrement sonore était fréquemment utilisé pour comprendre le déroulement de l'intervention. Un tel système qui se déclenche automatiquement dès la sortie de l'arme de son étui ne peut totalement être substitué par une caméra embarquée dont le déclenchement dépend de la volonté de l'agent.

Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts pour mieux encadrer l'utilisation du PIE notamment en proscrivant son utilisation à l'encontre de mineurs, en limitant son utilisation aux cas de danger réel et immédiat pour la vie ou un risque évident de blessures graves ainsi qu'en revoyant son usage en mode contact. Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises concernant la fin du recours aux enregistrements audio et vidéo de ces armes.

¹² Défini par l'article 122-7 du code pénal : acte nécessaire à la sauvegarde d'un bien ou en vue d'appréhender l'auteur d'une infraction s'il manifeste un comportement violent ou dangereux.

¹³ Rapport de l'ACAT France précédemment cité.

¹⁴ Instruction relative à l'emploi du pistolet à impulsions électriques (PIE), des lanceurs de balles de défense (LBD) de calibre 40 et 44 mm et de la grenade de désencerclement (GMD) en dotation dans les services de la police nationale et les unités de la gendarmerie nationale.

17. Lors de la visite du service de l'accueil et de l'investigation de proximité (SAIP) du 8^e arrondissement de Paris, la délégation a appris qu'une bombe lacrymogène avait été utilisée à deux reprises et de manière consécutive à l'intérieur d'une cellule collective d'environ 5 m², où trois personnes étaient détenues, afin de « calmer » une personne placée en garde à vue devenant agressive et agitée¹⁵. Une telle pratique n'est pas acceptable. Compte tenu de l'effet potentiellement dangereux d'un tel gaz, le CPT considère qu'il ne devrait pas être utilisé dans un espace confiné. **Le Comité recommande que les mesures nécessaires soient prises afin de proscrire l'utilisation d'un tel gaz à l'intérieur de ces locaux de police et, le cas échéant, dans tous les autres locaux de privation de liberté des forces de l'ordre en France.**

3. Garanties contre les mauvais traitements

18. Le CPT attache une attention particulière à la reconnaissance et à l'exercice effectif des garanties fondamentales contre les mauvais traitements, c'est-à-dire le droit d'aviser un proche de sa situation, d'avoir accès à un avocat et à un médecin ainsi que d'être informé de ses droits. Il convient de souligner que le régime actuel de la garde à vue reconnaît par principe l'ensemble de ces garanties.

19. Concernant la possibilité de faire prévenir un proche de la situation de la personne gardée à vue, la délégation a constaté que ce droit était le plus souvent respecté. Toutefois, plusieurs détenus ont indiqué ne pas avoir eu la possibilité d'exercer ce droit, sans avoir reçu d'explications. Ils n'ont pu le faire qu'à leur arrivée en prison. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de garantir, par principe, l'exercice effectif de ce droit à l'ensemble des personnes placées en garde à vue dès le tout début de la privation de liberté.**

20. De plus, il est regrettable que la recommandation spécifique du CPT de circonscrire le pouvoir du procureur de la République de différer le droit d'informer un proche « en raison des nécessités de l'enquête »¹⁶, sans limitation dans le temps, n'ait pas été mise en œuvre. Le Comité a toujours reconnu que l'exercice du droit d'informer un proche peut être assorti de certaines exceptions destinées à protéger les intérêts légitimes de l'enquête de police, à condition que ces exceptions soient clairement circonscrites par la loi. De plus, il considère que la possibilité de différer la demande de faire prévenir un proche devrait être limitée dans un texte normatif à une période maximale de 48 heures quel que soit le type d'infraction en cause. Cela constituerait un juste équilibre entre les nécessités de l'enquête et les intérêts de la personne placée en garde à vue. **Le Comité recommande, une nouvelle fois, que les mesures nécessaires soient prises afin de garantir que la possibilité de retarder exceptionnellement l'exercice du droit d'informer une personne de son choix réponde aux exigences susmentionnées.**

¹⁵ Une fois la personne agitée maîtrisée, les trois personnes gardées à vue ont bénéficié d'une procédure de décontamination appropriée.

¹⁶ Article 63-2, alinéa 2 du CPP.

21. En matière d'accès à un avocat, les personnes placées en garde à vue peuvent en principe avoir un entretien confidentiel avec un avocat, pour une durée maximale de 30 minutes, dès le début de leur privation de liberté. L'avocat a accès à différentes pièces de procédure (procès-verbaux et certificats médicaux notamment) et peut assister aux auditions et confrontations de la personne placée en garde à vue. Dans la pratique, il est apparu que ces personnes avaient en général un accès effectif à un avocat. Le CPT note d'ailleurs avec satisfaction que les inquiétudes, mentionnées dans son précédent rapport¹⁷, quant à la capacité des avocats à intervenir dès le début de la garde à vue ont été levées.

22. Le droit français prévoit toujours la possibilité de différer dans le temps l'intervention de l'avocat. La présence de l'avocat lors des auditions et confrontations peut être différée pendant 12 heures, voire de 24 heures, sur décision du procureur de la République dans le cadre du régime de droit commun de la garde à vue. Cette mesure n'affecte cependant pas la possibilité d'avoir un entretien confidentiel au début de la garde à vue. Le régime dérogatoire de la garde à vue (prévu pour les affaires de criminalité organisée) permet à un juge de différer jusqu'à 72 heures tout contact avec l'avocat pour des raisons impérieuses liées aux circonstances particulières de l'affaire¹⁸.

La circulaire d'application relative au régime de la garde à vue¹⁹ précise le caractère exceptionnel du report de l'intervention de l'avocat qui doit s'apprécier *in concreto* et non au regard de la seule qualification des faits.

Malgré ces précisions apportées par la circulaire, le CPT note que la législation prévoit toujours, dans un nombre de cas certes limité, la possibilité de priver une personne de l'assistance d'un avocat. Le Comité rappelle qu'il conçoit très bien qu'à titre exceptionnel et dans l'intérêt légitime de l'enquête il puisse être nécessaire de différer l'accès d'une personne gardée à vue à l'avocat de son choix. En revanche, une telle mesure ne doit pas avoir pour conséquence de la priver de cet accès pendant la période de privation de liberté.

Le CPT appelle, une nouvelle fois, les autorités françaises à amender les dispositions pertinentes du Code de procédure pénale afin de garantir en toute circonstance et à toute personne placée en garde à vue, quel que soit le type d'infraction qu'elle est soupçonnée d'avoir commise ou ait tenté de commettre, le droit d'être assistée par un avocat dès le début de la mesure. La possibilité, pour le procureur ou le juge, de différer l'exercice du droit d'être assisté par un avocat, y compris lors des auditions et confrontations, ne devrait viser que l'avocat du choix de la personne gardée à vue ; en cas de recours à cette possibilité, il convient d'organiser l'accès à un autre avocat, qui peut, en l'espèce, être désigné par le bâtonnier.

23. Concernant les mineurs placés en garde à vue, il ressort des constatations faites par la délégation qu'ils étaient en général auditionnés en présence d'un avocat. La délégation a reçu plusieurs allégations de mineurs qui n'auraient pas pu prévenir ou faire prévenir leurs parents ou représentants légaux de leur privation de liberté.

¹⁷ CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 20.

¹⁸ Pour plus de détails, voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 18.

¹⁹ Circulaire du 23 mai 2011 relative à l'application des dispositions relatives à la garde à vue de la loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, JUSD1113979C.

Au niveau normatif, le CPT regrette que la législation prévoit la possibilité pour un mineur de plus de 13 ans privé de liberté de ne pas être systématiquement assisté d'un avocat. De plus, les dispositions évoquées au paragraphe précédent permettant de différer l'assistance d'un avocat s'appliquent également aux mineurs. **Le Comité recommande que les mesures nécessaires soient prises afin qu'un mineur privé de liberté par les forces de l'ordre ne puisse jamais être soumis à un interrogatoire ni contraint de faire des déclarations ou de signer un document relatif à l'infraction dont il est soupçonné sans la présence d'un avocat et, en principe, d'un adulte de confiance pour l'assister.**

24. La délégation a constaté que le droit d'être examiné par un médecin²⁰ était généralement observé. Dans les zones urbaines, les forces de l'ordre avaient recours soit aux unités médico-judiciaires (quand celles-ci étaient disponibles) soit à des services hospitaliers ou à des médecins libéraux pour faire réaliser ces examens. Néanmoins, comme lors de la précédente visite, les forces de l'ordre – notamment de gendarmerie – rencontraient des difficultés à faire intervenir un médecin en zone péri-urbaine ou rurale notamment la nuit et le week-end. Les autorités nationales ont connaissance de ce problème, d'ailleurs souligné par le CGLPL dans ses rapports, et ont indiqué avoir engagé une réflexion à ce sujet. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre des mesures supplémentaires afin de permettre l'accès à un médecin à toutes les personnes privées de liberté par des forces de l'ordre.**

25. Les forces de l'ordre disposent de formulaires, en plusieurs langues, d'informations sur les droits à destination des personnes gardées à vue. Dans la pratique, les personnes rencontrées par la délégation avaient généralement été rapidement informées de leurs droits d'abord oralement au début de la privation de liberté puis par la remise d'un formulaire peu de temps après leur arrivée dans les locaux des forces de l'ordre. Néanmoins, certaines personnes ont rapporté n'avoir été informées de leurs droits que plusieurs heures après le début de leur garde à vue. **Le CPT invite les autorités françaises à poursuivre leurs efforts afin de garantir que toute personne privée de liberté par les forces de l'ordre, quelles qu'en soient les raisons, soit informée pleinement de l'ensemble de ses droits dès le tout début de la privation de liberté. Cela devrait être assuré, dans un premier temps, par des renseignements clairs fournis oralement, et complétés dès que possible (c'est-à-dire au moment même de l'arrivée dans des locaux des forces de l'ordre), par la remise d'un feuillet d'information.**

26. Dans la majorité des établissements visités, les différents registres relatifs à la privation de liberté étaient correctement tenus. Néanmoins, des lacunes ont été relevées dans les registres des postes de police d'Alençon, d'Aulnay-sous-Bois et de Toulouse et les établissements de gendarmerie de Cugnaux et de Toulouse-Mirail (informations incomplètes, personnes placées en garde à vue non mentionnées dans le registre). **Le CPT recommande aux autorités françaises d'assurer la bonne tenue des différents registres de privation de liberté dans ces établissements.**

²⁰ Tel que prévu à l'article 63-3 du CPP.

4. Conditions de détention

27. Les conditions matérielles de détention des locaux de gendarmerie visités ainsi que des commissariats d'Albi et de Toulouse-Mirail étaient dans l'ensemble satisfaisantes. Celles-ci contrastaient avec les constatations faites dans les autres établissements de police, qui sont source de forte préoccupation pour la CPT.

Les cellules des autres locaux de police visités étaient dans un état d'entretien et de propreté inacceptables : les locaux de détention étaient très sales, malodorants et avec des traces de projections sur les murs et au sol.

Au surplus, des cellules « collectives » de très petite taille, souvent d'à peine 6 m², étaient utilisées pour détenir trois personnes, voire plus, pour des durées prolongées pouvant aller en théorie jusqu'à 144 heures. La délégation a aussi constaté l'existence de cellules dites « individuelles » ne mesurant pas plus de 2 m² qui étaient trop petites pour pouvoir y poser un matelas (ou s'y allonger correctement) et où des personnes ont parfois été contraintes de passer la nuit. De plus, la plupart de ces cellules étaient dépourvues d'une fenêtre, d'un système d'aération efficace ou d'un système d'appel.

Le CPT recommande que des mesures soient rapidement prises pour assurer de meilleures conditions d'hygiène et de salubrité dans ces locaux. De plus, les cellules ne mesurant pas plus de 2 m² ne devraient jamais être utilisées pour une privation de liberté de plus de quelques heures et en aucun cas pour la nuit. Les cellules d'environ 6 m² ne devraient servir que pour la détention prolongée d'une seule personne. Toutes les cellules où des détenus passent la nuit devraient offrir un espace raisonnable pour le nombre de personnes qu'elles sont censées accueillir. Dans le cadre de nouvelles constructions ou de rénovation de cellules, il serait souhaitable que celles censées accueillir une seule personne mesurent au moins 7 m² et au moins 4 m² par personne pour les cellules collectives. De plus, toutes les cellules devraient être dotées d'un accès suffisant à la lumière naturelle, d'un système d'aération opérationnel et d'un système d'appel utilisable en cas d'urgence.

28. Le CPT regrette vivement que, malgré ses précédentes recommandations²¹, les chambres de sûreté de gendarmerie visitées étaient dépourvues d'un système d'appel et qu'aucune présence permanente n'était assurée dans ces locaux pendant la nuit. Des rondes nocturnes étaient parfois effectuées mais à intervalles irréguliers. Des représentants de la direction de la gendarmerie nationale, conscients de l'existence d'un tel problème dans la plupart des chambres de sûreté, ont indiqué travailler à la mise en place, de manière expérimentale, d'un système d'appel dans quelques postes de gendarmerie. Le CPT considère que, pour la sécurité des personnes détenues, il est nécessaire de remédier à cette carence inacceptable qui ne peut être suppléée par des rondes ou des solutions temporaires.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin que des systèmes d'appel soient installés dans toutes les chambres de sûreté de la gendarmerie. Du personnel devrait toujours être présent dans les bâtiments où des personnes sont privées de liberté afin de procéder de manière fréquente à un contrôle visuel et de pouvoir intervenir rapidement en cas de nécessité.

²¹ Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 29 et 31.

29. Les locaux de gendarmerie visités disposaient et utilisaient soit des couvertures à usage unique soit lavaient les couvertures après chaque utilisation. Il en allait tout autrement des locaux de police où les couvertures étaient lavées, dans le meilleur des cas, toutes les deux semaines, selon les informations recueillies. La délégation a constaté que le SAIP du 8^e arrondissement de Paris disposaient d'un stock de couvertures à usage unique sans qu'elles ne soient utilisées et que certains des policiers présents ne connaissaient pas leur existence ni leur utilité. De surcroît, de nombreuses personnes interrogées ont indiqué que l'éclairage artificiel était resté allumé toute la nuit dans les cellules et qu'un matelas n'était pas systématiquement donné à toutes les personnes placées en garde à vue, ce que la délégation a pu constater lors de sa visite.

A de rares exceptions près, les personnes privées de liberté par les forces de l'ordre ont indiqué à la délégation qu'elles n'avaient pas eu la possibilité de se laver. D'ailleurs les établissements de police et de gendarmerie visités par la délégation ne disposaient pas d'une salle d'eau destinée aux gardés à vue. Dans le cas d'une privation de liberté par les forces de l'ordre dépassant 24 heures, il importe que les personnes reçoivent un kit d'hygiène personnel et aient la possibilité de se laver.

Aucune des personnes rencontrées par la délégation, y compris mineures, ayant passé au moins 24 heures dans des locaux des forces de l'ordre, n'a eu accès à un espace extérieur afin de faire de l'exercice en plein air. Seuls quelques personnes ont indiqué avoir pu à intervalles irréguliers accéder à un espace extérieur pendant quelques minutes pour fumer.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de permettre aux personnes gardées à vue de passer la nuit, avec un niveau de lumière adapté, sur un matelas et une couverture propres. Les personnes dont la garde à vue dure au moins 24 heures devraient pouvoir maintenir une hygiène décente en ayant notamment accès à une douche et à un kit d'hygiène personnel et accéder quotidiennement à un espace en plein air.

30. Dans plusieurs établissements de police visités, la délégation a constaté l'existence de bancs équipés d'anneaux ou de barres fixes permettant d'y attacher des personnes. Au commissariat d'Aulnay-sous-Bois, une note de service de la préfecture de police, affichée dans l'établissement, autorisait le menottage au banc fixe installé derrière un paravent dans la réception du commissariat « pour une durée d'attente laissée à l'appréciation du chef de poste ». Aux SAIP des 8^e et 9^e arrondissements de Paris, la délégation a constaté que des personnes étaient menottées à des bancs situés dans la zone de détention, certaines depuis plusieurs heures dans une position inconfortable. Le CPT considère qu'une personne privée de liberté ne devrait pas être menottée à un objet ou à un point fixe. S'il peut être nécessaire de menotter, à certains stades de la procédure, une personne en garde à vue, les menottes ne doivent pas être utilisées pour remplacer de vrais locaux de détention.

Le Comité recommande la suppression dans tous les établissements de police des installations prévues pour y attacher des personnes. Plus généralement, les autorités françaises devraient prendre des mesures efficaces, y compris au niveau normatif, pour éradiquer la pratique consistant à attacher à des objets fixes des personnes détenues par la police. Chaque établissement de police où des personnes peuvent être privées de liberté devrait être équipé d'un nombre suffisant de pièces affectées à la détention et offrant des conditions de sécurité adéquates.

B. Etablissements pénitentiaires

1. Remarques préliminaires

31. Le cadre juridique applicable aux personnes détenues des établissements visités, en l'occurrence la loi pénitentiaire de 2009²² et ses décrets d'application, est demeuré similaire à celui en vigueur lors de la précédente visite du CPT²³ (voir, cependant, les paragraphes 60 et 99).

32. La délégation s'est rendue pour la première fois au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe ainsi que dans les maisons d'arrêts de Nîmes et de Villepinte. Elle a également réexaminé la situation prévalant à la maison d'arrêt des hommes du centre pénitentiaire de Fresnes²⁴.

Le centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, situé en zone rurale à proximité d'Alençon, est opérationnel depuis mai 2013. L'établissement principal de détention est composé de trois bâtiments dotés chacun de deux étages. Sur les 204 places disponibles en maison centrale²⁵, 100 étaient occupées au moment de la visite, exclusivement par des condamnés masculins majeurs. La délégation a été informée que cet établissement avait un rôle particulier dans le paysage pénitentiaire français. Il est envisagé comme une étape, normalement pour une durée relativement brève, pour des condamnés à de longues peines ayant rencontré des difficultés dans d'autres établissements (voir paragraphe 48).

Construit à la fin du 19^e siècle, le centre pénitentiaire de Fresnes se situe en périphérie immédiate de Paris et rassemble sur un large site plusieurs établissements (notamment la maison d'arrêt des hommes, celle des femmes, le centre national d'évaluation, l'établissement public de santé national de Fresnes). Au cours de cette visite, l'attention de la délégation s'est focalisée sur la maison d'arrêt des hommes qui comptait 2541 détenus – dont environ 60% de condamnés – pour 1651 places.

La maison d'arrêt de Nîmes a été mise en service en 1974. Elle dispose d'une capacité de 192 places réparties entre un quartier principal dédié exclusivement aux hommes et un quartier pour les femmes de 41 places²⁶. Au moment de la visite, l'établissement hébergeait 352 personnes (environ 47% étaient condamnées), dont 36 femmes.

Ouverte en 1991, la maison d'arrêt de Villepinte se situe en périphérie immédiate de la ville. D'une capacité de 587 places opérationnelles, 959 personnes, dont 28 mineurs (pour 40 places théoriques), y étaient détenues au moment de la visite ; 58% des personnes incarcérées étaient condamnées.

²² Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

²³ Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 58.

²⁴ L'établissement a fait l'objet de visites du CPT en 2000 et 2006.

²⁵ L'établissement dispose également d'un quartier pour peines aménagées qui n'a pas été visité par la délégation.

²⁶ L'établissement dispose également d'un quartier de semi-liberté qui n'a pas été visité par la délégation.

2. Mesures prises pour lutter contre la surpopulation carcérale

33. Malgré l'accroissement de 9 000 places en 15 ans, les établissements pénitentiaires français connaissent une surpopulation endémique. Au cours des 20 dernières années, la population carcérale s'est en effet accrue de plus de 11 000 personnes. En avril 2014, elle avait atteint un record de 68 859 personnes détenues (voir également paragraphe 35).

Au moment de la visite, la France comptait 66 198 personnes détenues – dont 18 388 prévenus – alors que les 191 établissements pénitentiaires offraient 57 843 places opérationnelles. Dans l'ensemble, les prisons avaient un taux d'occupation de 114% mais certains établissements étaient plus affectés que d'autres par la surpopulation. Plus de 52% de la population carcérale²⁷ était détenue dans un établissement ou un quartier d'établissement ayant une densité carcérale supérieure à 120% et 56 établissements avaient un taux d'occupation de plus de 140%. Huit établissements avaient des taux approchant, voire dépassant, les 200%, notamment dans les départements et territoires d'outre-mer. Ainsi, le quartier maison d'arrêt de Baie-Mahault (Guadeloupe) connaissait un taux d'occupation de 191%, celui de Ducos (Martinique) de 226% et celui de Faa'a Nuuntania (Tahiti) de 466%. Selon le recensement de l'administration pénitentiaire, 1 042 détenus dormaient sur un matelas posé au sol dans les prisons françaises.

Les taux d'occupation observés dans les maisons d'arrêt visitées illustrent parfaitement ce phénomène. La maison d'arrêt des hommes de Fresnes avait un taux d'occupation de 150% et certaines divisions connaissaient une surpopulation encore plus critique lié en partie à la détention de certains détenus en cellule individuelle (voir paragraphe 52). A la maison d'arrêt de Nîmes, le taux d'occupation était de plus de 180%. La direction a indiqué que jusqu'en 2014, il n'était pas rare de dépasser les 400 personnes incarcérées dans la prison – pour 192 places (voir également le paragraphe 45). A la maison d'arrêt de Villepinte, où la surpopulation était de plus de 160%, une dizaine de détenus dormaient sur des matelas posés à même le sol. La direction a indiqué avoir connu des taux d'occupation de plus de 170% dans un passé récent. Dans tous ces établissements, la plupart des cellules normalement prévues pour une personne, mesuraient moins de 10 m² (sanitaires compris) et accueillaient deux, voire trois détenus.

Dans nombre de cas, les détenus placés dans les cellules collectives disposaient de moins de 4 m² chacun, le plus souvent de 3 m², voire moins.

Le CPT appelle les autorités françaises à garantir à chaque détenu un minimum de 4 m² d'espace de vie en cellule collective (l'espace occupé par les sanitaires/les toilettes étant exclu du calcul) et de disposer d'un lit individuel dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français²⁸.

34. Les autorités françaises ont pris un certain nombre de mesures pour tenter de diminuer cette surpopulation. Dans ce contexte, il convient de saluer la transparence du ministère de la Justice qui publie des statistiques mensuelles détaillées de la population détenue et écrouée en France.

²⁷ 34 894 personnes.

²⁸ Pour plus de détails, voir « Espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires : Normes du CPT », CPT/Inf (2015) 44.

Depuis plusieurs années, la France a fait le choix de rénover et d'accroître son parc pénitentiaire. La loi d'orientation et de programmation pour la justice de septembre 2002 avait prévu la construction de 13 200 nouvelles places de prison, qui devait être accompagnée de la fermeture de près de 2 500 places. Amendé en 2012, le « plan 13 200 révisé » prévoit désormais l'ouverture de 11 629 places et la fermeture de 2 086 places. Il est prévu qu'en 2018 la France soit dotée de 63 500 places de prison, dont 40 600 construites après 1990. **Le Comité souhaite recevoir des informations régulières sur la mise en œuvre de ce plan révisé.**

35. Des mesures normatives ont également été prises afin de diminuer le nombre de personnes incarcérées. A titre d'exemple, la circulaire de politique pénale du 19 septembre 2012 encourageait à « une concertation accrue entre les services judiciaires et pénitentiaires afin de permettre une connaissance par les magistrats chargés de l'exécution et de l'application des peines des éléments statistiques relatifs à la population pénale écrouée dans leur ressort ». De plus, la loi relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales du 15 août 2014 prévoit notamment la création de la « contrainte pénale » et d'autres mesures annoncées comme devant permettre une diminution du recours à l'incarcération. Elle supprime également les dispositions prévoyant des peines minimales en cas de récidive (dites « peines plancher ») ainsi que le caractère automatique de la révocation du sursis simple.

Toutefois, plusieurs interlocuteurs de la délégation ont considéré que les mesures actuelles ne seront pas suffisantes pour pleinement et durablement remédier au problème de la surpopulation. Le CPT note d'ailleurs avec préoccupation que la population carcérale s'est accrue de près de 3 200 personnes²⁹ depuis la visite, atteignant le chiffre record pour la France de 69 375 personnes incarcérées, avec une augmentation de près de 9% du nombre de prévenus. Dans son référé de mars 2016 relatif à la prise en charge et le suivi, par l'administration pénitentiaire, des majeurs condamnés, la Cour des comptes a relevé la nécessité de consolider les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et de renforcer la coopération entre les différents acteurs chargés du suivi des détenus. En réponse, le ministre de la Justice a indiqué avoir notamment demandé à l'inspection générale des services judiciaires de réaliser un rapport pour le 20 juillet 2016 sur l'évaluation du dispositif de suivi et de l'efficacité des mesures d'aménagement de peine.

Le Comité souhaite recevoir les commentaires de la part des autorités françaises sur l'effet escompté des mesures normatives prises pour diminuer la population carcérale ainsi que sur les autres mesures envisagées en la matière, notamment à la lumière des constatations mentionnées ci-dessus.

36. Comme l'a rappelé le livre blanc sur le surpeuplement carcéral³⁰, il importe d'élaborer une stratégie cohérente se rapportant tant à l'entrée qu'à la sortie de prison, afin que l'incarcération constitue effectivement l'ultime remède. L'accent doit être mis sur l'ensemble des mesures non privatives de liberté : celles qui permettent d'assurer une surveillance judiciaire jusqu'au jugement comme celles qui permettent de hâter un retour à la liberté, y compris des mesures de surveillance adaptées notamment à la personnalité du détenu et à la nature de la condamnation. Cela suppose de privilégier des mesures non privatives de liberté pendant la période précédant l'imposition d'une peine et la disponibilité de la magistrature, notamment dans les cas les moins graves, à faire un large usage des sanctions et mesures appliquées dans la communauté³¹.

²⁹ Selon la statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France au 1^{er} juillet 2016 publiée par la direction de l'administration pénitentiaire.

³⁰ Livre blanc sur le surpeuplement carcéral, Comité européen pour les problèmes criminels du Conseil de l'Europe, 30 juin 2016, PC-CP (2015) 6 rév 7.

³¹ Voir le Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement,

Plus globalement, la lutte contre la surpopulation ne doit pas être du seul ressort de l'administration pénitentiaire ou plus largement du ministère de la Justice. Ce phénomène doit faire l'objet de mesures concertées, résultant d'analyses et de projections établies en coopération avec diverses parties prenantes, y compris des pouvoirs législatifs, exécutifs et judiciaires, et des représentants des milieux académiques et d'organes de contrôle indépendants.

Le CPT recommande aux autorités françaises de poursuivre la mise en œuvre des mesures initiées et de renforcer les moyens alloués pour permettre la diminution de cette surpopulation.

Une réflexion devrait également être engagée afin de définir une nouvelle politique pénale et pénitentiaire durable, en concertation avec toutes les parties concernées, se fondant notamment sur les recommandations pertinentes du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe³².

37. Le CPT note enfin que le code de procédure pénale français reconnaît le principe de l'emprisonnement cellulaire individuel pour l'ensemble des prévenus³³. En l'absence de places suffisantes permettant sa mise en œuvre, des moratoires successifs ont été adoptés. Le dernier moratoire a été adopté en décembre 2014 avec l'objectif de mise en œuvre de la loi en 2020. Pour mémoire, environ 40 % des personnes incarcérées (prévenus et condamnés) seraient seules en cellule³⁴. **Le CPT souhaite recevoir les informations pertinentes des autorités françaises quant aux mesures prises ou prévues pour permettre la mise en œuvre effective de ce droit.**

3. Mauvais traitements

38. Dans les établissements pénitentiaires de *Condé-sur-Sarthe, Nîmes et Villepinte*, la délégation n'a reçu aucune allégation de mauvais traitements physiques de la part des agents pénitentiaires.

Cependant, quelques allégations d'usage excessif de la force et de propos insultants, voire racistes, de la part de certains surveillants envers les détenus ont été recueillies dans ces établissements. Au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, ces allégations concernaient principalement une équipe d'agents travaillant régulièrement au quartier disciplinaire et d'isolement.

Office contre la drogue et le crime des Nations unies, 2008.

³² Voir notamment la Recommandation Rec(99)22 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale, la Recommandation Rec(2000)22 concernant l'amélioration de la mise en œuvre des règles européennes sur les sanctions et mesures appliquées dans la communauté, la Recommandation Rec(2003)22 concernant la libération conditionnelle, la Recommandation Rec(2006)13 concernant la détention provisoire, les conditions dans lesquelles elle est exécutée et la mise en place de garanties contre les abus, la Recommandation Rec(2010)1 sur les règles du Conseil de l'Europe relatives à la probation et la Recommandation CM/Rec(2014)4 relative à la surveillance électronique.

³³ Article 716 du CPP.

³⁴ Dans les établissements pour peine, il existe un *numerus clausus* de fait permettant, en principe, un encellulement individuel. Voir le rapport de mission parlementaire de Dominique Raimbourg, « Encellulement individuel, faire de la prison un outil de justice », 2 décembre 2014.

Le CPT est préoccupé par les informations recueillies à la *maison d'arrêt des hommes de Fresnes*. De nombreuses allégations crédibles d'insultes, notamment à caractère raciste, de comportements inadaptés (bousculades, rudolement) et de recours excessif à la force ont été recueillies. Surtout, un nombre non négligeable de détenus se sont plaints d'avoir reçu des coups portés délibérément par des surveillants notamment alors qu'ils étaient immobilisés au sol, avec ou sans menottes. Des personnes travaillant dans l'établissement ont également corroboré les informations collectées. Ces incidents violents concernaient principalement des agents pénitentiaires, y compris des « gradés », de la division III. La description d'un agent, qualifié par les détenus de « lieutenant », particulièrement méprisant à l'égard des détenus et ayant à l'occasion des accès de violence, a été entendue à plusieurs reprises par différents membres de la délégation.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures déterminées afin de prévenir les violences à la maison d'arrêt de Fresnes. Pour ce faire, il importe de transmettre au personnel pénitentiaire de cet établissement le message clair que l'usage excessif de la force, ainsi que les insultes et toute autre forme de comportement irrespectueux ou provocant à l'égard de détenus seront sanctionnés de manière appropriée. Aucun coup délibéré ne saurait être toléré et le recours à la force pour maîtriser un détenu devrait être strictement nécessaire et proportionnée. Dans ce contexte, une attention particulière devrait être portée à la situation prévalant notamment au sein de la division III. Il convient de faire preuve d'une vigilance accrue dans ce domaine, en assurant une présence régulière des responsables de l'établissement dans les zones de détention et leur contact direct avec les détenus. De plus, des enquêtes promptes, indépendantes et approfondies devraient être menées en cas de plainte de mauvais traitements.

Il convient également de rappeler, à intervalles réguliers, aux membres du personnel pénitentiaire des établissements pénitentiaires de Condé-sur-Sarthe, Nîmes et Villepinte, qu'ils doivent à tout moment traiter les détenus avec politesse et respect et qu'ils seront tenus pour responsables de tous les cas de mauvais traitements (y compris les injures) ainsi que de tout recours excessif à la force.

39. Au centre pénitentiaire de *Condé-sur-Sarthe*, de l'avis du personnel comme des détenus, la violence entre détenus avait progressivement décliné depuis l'ouverture de l'établissement. La direction avait réussi à identifier certains meneurs ainsi qu'à adapter la réponse du personnel aux spécificités des détenus de l'établissement. Néanmoins, les tensions entre détenus demeuraient importantes ; les invectives et menaces étaient fréquentes, parfois suivies de coups. Beaucoup des détenus interrogés ont indiqué être en possession d'armes artisanales confectionnées pour « se défendre ». De plus, la direction a reconnu l'existence de rackets et de pressions sur les détenus les plus faibles, voire sur leurs familles.

Dans les *maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte*, la surpopulation et le manque d'activités (voir paragraphe 49) engendraient, selon les détenus et la direction, d'importantes tensions entre les détenus qui se matérialisaient par des agressions verbales mais aussi physiques. Des bagarres avaient parfois lieu lors des promenades ou des douches collectives.

De plus, la circulation répandue d'objets prohibés (drogues et téléphones notamment) dans les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte créaient des situations de domination et de violences notamment sur les personnes détenues les plus faibles physiquement ou psychologiquement (voir également paragraphe 46). Les directions de ces établissements étaient conscientes du problème et avaient pris des mesures pour tenter d'y remédier, sans succès suffisant pour le moment.

Dans le *quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Villepinte*, les violences semblaient avoir diminuées quelques mois avant la visite de la délégation notamment grâce au transfèrement de certains jeunes violents vers d'autres établissements. De plus, le personnel pénitentiaire tentait de prévenir la survenance d'incidents et semblait réagir de manière adéquate en cas de violences connues. Toutefois, des mineurs ont fait état d'incidents violents plusieurs fois par mois, lors des promenades ou des douches notamment.

Le CPT recommande aux autorités de poursuivre leurs efforts afin de traiter de manière appropriée les problèmes d'intimidation et de violence entre détenus dans les établissements visités.

40. Plus généralement, le CPT prend note du plan d'action national mis en place depuis 2014 pour lutter contre ce phénomène et restaurer l'autorité du personnel au sein des établissements pénitentiaires. Ce plan s'est notamment traduit par la mise en place de formations relatives à la violence des détenus à l'attention des agents pénitentiaires et le développement d'actions de prévention et de sensibilisation.

4. Conditions de détention

a. conditions matérielles

41. La visite a révélé une très grande disparité dans les conditions matérielles de détention dans les établissements visités. De très bonnes conditions ont été observées au *centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe* où chaque détenu disposait d'une cellule individuelle de près de 13 m² équipée d'une douche et de toilettes. Les locaux étaient correctement entretenus et propres. Il existait différentes cours de promenade et d'espaces extérieurs notamment pour la pratique du football³⁵. Il en allait de même à l'unité psychiatrique d'hospitalisation de jour (UPHJ) de l'établissement pénitentiaire de Fresnes qui offrait des conditions de détention adaptées avec des cellules individuelles suffisamment grandes et bien entretenues.

42. Les conditions étaient beaucoup moins bonnes dans les autres établissements visités.

Les conditions de détention à la *maison d'arrêt de Villepinte* étaient rendues difficiles par la surpopulation et le mauvais entretien de certaines installations. Bien que relativement récents, les bâtiments connaissaient des problèmes structurels. Au moment de la visite, plusieurs cellules, notamment dans le quartier des mineurs, ne pouvaient être occupées en raison d'infiltrations d'eau et le bureau du service d'insertion et de probation connaissait des problèmes similaires. De plus, le gymnase était inutilisable en raison de problèmes de structure.

³⁵ Des détenus ainsi que des agents ont regretté la relative petite taille des cours de promenade et l'absence d'une sonnette ou d'un interphone sur les terrains de foot afin de faciliter la circulation et la communication.

La situation était encore plus préoccupante dans les *maisons d'arrêt de Fresnes* (en dehors de l'UPHJ)³⁶ et de *Nîmes* – à l'exception du quartier des femmes. La plupart des détenus étaient hébergés à deux voire trois dans des cellules de 9 ou 10 m² (annexes sanitaires incluses) initialement conçues pour une personne. En raison de la surpopulation, les détenus hébergés à trois dans ces cellules ne pouvaient disposer d'une table suffisamment grande et de chacun une chaise, les contraignant notamment à manger sur leur lit. De surcroît, certains dormaient sur un matelas posé à même le sol ou sur une armoire couchée (afin d'éviter de dormir par terre) ; ce qui avait pour conséquence de réduire d'avantage encore l'espace disponible en cellule.

Par ailleurs, d'importants problèmes d'aération provoquaient de l'humidité dans ces deux établissements. Les murs de nombreuses cellules ainsi que des douches collectives étaient tachés de moisissures parfois sur des grandes étendues (plusieurs cellules visitées avaient un mur presque totalement recouvert de taches noires). De plus, à la prison de Fresnes, des odeurs nauséabondes provenaient des espaces extérieurs notamment en raison de la présence de rats et projections de nourriture (voir paragraphes 43 et 47) ce qui empêchait beaucoup de détenus d'ouvrir leur fenêtre et d'aérer leur cellule. Ces problèmes de salubrité des lieux de vie, connus des autorités, peuvent potentiellement mettre en danger la santé des personnes détenues.

La délégation a également relevé des températures extrêmement basses dans certaines cellules de ces deux établissements. La maison d'arrêt de Fresnes connaît parfois des difficultés d'approvisionnement de chauffage et d'eau chaude de tout ou partie des bâtiments qui perdurent durant plusieurs jours. Lors de sa première journée de visite, la délégation a constaté l'absence de chauffage dans le bâtiment et a, par exemple, mesuré une température de 15°C à 15h dans le quartier des arrivants. Le problème a été partiellement résolu le lendemain. Toutefois, des détenus comme des membres du personnel ont indiqué que le problème était récurrent et plusieurs détenus ont indiqué devoir régulièrement utiliser leur plaque de cuisson comme chauffage de fortune et/ou dormir habillés. A la maison d'arrêt de Nîmes, les problèmes de chauffage ont été principalement constatés au sein du quartier disciplinaire où tous les détenus interrogés se sont plaints du froid. Ils devaient recourir à différents artifices (couvertures transformées en poncho, sacs plastiques noués aux pieds), notamment la nuit, pour se protéger du froid. La délégation a enregistré une température de 14°C en cellule à 18h et a constaté que les détenus ne pouvaient bénéficier de la chaleur directe du radiateur en raison de sa localisation derrière une grille de séparation. Une telle situation est inacceptable.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre, sans délai, les mesures nécessaires dans les maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte afin que le seuil de deux détenus par cellule ne soit en aucun cas franchi dans les cellules mesurant 8/9 m² (hors annexe sanitaire). De telles cellules devraient, de préférence, n'héberger qu'un seul détenu.

De plus, la rénovation des maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes devrait être rapidement envisagée afin de remédier notamment aux graves problèmes structurels de chauffage et d'humidité en cellule ainsi que dans les douches.

³⁶ Le CPT note que le bâtiment de la maison d'arrêt est répertorié à l'inventaire général du patrimoine culturel ce qui rend sa rénovation plus complexe.

43. La présence en quantité de puces, de punaises de lit, de cafards et de rats a été constatée à la maison d'arrêt de Fresnes. La direction avait pris des mesures pour tenter de remédier à ces problèmes récurrents notamment en offrant des traitements contre les punaises et en tentant de limiter les projections de nourriture non consommée par les fenêtres. Néanmoins, l'ensemble des détenus se sont plaints de ces nuisibles. La délégation a directement pu voir des rats circuler à l'extérieur comme à l'intérieur des bâtiments et a noté dans les couloirs et les cours extérieurs un nombre considérable de déjections. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre rapidement des mesures décisives afin mettre un terme définitif à la présence de ces nuisibles dans l'établissement.**

44. A la maison d'arrêt de Nîmes, les cellules du quartier femmes avaient été dotées d'un interphone en 2015. Dans les cellules dédiées aux hommes, seules celles des quartiers disciplinaires, d'isolement et arrivants disposaient d'un tel équipement. Il en allait de même à la maison d'arrêt de Fresnes. Dans les autres cellules de cet établissement, les détenus devaient recourir à un système de clapet disposé sur leur porte. De l'avis des détenus, comme de certains surveillants, ce système n'était pas efficace. Les détenus devaient régulièrement crier ou taper contre la porte afin de pouvoir s'entretenir avec un surveillant au risque d'être sanctionnés pour bruit excessif.

L'absence d'un système d'appel peut mettre en danger la vie d'un détenu notamment en cas d'incident grave (violence au sein de la cellule, urgence médicale, tentative de suicide notamment). **Le CPT recommande aux autorités françaises d'équiper l'ensemble des cellules des prisons de Nîmes et de Fresnes d'un système d'appel opérationnel.**

45. Il existe en droit français un recours devant les juridictions administratives permettant de contester les conditions matérielles d'incarcération et, le cas échéant, d'obtenir un dédommagement pour le temps passé dans des conditions inadaptées. Afin de limiter le nombre de recours devant ces juridictions, les autorités françaises ont mis en place une procédure administrative d'indemnisation préalable des personnes détenues contestant leurs conditions d'incarcération. Au titre de l'année 2014, le montant dépensé pour indemniser des détenus contestant leurs conditions de détention s'élevait à 533 456 €. Au 16 novembre 2015, ce montant était de 364 731 €.

Il existe également une procédure en référé devant ces mêmes juridictions administratives destinée à faire cesser les violations les plus graves. Ainsi, le Conseil d'Etat a rendu une ordonnance en référé le 30 juillet 2015³⁷ concernant les conditions de détention et la surpopulation à la maison d'arrêt de Nîmes. Dans cette ordonnance, le Conseil d'Etat enjoint l'administration pénitentiaire de prendre, dans les meilleurs délais, des mesures urgentes (amélioration des conditions d'hygiène et des conditions d'installation des détenus dormant sur un matelas au sol ainsi que la révision des procédures en matière de sécurité incendie). Suite à cette décision, le taux d'occupation a légèrement baissé et des mesures ont été prises notamment pour installer des lits rabattables. Toutefois, comme la délégation a pu le constater, cette décision de justice n'a pas mis un terme à la surpopulation ni amélioré substantiellement les conditions de vie des détenus³⁸. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à ce sujet.**

³⁷ Conseil d'Etat, Section française de l'Observatoire international des prisons (OIP-SF) et Ordre des avocats au barreau de Nîmes, Nos 392043 et 392044, 30 juillet 2015.

³⁸ Depuis la visite de la délégation, la population carcérale de cet établissement a fortement augmenté pour atteindre 426, soit un taux d'occupation de plus de 220% en mai 2016.

46. Les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte connaissaient des problèmes de projections d'objets par des personnes extérieures dans l'enceinte de l'établissement (principalement à destination des cours de promenade). Ces problèmes étaient liés à la localisation des établissements : la prison de Nîmes se trouvant en zone péri-urbaine et la prison de Villepinte en contre-bas d'une route fréquentée. Des mesures ont été prises dans les deux établissements (installation de filets surélevés et de grillages ainsi que mise en place de rondes autour des établissements) permettant une diminution des projections. Néanmoins, le problème demeurait et plusieurs paquets arrivaient chaque semaine dans les cours de promenade³⁹. Des détenus ont indiqué que ces projections étaient une source non négligeable de pression ; ils se voyaient contraints de ramasser ces paquets, au risque d'être sanctionnés disciplinairement, ou de ne pas les prendre, au risque de faire l'objet de représailles y compris violentes de la part d'autres détenus. Plusieurs personnes incarcérées, notamment à la prison de Nîmes, ont fait savoir à la délégation qu'elles ne se rendaient plus en promenade pour ces raisons. **Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts pour lutter contre ces projections dans les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte.**

47. Dans l'ensemble des établissements visités, la délégation a reçu des plaintes concernant la nourriture servie. La situation la plus préoccupante concernait la maison d'arrêt de Fresnes où un nombre important de détenus ont indiqué que la nourriture était régulièrement servie tiède voire froide, ce que la délégation a constaté lors de sa visite. Cette réalité pouvait expliquer qu'une quantité importante de nourriture était jetée, y compris par les fenêtres (voir également paragraphe 43). De plus, les détenus ne disposant pas de moyens de chauffer l'eau ne pouvaient utiliser le café soluble ou les sachets de thé distribués le matin. **Le CPT invite les autorités françaises, à la lumière de ces éléments, à améliorer la fourniture des repas dans les établissements visités, avec une attention particulière concernant la situation à la maison d'arrêt de Fresnes.**

b. régime

i. régime ordinaire

48. Au *centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe*, la majorité des détenus passait une bonne partie de la journée en dehors de leur cellule. Environ 60 détenus travaillaient dans l'établissement et différentes formations/activités socio-culturelles étaient proposées. De plus, ils avaient régulièrement accès à plusieurs salles de sport, une bibliothèque et une salle informatique. Un régime de portes ouvertes permettait aux détenus de circuler dans leur aile (en dehors des temps de repas et la nuit) et d'accéder à une petite salle de convivialité équipée notamment d'une cuisine.

Le CPT note les efforts mis en œuvre depuis l'ouverture de l'établissement pour diversifier les possibilités de formation et de travail des détenus ainsi que de multiplier les interventions extérieures. Cette offre apparaît satisfaisante dans la mesure où elle a été développée pour des personnes détenues n'ayant, en principe, pas vocation à rester dans l'établissement pour une durée prolongée (voir paragraphe 48). Une réflexion devrait être engagée dès lors qu'un certain nombre de condamnés vient à y rester pour une période prolongée. **Le Comité souhaite recevoir les commentaires des autorités à ce sujet.**

³⁹ Ces paquets contenaient notamment des téléphones portables, des cartes SIM ou des stupéfiants mais également de la viande fraîche que les détenus ne pouvaient « cantiner » au sein de l'établissement.

49. La situation dans les *maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte* était clairement moins favorable. La grande majorité des prévenus et un grand nombre de condamnés de ces établissements ne bénéficiaient d'aucune activité, hormis de quelques heures d'exercice en plein air et d'un peu de sport. L'ensemble des détenus profitait en effet de deux promenades d'au moins une heure trente par jour. Ils avaient également accès à des salles de sport, en général de petite taille, parfois après des délais d'attente prolongés. Ainsi, à la maison d'arrêt de Fresnes, il fallait attendre plusieurs mois avant d'obtenir l'autorisation de se rendre dans l'une de ces salles durant une heure par semaine. Pour le reste, seul un détenu sur cinq disposait d'un travail dans ces établissements soit au sein des services généraux de la prison soit dans un atelier⁴⁰ et l'offre éducative se limitait souvent à des enseignements linguistique ou informatique ainsi qu'à quelques formations qualifiantes accessibles à un petit nombre de détenus.

Le CPT reconnaît que la capacité de l'administration pénitentiaire à offrir des activités motivantes, liées à un programme de détention individualisé, dépend pour une large part du problème du surpeuplement. Il ne faut, cependant, pas attendre que ce dernier s'améliore pour élargir les possibilités offertes aux détenus. Il importe que les autorités prennent les devants, sans quoi le système pénitentiaire risque de devenir un terrain encore plus fertile pour la délinquance. Pour permettre aux détenus de préparer leur retour dans la société libre, il faut qu'ils aient une certaine estime d'eux-mêmes et qu'ils se sentent capables de mener une vie éloignée de la délinquance. Un régime offrant des activités diversifiées est un élément crucial de la préparation à la libération, tout en étant bénéfique au fonctionnement de la prison.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer les activités proposées aux détenus des maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte. L'objectif devrait être qu'ils puissent passer une partie raisonnable de la journée hors de leur cellule (c'est-à-dire 8 heures ou plus), occupés à des activités motivantes de nature variée : travail, formateur de préférence ; études ; sport ; activités de loisir, adaptées aux besoins de chaque catégorie de détenus.

50. Le CPT est préoccupé par la situation constatée à la *maison d'arrêt de Villepinte* ; il y régnait une atmosphère où les détenus se disaient « en contrôle ». La direction était consciente de ce phénomène qui semblait prendre ses racines dans un manque de personnel, un renouvellement trop fréquent de la direction au cours des dernières années, des problèmes liés aux projections d'objets depuis l'extérieur mais également dans des cas avérés de corruption (voir paragraphe 87). Cela se matérialisait, par exemple, par des détenus circulant seuls et sans raison légitime entre les différentes sections voire bâtiments de l'établissement, des nuisances sonores de jour comme de nuit, la possession d'objets prohibés (consoles de jeux non autorisées, narguilé par exemple) voire la consommation de produits stupéfiants en présence ou à proximité du personnel. Des détenus du quartier des arrivants disposaient de produits cantinés qui ne leur étaient normalement pas accessibles. Ces situations laissent transparaître l'existence d'un régime parallèle où ceux qui étaient en capacité physique, financière ou intellectuelle bénéficiaient d'avantages non réglementaires.

⁴⁰ Environ 500 détenus travaillaient à la maison d'arrêt de Fresnes, environ 75 à celle de Nîmes et 187 à celle de Villepinte.

Après la visite, la délégation a été informée par la direction que plusieurs mesures avaient été prises pour limiter les mouvements indus au sein de l'établissement. En outre, une réorganisation de l'établissement a été annoncée afin d'améliorer la prise en charge des détenus considérés comme vulnérables (mineurs, nouveaux arrivants et autres personnes plus faibles) et de permettre la création d'une unité « module de respect » au sein de laquelle les détenus bénéficieraient d'une plus grande autonomie (circulation plus libre, activités) en échange d'un bon comportement et du respect des règles en vigueur au sein du module. **Le CPT encourage les autorités à poursuivre leurs efforts et souhaite être tenu régulièrement informé de la mise en œuvre de ces projets.**

51. Les *mineurs de la maison d'arrêt de Villepinte* bénéficiaient, en plus d'un accès quotidien à l'extérieur, d'enseignements en petits groupes dispensés par des professeurs de l'éducation nationale. Des activités leur étaient également proposées par des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Toutefois, la restructuration de certains locaux, et notamment du gymnase, au profit des détenus adultes entraînait l'impossibilité pour ces mineurs d'accéder à un terrain de sport suffisamment étendu pour y pratiquer le football ; une situation regrettée par les mineurs comme par le personnel pénitentiaire et de la PJJ. De plus, le nombre d'activités constructives et formatrices est apparu fortement limité. En conséquence, de nombreux mineurs passaient une grande partie de la journée en cellule. **Le CPT encourage les autorités à prendre des mesures permettant d'accroître les activités sportives, éducatives et formatrices à destination des mineurs détenus à la maison d'arrêt de Villepinte.**

ii. *prise en charge des détenus dits « radicalisés »*

52. Au cours de sa visite à la *maison d'arrêt de Fresnes*, la délégation a examiné la situation des détenus placés dans « l'unité pour la prévention du prosélytisme ». Créée en 2014, à l'initiative du directeur, cette unité rassemble, sur la base d'une décision d'ordre interne, des personnes suspectées ou condamnées pour des faits en lien avec des activités terroristes. Ce rassemblement était une réponse à la montée du prosélytisme dans cet établissement de la région parisienne où se concentraient un grand nombre de personnes poursuivies pour des actes en lien avec une activité terroriste.

Cette unité comptait 24 détenus au moment de la visite, tous hébergés en cellule individuelle. La délégation a constaté que le régime était en général similaire à celui des autres détenus de l'établissement⁴¹. Ces détenus faisaient néanmoins l'objet d'une attention particulière en matière de sécurité : fouilles de cellule régulière et fouilles à corps systématiques suite aux visites (voir paragraphe 99). Il est apparu que ces détenus ne bénéficiaient pas d'une prise en charge particulière notamment en matière d'activités ou de soutien psychologique. D'ailleurs, plusieurs détenus ont exprimé le souhait de sortir de cette unité ou de recevoir un tel soutien, sans succès. Un autre détenu a indiqué avoir fait une demande pour rencontrer un psychologue qui serait restée sans réponse pendant trois mois.

⁴¹ Dans ce contexte, les constatations et recommandations formulées au paragraphe 49 concernant le régime ordinaire s'applique également.

Dans son avis relatif à « la prise en charge de la radicalisation islamiste en milieu carcéral » de juin 2015, le CGLPL faisait d'ailleurs état de ses préoccupations concernant cette unité et soulignait notamment les risques liés au regroupement de personnes aux motivations diverses et le caractère discrétionnaire du placement dans cette unité⁴².

53. En dehors de cette unité dédiée où ne sont rassemblées que des personnes poursuivies ou condamnées pour des infractions liées à une activité terroriste, l'administration pénitentiaire avait identifié environ 350 personnes détenues pour d'autres motifs présentant des signes de radicalisation. Au cours de sa visite, la délégation a effectivement constaté que des détenus étaient placés à part dans certains établissements visités en raison de leur caractère prosélyte et/ou « radicalisé » sans qu'une prise en charge spécifique ne leur soit proposée. A la maison d'arrêt de Fresnes, des détenus dits « de mouvance radicalisée » étaient soumis à un régime plus strict qui les empêchait d'avoir des contacts avec d'autres détenus sans pour autant avoir fait l'objet d'une décision formelle de mise à l'écart. **Il conviendrait de remédier à cette déficience en appliquant une procédure similaire à celle évoquée au paragraphe 58.**

A la maison d'arrêt de Nîmes, la délégation a constaté qu'un détenu était placé depuis deux mois dans le quartier d'isolement en raison de son prosélytisme religieux à l'égard d'autres détenus. La consultation de son dossier a laissé apparaître que son placement non volontaire au quartier d'isolement n'avait pas revêtu l'ensemble des garanties nécessaires. La direction a indiqué que les mesures nécessaires seraient prises pour y remédier. En outre, le personnel de ce quartier avait reçu l'instruction verbale de consigner des informations concernant son comportement et ses échanges tant avec les autres détenus du bâtiment qu'avec les agents pénitentiaires.

54. Au niveau national, les autorités françaises ont indiqué leur intention de développer une prise en charge adaptée à ces détenus. Dans ce contexte, plusieurs recherches-actions étaient planifiées au moment de la visite. De plus, la délégation a été informée de la volonté de créer des unités similaires dans quatre autres établissements pénitentiaires qui seraient dotées d'équipements sécurisés (y compris des brouilleurs d'ondes de dernière génération) et d'équipes dédiées, formées et accompagnées par des binômes de soutien (éducateurs/psychologues).

Dans un rapport d'enquête sur la prise en charge de la radicalisation islamiste en milieu carcéral, centré sur le fonctionnement des unités dédiées créées en 2016, le CGLPL conclut que le principe du regroupement présente plus d'inconvénients que d'avantages (affectation basée uniquement sur la qualification de l'infraction, effets pervers du régime particulier de détention, stigmatisation des détenus), que les programmes développés dans les différentes unités sont disparates et que les détenus sont mal informés. De plus, la Contrôleure générale demande que des clarifications déontologiques soient apportées quant au rôle de certains intervenants.

⁴² Pour plus de détails sur la question de la prise en charge des détenus prosélytes en France, voir le rapport et l'avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté « la prise en charge de la radicalisation islamiste en milieu carcéral », 11 juin 2015.

55. La France fait partie des pays européens où la question de la radicalisation en prison est un enjeu pour les autorités pénitentiaires depuis plusieurs années. Dans ce contexte, le CPT tient à souligner la valeur ajoutée apportée par les lignes directrices du Conseil de l'Europe à l'intention des services pénitentiaires et de probation concernant la radicalisation et l'extrémisme violent⁴³.

Le Comité considère que le risque d'embrigadement et de radicalisation n'est, en principe, pas supérieur dans les lieux de privation de liberté que dans le monde libre, dans la mesure où la détention se déroule dans des conditions dignes et que des activités constructives et motivantes permettant aux détenus de passer une large partie de la journée en dehors de leur cellule sont offertes. A l'inverse, et comme le soulignent les lignes directrices, des conditions de détention inadéquates et une surpopulation carcérale peuvent constituer des facteurs accroissant le risque de radicalisation au même titre que le recours à des mesures disproportionnées, notamment s'agissant du recours à la force ou aux sanctions disciplinaires.

Dès lors, lutter contre une éventuelle radicalisation en prison nécessite non seulement une bonne gestion des prisons mais également des ressources adéquates : activités suffisantes (sportives, éducatives, culturelles et spirituelles), personnel suffisant et formé et mise en place d'une sécurité dynamique⁴⁴. Il convient également de développer des outils permettant aux agents pénitentiaires de première ligne d'identifier un éventuel signe de dérive de la part d'un détenu. Si nécessaire, des programmes spéciaux impliquant une équipe multidisciplinaire (travailleurs sociaux, psychologues et éventuellement représentants religieux) devraient être mis en place pour les détenus ainsi identifiés mais également pour ceux qui en feraient la demande.

Enfin, dans l'éventualité où des détenus devraient être rassemblés ou traités différemment, il convient d'effectuer une analyse individuelle basée sur le comportement du détenu et les risques qu'il représente pour lui-même et pour les autres. L'infraction pour laquelle il est placé en détention, et notamment le lien avec une activité terroriste ne peut pas être le seul critère justifiant la ségrégation. De plus, un réexamen régulier de la mesure devrait être effectué, dans le respect d'une procédure contradictoire.

Le CPT recommande aux autorités françaises de revoir leur approche à la lumière des éléments qui précèdent et les invite à lui fournir des informations concernant le résultat des recherches-actions mises en place.

⁴³ Lignes directrices adoptées par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 2 mars 2016.

⁴⁴ Selon les lignes directrices, la sécurité dynamique se définit comme « un concept ainsi qu'une méthode de travail par laquelle le personnel cherche prioritairement à instaurer et à maintenir une communication et une interaction quotidiennes avec les détenus, fondées sur une éthique professionnelle. Elle vise à mieux comprendre les détenus et à évaluer les risques qu'ils sont susceptibles de présenter, ainsi qu'à assurer la sûreté, la sécurité et le bon ordre et à contribuer à leur réadaptation ainsi qu'à la préparation de leur remise en liberté. Ce concept devrait être compris dans un sens plus large de sécurité englobant également la sécurité structurelle, organisationnelle et statique (murs, barrières, verrous, éclairages et équipement employé, si nécessaire, pour contenir les détenus) ».

iii. *détenus soumis à des régimes de détention spéciaux*

56. Dans les quatre établissements visités, la délégation a rencontré des personnes qualifiées de détenus particulièrement signalés (DPS)⁴⁵. La législation prévoit que des détenus appartenant à la criminalité organisée, susceptibles d'actes de grandes violences ou ceux susceptibles d'évasion peuvent être répertoriés⁴⁶ DPS et se voir appliquer une surveillance spécifique. Comme indiqué dans le précédent rapport de visite en France du CPT⁴⁷, la décision d'inscription dans ce registre relève de la compétence du ministre de la Justice, lequel se prononce sur la base des avis émis par la « commission locale DPS » et par la « commission nationale DPS ».

Le CPT note avec satisfaction que les autorités ont pris en compte les recommandations formulées dans son précédent rapport concernant les garanties à offrir dans le cadre de la procédure d'inscription (et de maintien) au répertoire DPS. La circulaire du 31 octobre 2012⁴⁸ prévoit désormais une procédure contradictoire. Après avoir été informé des motifs fondant la proposition d'inscription ou de maintien, un détenu a la possibilité de présenter sa situation à la commission locale DPS par écrit et/ou oralement et peut se faire assister d'un avocat, à ses frais. La circulaire précise également que les éléments pouvant motiver l'inscription au registre doivent être « objectifs et vérifiables ». L'administration peut toutefois ne pas communiquer certains documents notamment pour protéger des sources ou le secret de l'enquête. La personne concernée se voit notifier la décision relative à son inscription ou son maintien au répertoire DPS et dispose de recours contre cette décision.

La délégation a constaté que, dans l'ensemble, la procédure était suivie dans la pratique. Les détenus étaient entendus quand ils le souhaitaient et une réévaluation de leur situation était régulièrement faite (au moins une fois par an). Toutefois, lors de la consultation des dossiers, il est apparu que les avis de la commission nationale DPS comme les décisions du ministre de la Justice en la matière étaient souvent motivées de manière sommaire voire stéréotypée, y compris lorsqu'ils ne suivaient pas les avis formulés par les commissions locales. **Le CPT recommande aux autorités d'assurer une meilleure motivation des décisions liées au statut de DPS.**

57. Le régime appliqué aux DPS variait dans les établissements visités. Il se rapprochait du régime ordinaire appliqué aux autres détenus dans les prisons de Condé-sur-Sarthe, de Nîmes et de Villepinte. A la maison d'arrêt de Fresnes, ces détenus bénéficiaient d'un régime appauvri en matière de contacts avec d'autres détenus. Ils avaient leurs activités seuls ou avec d'autres DPS ce qui limitait leurs possibilités d'échanges. De plus, ils étaient soumis à des fouilles plus régulières que les autres détenus.

Dans l'ensemble des établissements visités, des DPS ont indiqué faire l'objet de réveils nocturnes réguliers et être entravés lors de consultations médicales extérieures qui ont en général lieu en présence de membres du personnel de surveillance. Concernant ces points, il est renvoyé aux recommandations formulées aux paragraphes 49, 80 et 100.

⁴⁵ Au moment de la visite, 269 détenus étaient inscrits au répertoire DPS.

⁴⁶ Voir l'article 1.1.1 de la circulaire du 15 octobre 2012 relative à l'instruction ministérielle relative au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS).

⁴⁷ Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 65.

⁴⁸ Circulaire du 15 octobre 2012 relative à l'instruction ministérielle relative au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS), JUSD1236970C.

58. Dans chacune des prisons visitées, l'ensemble des cellules prévues pour l'isolement administratif était occupé par des détenus placés à leur demande (à des fins de protection, en général) ou en vertu d'une décision du chef d'établissement pour des raisons de sécurité ; certains détenus étaient placés dans ces cellules depuis plus d'un an – notamment au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe⁴⁹. Concernant la procédure de placement et les recours accessibles, il est renvoyé au précédent rapport relatif à la visite de 2010⁵⁰. A l'exception du cas particulier mentionné au paragraphe 53 du présent rapport, la mise en œuvre de la procédure de placement, sa révision régulière et les dossiers consultés n'appellent à aucun commentaire particulier.

Les détenus soumis à ce régime continuaient à bénéficier de leurs droits aux visites et à la correspondance (écrite et téléphonique) ainsi qu'à un accès quotidien à un espace extérieur pendant une heure. Cependant, les cours de promenade des quartiers d'isolement étaient de dimension insuffisantes pour s'exercer et généralement dépourvues d'équipements ce qui décourageait la plupart des détenus isolés de profiter de cet accès à l'air libre. De plus, les activités offertes étaient extrêmement réduites (accès à une salle de sport une fois par semaine, aux cultes voire à des enseignements) et étaient pratiquées individuellement alors même que certaines personnes passaient un temps prolongé dans ces conditions d'isolement. Dans chaque établissement, le médecin rendait visite deux à trois fois par semaine à ces détenus et le personnel de surveillance assurait des contacts quotidiens.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer quotidiennement des contacts humains réels pour l'ensemble de ces détenus. De plus, il conviendrait de développer des activités, y compris en petit groupe et d'améliorer les conditions d'exercice en plein air.

59. Il convient de rappeler que toute personne placée à l'isolement devrait être vue quotidiennement par un médecin ou un infirmier faisant rapport à un médecin. **A cet égard, il est fait référence à la recommandation au paragraphe 96.**

iv. vidéosurveillance

60. Après la visite, les autorités françaises ont publié un arrêté⁵¹ permettant la vidéosurveillance de cellules « dans lesquelles sont affectées les personnes placées en détention provisoire et faisant l'objet d'un mandat de dépôt criminel, dont l'évasion ou le suicide pourraient avoir un impact important sur l'ordre public eu égard aux circonstances particulières à l'origine de leur incarcération et l'impact de celles-ci sur l'opinion publique ». Cet arrêté prévoit la possibilité, « à titre exceptionnel », d'un enregistrement vidéo permanent dans les cellules des personnes concernées⁵².

⁴⁹ En novembre 2015, il y avait, au niveau national, 76 détenus placés à l'isolement depuis un à deux ans (dont 46 à leur demande) et 59 depuis plus de deux ans (dont 28 suite à une décision des autorités).

⁵⁰ CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 69.

⁵¹ Arrêté du 9 juin 2016 portant création de traitements de données à caractère personnel relatifs à la vidéoprotection de cellules de détention, JUSK1615877A.

⁵² L'article 1 alinéa 3 de l'arrêté précise que ce traitement se distingue des enregistrements vidéo prévus dans le contexte des cellules de protection d'urgence (CProU) mentionnées au paragraphe 79 du présent rapport.

Selon l'arrêté, le placement sous vidéosurveillance doit faire l'objet d'une décision spécialement motivée du ministre de la Justice après que la personne concernée ait pu produire des observations écrites et orales, le cas échéant avec l'assistance d'un avocat. La décision de placement sous vidéosurveillance a une durée de trois mois, renouvelable sans limite. Il semble que cet arrêté n'ait, pour le moment, été utilisé que pour un détenu mis en examen pour des faits de terrorisme et placé à l'isolement administratif.

Le CPT comprend que les caméras de vidéosurveillance dans des cellules puissent être d'une utilité dans certains cas particuliers, notamment lorsqu'une personne présente un risque imminent d'évasion. Cependant, les caméras ne peuvent remplacer une présence active du personnel dans les situations à haut risque de sécurité ; l'interaction personnelle entre les agents et les détenus concernés constitue la meilleure garantie de réduction des risques posés par des détenus de haute sécurité. Le recours à une telle surveillance n'engendre pas un gain de temps significatif pour le personnel ; le contrôle des moniteurs de vidéosurveillance est en effet une tâche exigeante et fastidieuse qui ne peut être effectuée de manière adéquate que sur des courtes périodes ponctuées par de fréquentes pauses. Pour le CPT, le placement sous vidéosurveillance pour des motifs de sécurité doit être motivé dans chaque cas individuel où il est jugé nécessaire d'y recourir. **Le Comité souhaite obtenir les informations pertinentes des autorités françaises concernant la mise en œuvre de cet arrêté à la lumière des remarques susmentionnées.**

61. Compte tenu du caractère particulièrement intrusif de la mesure, le CPT considère que les détenus soumis à une vidéosurveillance devraient bénéficier d'une intimité raisonnable lorsqu'ils utilisent les toilettes, les lavabos et la douche. En la matière, l'article 3 de l'arrêté indique qu'« un pare-vue fixé dans la cellule garantit l'intimité de la personne tout en permettant la restitution d'images opacifiées », sans apporter plus de précisions concernant les espaces où cette intimité est respectée. **Le Comité souhaite recevoir des précisions à cet égard.**

62. La mise en place, pour une durée prolongée, d'une vidéosurveillance afin de prévenir le suicide d'un détenu est plus contestable, d'autant plus, si cette mesure se justifie par l'impact qu'aurait ce suicide sur l'ordre public ou l'opinion publique. De l'avis du CPT, le traitement et la prise en charge des patients identifiés comme étant à risque de suicide devraient être aussi gérés par le personnel médical. Une fois qu'une telle personne a été identifiée, elle devrait faire l'objet de visites médicales et d'un suivi médical réguliers. Les mesures préconisées au paragraphe 79 (relatif au suicide) devraient dès lors s'appliquer à ces détenus. **Le Comité invite les autorités françaises à revoir les dispositions de l'arrêté relatives à la prévention du suicide à la lumière de ces remarques.**

5. Services de santé

63. A titre liminaire, le CPT tient à saluer la mise à jour en 2012 du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, conformément à la demande formulée dans son précédent rapport.

64. Chaque établissement pénitentiaire visité était doté d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée à un établissement public de santé. Ces unités étaient chargées d'assurer les soins courants aux détenus et de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation à la santé.

Dans les quatre établissements visités, l'UCSA disposait de locaux adaptés et dotés d'équipements médicaux nécessaires et suffisants pour une prise en charge médicale de première ligne. Le CPT note avec satisfaction que l'UCSA de la maison d'arrêt de Villepinte a été récemment rénovée et sa superficie doublée. De plus, il convient de souligner la qualité des équipements médicaux installés au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe et à la maison d'arrêt de Fresnes qui disposaient notamment d'appareils de télé-médecine.

65. La présence d'un médecin généraliste était dans l'ensemble suffisante dans les établissements visités. Au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, la présence d'un médecin généraliste à temps plein est apparue satisfaisante compte tenu du nombre de détenus incarcérés dans l'établissement au moment de la visite. A la maison d'arrêt des hommes de Fresnes, une équipe de huit médecins généralistes assurait une présence d'au moins un médecin 24 heures sur 24, tous les jours de l'année⁵³. Cette présence permettait d'assurer des soins somatiques en général de qualité.

La maison d'arrêt de Nîmes disposait en théorie de 2,3 postes équivalent temps-plein (ETP) de médecins généralistes. La délégation a été informée qu'en réalité seuls deux postes ETP étaient pourvus ce qui était insuffisant compte tenu de la population carcérale et du manque de médecins spécialisées (voir paragraphe suivant). La maison d'arrêt de Villepinte bénéficiait de 2,5 postes ETP de médecins généralistes au moment de la visite. Selon les informations recueillies, ce temps de présence devait être porté à trois ETP à compter de décembre 2015 ; ce qui apparaît nécessaire compte tenu de la population incarcérée au moment de la visite. **Le Comité invite les autorités à renforcer la présence d'un médecin généraliste à la maison d'arrêt de Nîmes et souhaite recevoir la confirmation de l'augmentation du nombre de postes à la maison d'arrêt de Villepinte.**

66. En général, différents médecins spécialistes (tels que des dermatologues ou des ophtalmologues) intervenaient à intervalles réguliers, soit physiquement soit par télé-médecine, dans les établissements de Condé-sur-Sarthe et de Fresnes répondant ainsi aux besoins essentiels dans leurs spécialités (voir, cependant, le paragraphe 75 concernant la prise en charge psychiatrique). Toutefois, le temps de présence d'un dentiste dans ces établissements était insuffisant pour assurer une prise en charge suffisante des détenus qui se sont plaints de longs délais d'attente. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires en la matière.**

67. Les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte rencontraient des difficultés à recruter et/ou faire intervenir en leur sein des médecins spécialisés. Ce problème pouvait trouver sa source notamment dans la rémunération proposée qui ne serait pas en adéquation avec la difficulté et la dangerosité du travail effectué. En conséquence, ces établissements devaient organiser de nombreuses extractions de détenus vers des structures de soins externes (voir paragraphe 100). De plus, un détenu avait violemment agressé un ophtalmologue lors d'une consultation en 2012 à la prison de Villepinte ce qui rendait le recrutement encore plus difficile dans cet établissement. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer des consultations régulières de médecins spécialistes dans les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte.**

⁵³ Dans les autres établissements, un médecin était d'astreinte les week-ends.

68. En matière de personnel paramédical, la situation était dans l'ensemble satisfaisante dans les établissements visités. Une présence infirmière était notamment assurée tous les jours de la semaine, week-end compris. Aucune présence n'était, en revanche, assurée la nuit. Le CPT considère qu'une personne compétente soit toujours présente pour prodiguer les premiers soins dans chaque établissement pénitentiaire, y compris la nuit et le week-end ; cette personne devrait, de préférence, être un infirmier diplômé, en particulier dans les établissements qui disposent d'une infirmerie pouvant accueillir des patients alités. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires en la matière.**

69. Dans les établissements pénitentiaires de Condé-sur-Sarthe, de Fresnes et de Nîmes, l'examen médical d'admission était effectué par un infirmier et/ou un médecin de manière satisfaisante et dans des délais rapides ; en général, dans les 24 heures suivant l'arrivée du détenu dans l'établissement. Il convient de souligner qu'un dépistage de nombreuses maladies infectieuses (hépatites, tuberculose, maladies sexuelles transmissibles) était proposé systématiquement.

Toutefois, à la maison d'arrêt de Villepinte, il est apparu qu'un examen d'admission approfondi n'était pas systématiquement réalisé dans les 24 heures suivant l'arrivée du détenu, celui-ci étant parfois réalisé trois jours plus tard. Plusieurs détenus, y compris des mineurs, ont indiqué n'avoir passé que quelques instants avec un infirmier ou un médecin lors de leur arrivée et n'avoir subi aucun examen. De plus, la délégation a pris connaissance d'un incident survenu peu de temps avant sa visite où un cas de tuberculose n'avait été détecté qu'après plusieurs mois d'incarcération.

Le CPT tient à souligner qu'un médecin ou un infirmier faisant rapport à un médecin, doit s'entretenir convenablement avec chaque détenu nouvellement arrivé et l'examiner aussitôt que possible après l'admission. Sauf circonstances exceptionnelles, cet entretien/examen doit se dérouler dans les 24 heures suivant l'admission, surtout en ce qui concerne les maisons d'arrêt. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures pour assurer que tous les nouveaux détenus arrivant à la maison d'arrêt de Villepinte et, le cas échéant, dans d'autres établissements pénitentiaires du pays, bénéficient systématiquement d'un tel examen médical.**

70. Le CPT considère que la constatation et l'enregistrement des lésions traumatiques sont des éléments essentiels dans la lutte les mauvais traitements. Dès lors, il est préoccupant de noter qu'un constat de lésions traumatiques (CLT) n'était établi dans les établissements pénitentiaires de Condé-sur-Sarthe, Nîmes et Villepinte qu'à la demande explicite du détenu, et dans les cas les plus graves à la demande du procureur, après un incident violent. La situation est apparue plus satisfaisante à la maison d'arrêt de Fresnes où un constat de lésions traumatiques était généralement rédigé après chaque incident violent. Toutefois, pour l'ensemble de ces établissements, les CLT n'étaient par principe pas communiqués aux autorités de poursuite compétentes.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin qu'un compte-rendu soit établi après chaque constat de lésions traumatiques (à l'admission ou suite à un incident violent), dans tous les établissements pénitentiaires français, et qu'il contienne :

- i) une description exhaustive des constatations médicales objectives fondées sur un examen approfondi,
- ii) les déclarations faites par l'intéressé, pertinentes pour l'examen médical (dont la description de son état de santé et toute allégation de mauvais traitements) et
- iii) les observations du professionnel de santé à la lumière de i) et ii), indiquant la compatibilité entre toute allégation formulée et les constatations médicales objectives.

La consignation de lésions traumatiques constatées lors de l'examen médical devrait se faire sur un formulaire spécialement prévu à cet effet, comportant des « schémas corporels » permettant d'indiquer les lésions traumatiques, qui sera conservé dans le dossier médical du détenu. De plus, il serait souhaitable que des photographies des lésions soient prises, et ces photographies devraient aussi être versées au dossier médical. En outre, un registre spécial des traumatismes devrait être tenu afin d'y consigner tous les types de lésions constatées.

En outre, il convient de prévoir une procédure garantissant que, chaque fois qu'un médecin consigne des lésions compatibles avec des allégations de mauvais traitements faites par la personne concernée (ou qui sont clairement évocatrices de mauvais traitements, même en l'absence de toute allégation), l'information consignée soit systématiquement portée à l'attention des organes de poursuites compétents, indépendamment de la volonté de la personne concernée. Les professionnels de santé (et les détenus concernés) ne devraient pas être exposés à une forme quelconque de pressions ou de représailles de la part de la direction lorsqu'ils s'acquittent de cette obligation. Les résultats de l'examen devraient être mis à la disposition de la personne détenue et de son avocat.

71. Les dossiers médicaux consultés dans les établissements visités étaient, en général, bien tenus à l'exception de ceux de la maison d'arrêt de Villepinte et de l'UPC de la maison d'arrêt de Fresnes où de nombreuses carences ont été constatées par la délégation. Plus généralement, il est regrettable que l'absence d'harmonisation des systèmes informatiques utilisés entre les différents établissements empêche parfois la transmission des dossiers médicaux de détenus transférés dans un établissement d'une autre région, remettant ainsi en cause la continuité des soins. **Le CPT invite les autorités françaises à remédier à ces lacunes.**

72. La confidentialité des consultations médicales au sein des établissements visités était globalement satisfaisante. Toutefois, dans plusieurs établissements, la délégation a constaté que les entretiens entre le personnel médical et les personnes placées à l'isolement ou en cellule disciplinaire étaient parfois sommaires, particulièrement à la maison d'arrêt de Fresnes, et se déroulaient en présence de personnel non-soignant. Au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, plusieurs détenus placés à l'isolement disciplinaire ont indiqué que la consultation avec le médecin s'était déroulée à travers une grille.

De l'avis du CPT, il n'est pas acceptable, du point de vue de la déontologie médicale et de la dignité humaine, que des consultations médicales se déroulent à travers des barreaux métalliques ou une vitre. Une telle pratique empêche d'effectuer un examen médical adéquat, compromet inévitablement l'instauration d'une bonne relation médecin/patient, et peut même être préjudiciable à l'établissement de constatations médicales objectives.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin que les consultations médicales, y compris dans le cadre des entretiens avec des personnes isolées administrativement ou disciplinairement, se déroulent hors de portée de voix et – sauf demande contraire du médecin dans un cas particulier – hors de la vue du personnel de surveillance. Des visites médicales à travers une grille ne devraient plus avoir lieu ; une pièce adaptée permettant de limiter les risques de sécurité devrait être mise à disposition.

73. Dans l'ensemble des établissements visités, la préparation des médicaments était assurée par des personnes qualifiées (soit au sein de l'établissement soit à l'hôpital auquel l'UCSA était rattachée) et la distribution était effectuée par du personnel infirmier.

Toutefois, la distribution aux détenus pris en charge au sein de l'unité psychiatrique d'hospitalisation de jour de la maison d'arrêt de Fresnes était effectuée par du personnel infirmier sous la supervision immédiate d'un surveillant. De plus, la délégation a constaté que les infirmiers étaient soumis à une pression les obligeant à effectuer leurs tâches rapidement afin de libérer le plus rapidement possible l'agent en charge de cette supervision. **Le CPT invite les autorités à prendre les mesures nécessaires afin de mettre fin à cette pratique.**

74. A titre liminaire, il convient de souligner l'amélioration des soins psychiatriques des détenus au sein de structures hospitalières grâce à l'ouverture de nouvelles unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) à travers la France⁵⁴, permettant une meilleure prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques aigus.

75. La prise en charge psychiatrique des détenus à la *maison d'arrêt de Fresnes* est apparue, dans l'ensemble, adaptée. L'établissement disposait de plusieurs dispositifs permettant la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques : l'unité psychiatrique de consultation pour les soins ambulatoires (UPC) et l'unité psychiatrique d'hospitalisation de jour (UPHJ). Cette dernière offrait une prise en charge équivalente à une hospitalisation de jour aux détenus présentant des troubles psychiatriques chroniques ou aigus⁵⁵ et des conditions de détention (cellule individuelle calme et propre) meilleures que celles constatées dans le reste de l'établissement. Outre leur traitement, les détenus se voyaient proposer quelques activités occupationnelles. Le CPT note que des soins non volontaires étaient régulièrement prodigués dans cette unité. Pour la délégation, l'offre de soins psychiatriques ambulatoires pourrait être renforcée par la présence permanente d'un psychiatre sur le site⁵⁶ et l'accroissement du nombre de locaux de consultation ainsi que du personnel pénitentiaire, souvent insuffisant pour assurer les mouvements des détenus malades (voir paragraphe 84).

En revanche, la situation constatée dans les autres établissements visités était préoccupante pour le Comité.

⁵⁴ Six autres UHSA ont été ouvertes depuis la visite du CPT effectuée en 2010 à l'UHSA Le Vinatier à Bron.

⁵⁵ Les détenus ayant besoin d'une hospitalisation étaient généralement rapidement orientés vers l'UHSA Paul Verlaine à Villejuif, qui n'a pas été visitée par le CPT.

⁵⁶ Selon les informations recueillies par la délégation, un psychiatre ne serait présent dans l'unité que quelques heures par jour.

Au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, un psychiatre était présent deux demi-journées par semaine. Il travaillait en coopération avec deux infirmiers spécialisés en psychiatrie (1,5 poste ETP) et un psychologue présent un jour et demi par semaine. Bien que l'établissement était relativement bien doté en personnel, il n'était pas en mesure de prendre en charge les détenus atteints de troubles psychiatriques les plus difficiles. Dans l'attente d'une admission dans une UHSA, les détenus étaient placés « à l'écart » dans une aile non utilisée de l'établissement parfois pendant plusieurs semaines. Selon les informations recueillies, de telles mesures étaient prises plusieurs fois par an. Lors de la visite, la délégation a ainsi rencontré un détenu qui avait été placé « à part » depuis plusieurs jours en raison de son comportement délirant et dangereux pour lui-même et autrui. Il faisait l'objet d'une attention particulière du personnel de santé comme du personnel pénitentiaire qui a toutefois indiqué ne pas être formé pour gérer ce type de situation (voir paragraphe 83). Au moins un autre détenu laissait apparaître un besoin d'une prise en charge psychiatrique immédiate qui ne pouvait être fournie dans l'établissement.

La maison d'arrêt de Nîmes disposait d'un poste à temps plein de psychiatre et d'un mi-temps de psychologue. Aucune des infirmières de l'établissement n'avaient une spécialisation en psychiatrie. Cette dotation apparaît insuffisante compte tenu du nombre de détenus et de leur renouvellement régulier. De plus, le personnel soignant a indiqué rencontrer des difficultés pour convaincre les détenus d'accepter un placement à l'UHSA de Toulouse (unité à laquelle est rattaché la prison de Nîmes) en raison de son éloignement.

A la maison d'arrêt de Villepinte, un psychiatre était présent trois demi-journées par semaine et un pédopsychiatre, affecté au quartier des mineurs, assurait une présence deux journées par semaine, en théorie. Toutefois, la dernière visite d'un pédopsychiatre dans l'établissement semblait remonter à juin 2015. L'établissement doté, en théorie, de 4,5 postes ETP de psychologues, ne bénéficiait en réalité que d'une présence effective de 1,25 poste ETP. Le temps d'attente pour rencontrer un psychologue était d'environ un an.

De plus, la délégation a constaté que nombre de détenus ayant séjourné dans des UHSA rencontraient des difficultés à leur retour en prison. Compte tenu de la différence de prise en charge psychiatrique entre UHSA et prison, le retour en prison entraînait souvent la réapparition des troubles suivie d'une nouvelle hospitalisation qui enfermait parfois les détenus dans un cycle sans fin d'hospitalisation, de sortie de l'hôpital, de détérioration de l'état de santé mentale et de ré-hospitalisation. Un tel cycle est à la fois néfaste pour la santé du patient et préjudiciable et coûteux pour la prison et l'hôpital concernés.

Le CPT recommande aux autorités françaises d'améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus en renforçant les équipes psychiatriques et l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires à la lumière des remarques précédentes. Les détenus atteints de troubles sévères devraient être pris en charge au sein de structures hospitalières.

76. Des efforts devraient être entrepris concernant la prise en charge de la toxicomanie en prison. Il existait un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie au sein de l'établissement pénitentiaire de Fresnes. Son travail consistait principalement dans le dépistage des détenus dépendants aux opiacés et la mise en place de traitements de substitution – 78 personnes recevaient un tel traitement au moment de la visite. La délégation a cependant constaté qu'aucun médecin spécialisé en addictologie n'était rattaché à ce centre. A la prison de Nîmes où près de 50 détenus recevaient un traitement de substitution aux opiacés, la présence d'un addictologue quelques heures par semaine est apparue insuffisante compte tenu du nombre de détenus arrivant en détention avec un problème d'addiction. La situation était similaire à la maison d'arrêt de Villepinte. Surtout, aucun programme complet mis en œuvre à l'échelle nationale ne semblait exister concernant la prise en charge de la toxicomanie en prison et la réduction des risques (y compris par la mise en place d'un système d'échange de seringues)⁵⁷.

Apporter une aide aux usagers de drogues n'est pas chose facile, en particulier dans un milieu pénitentiaire, et il n'existe pas de réponse simple ni unique à la question de l'approche à suivre. Néanmoins, le Comité considère que la prévention de l'usage des drogues doit être vigoureusement développée et s'intéresser tant à la réduction de la demande qu'à la réduction des risques. L'entrée en prison constituant une occasion pour une personne d'aborder son problème de toxicodépendance, il est important qu'une prise en charge appropriée puisse lui être offerte. Celle-ci doit être variée, des programmes de désintoxication comprenant des programmes de substitution pour les patients dépendants à la drogue devraient être associés à de véritables programmes psychosociaux et éducatifs pour les patients dépendants aux opiacés et ne pouvant interrompre leur consommation. Enfin, le personnel soignant – et le personnel pénitentiaire en général – devraient bénéficier d'une formation spécifiquement centrée sur les questions de consommation de drogues. **Le CPT encourage les autorités françaises à mettre en œuvre une telle politique en matière d'usage de drogues en prison.**

77. La question des suicides dans les prisons françaises a fait l'objet d'une attention particulière du CPT au début des années 2000⁵⁸. Le Comité note que, depuis lors, les autorités françaises ont pris de nombreuses mesures afin de prévenir les suicides en prison, dont la généralisation des quartiers « arrivants », la formation du personnel pénitentiaire à cet enjeu, la détection des personnes à risques, et la mise en place de cellules « lisses » dans les établissements (voir paragraphe 79). Si le nombre de suicides a connu une baisse au cours des dernières années, notamment entre 2010 et 2014 où le taux était passé à 13,9 suicides enregistrés pour 10 000 personnes écrouées, il apparaît que ce chiffre ait de nouveau augmenté pour atteindre 17,1 pour 10 000 détenus en 2015. **Le CPT invite les autorités françaises à poursuivre leurs efforts pour prévenir les suicides en prison.**

78. Dans ce contexte, les maisons d'arrêt de Fresnes et de Villepinte étaient des sites pilotes d'un programme de « codétenu de soutien ». Plusieurs détenus volontaires de ces établissements avaient reçu une formation afin de venir en aide, par le dialogue, à d'autres détenus, notamment dans le cadre de la prévention des suicides. Ils se réunissaient deux fois par mois et bénéficiaient de certains avantages (encellulement individuel et possibilités accrues de circuler au sein de l'établissement). Selon plusieurs interlocuteurs, ce dispositif jouerait un rôle utile pour certains détenus fragiles ou en difficultés. **Le CPT souhaite connaître les intentions des autorités concernant la pérennisation de ce programme dans ces établissements et son éventuelle mise en place au sein d'autres établissements.**

⁵⁷ Voir le [rapport](#) « Prison and health », du bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, 2014.

⁵⁸ Voir CPT/Inf (2001) 10, paragraphes 98 à 100 et CPT/Inf (2004) 6, paragraphes 43 à 46.

79. Chaque établissement visité était doté d'au moins une cellule « lisse » de protection d'urgence (aussi appelée CProU). Elles étaient meublées (lit, table, siège, bloc sanitaire, téléviseur) et équipées d'un système de vidéosurveillance de façon à limiter les risques d'automutilation et de suicide. La procédure de placement prévoit notamment la consultation pour avis et le contrôle régulier d'un médecin. La délégation a constaté que le recours à ces cellules se limitait en général aux situations de risque suicidaire imminent.

Si le nombre de ces placements n'est pas apparu excessif, certaines réserves peuvent être émises concernant leur durée qui se prolongeait parfois jusqu'à 24 heures voire 72 heures (voir également paragraphe 60 concernant la vidéosurveillance). Le CPT considère qu'en cas de perpétuation d'un risque suicidaire, il convient d'offrir une prise en charge médicale plus appropriée notamment au sein d'une structure psychiatrique. De plus, les registres de placement dans ces cellules n'étaient pas toujours correctement tenus, notamment à la maison d'arrêt de Villepinte ainsi que pour la chambre d'apaisement de l'UPHJ de la maison d'arrêt de Fresnes. **Le Comité invite les autorités françaises à revoir le recours au placement dans ces cellules ainsi que la tenue des registres dédiés à la lumière de ces remarques.**

80. Le CPT constate que l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires de Condé-sur-Sarthe et de Fresnes ne nécessitait pas un recours régulier à des prises en charge à l'extérieur de l'établissement. De plus, lorsqu'une consultation externe ou une hospitalisation était nécessaire, elle était en général organisée rapidement. L'établissement de Condé-sur-Sarthe a ainsi obtenu la mise en place d'une procédure spécifique d'admission des détenus au centre hospitalier d'Alençon. De leur côté, les détenus masculins de la maison d'arrêt de Fresnes étaient, le plus souvent, pris en charge principalement au sein de l'hôpital Bicêtre.

Il en allait malheureusement tout autrement dans les maisons d'arrêt de Nîmes et de Villepinte. Comme indiqué précédemment, le manque de médecins spécialisés intervenant dans ces établissements contraignait à une dépendance accrue à une prise en charge externe. Ces consultations ou interventions nécessitaient des transferts réguliers vers des hôpitaux qui n'étaient pas toujours réalisables rapidement. A la maison d'arrêt de Nîmes, seuls huit détenus pouvaient être pris en charge à l'hôpital par semaine – en dehors des hospitalisations d'urgence – en raison d'un manque de moyens pour assurer le transport de ces personnes. Selon les informations communiquées, 20% des consultations hospitalières/hospitalisations avaient dû être annulées au cours des 10 premiers mois de 2015 en raison d'un manque de personnel d'escorte. Le personnel de santé de la maison d'arrêt de Villepinte a décrit des difficultés similaires pour obtenir une escorte et/ou un rendez-vous au sein de l'hôpital le plus proche. Ces délais occasionnaient non seulement des retards de diagnostics ou de traitement mis en place mais également des angoisses chez les détenus.

Le CPT recommande aux autorités françaises, et notamment aux ministères de la Justice et de la Santé, de prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la prise en charge médicale des détenus des établissements de Nîmes et de Villepinte en leur sein comme dans des structures externes.

81. Le CPT regrette vivement que, malgré ses recommandations de longues dates, le transfert et les soins prodigués aux détenus en milieu hospitalier extérieur continuent d'être pratiqués dans des conditions inacceptables. Le recours aux entraves lors d'extractions médicales demeure très répandu tout comme la présence fréquente du personnel d'escorte lors des examens ou interventions médicaux, parfois malgré le refus du personnel de santé. Ces mesures apparaissent déconnectées de la dangerosité réelle du détenu ou de son risque de fuite. A titre d'illustration, un détenu porteur de handicap qui se déplaçait en fauteuil roulant a déclaré avoir été entravé aux mains et aux jambes lors de son transfert comme lors des consultations hospitalières. La délégation a constaté que durant les transferts effectués en véhicule du service pénitentiaire, les patients de l'UHSA de Toulouse étaient systématiquement entravés, généralement avec des menottes fixées à un ceinturon sur la partie ventrale ; des entraves étaient parfois aussi mises aux pieds des patients. En cas de transfert en ambulance, ils étaient systématiquement entravés aux quatre membres et accompagnés par le personnel soignant. Plus regrettable encore, plusieurs détenus ont indiqué avoir été entravés lors d'interventions chirurgicales, y compris sous anesthésie. Le Comité note d'ailleurs que le CGLPL a formulé des conclusions similaires dans son avis de juin 2015⁵⁹ (entraves régulières, présence du personnel d'escorte y compris lors d'accouchements).

La résolution de ces problèmes s'impose de manière urgente, tant de telles pratiques peuvent être considérées comme humiliantes et dégradantes. Comme indiqué dans le précédent rapport du CPT, il est essentiel que toutes les structures de soins susceptibles d'accueillir des détenus disposent d'une pièce adéquate désignée permettant d'assurer la confidentialité des examens et des soins médicaux. Cette pièce devrait, entre autres, être sécurisée, c'est-à-dire être un lieu aménagé de manière à limiter les risques d'évasion. En outre, examiner ou soigner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de la déontologie médicale que du point de vue clinique ; en dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel de santé. Dans ce contexte, des sessions de sensibilisation sur la prise en compte des risques, le respect de la confidentialité et de la dignité devraient être proposées au personnel d'escorte comme aux médecins et infirmiers recevant des détenus en structure hospitalière.

Le CPT appelle, une nouvelle fois, les autorités françaises à prendre les mesures décisives, y compris au niveau normatif, afin d'assurer que les extractions médicales (transport, escorte et garde) des personnes détenues se fassent conformément aux considérations et préconisations susmentionnées.

6. Autres questions

a. ressources en personnel

82. De manière générale, le personnel rencontré dans les établissements visités était dévoué, remplissant des missions délicates dans des locaux dégradés (à l'exception du centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe) et dans des conditions difficiles de travail tant en terme de contraintes horaires que de stress (voir, cependant, paragraphe 38).

⁵⁹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, CPLX1516614V.

83. Au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, les effectifs du personnel de surveillance étaient adéquats compte tenu du nombre de détenus incarcérés au moment de la visite. Cependant, la plupart des agents n'avaient aucune expérience pénitentiaire avant leur affectation dans cet établissement. Beaucoup d'entre eux ont exprimé leurs besoins en matière de formation continue, de supervision et de soutien étant donnée la spécificité des personnes détenues dans cette prison. **Le CPT invite les autorités à répondre aux besoins du personnel du centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe en matière de formation et de supervision.**

84. La situation était différente dans les trois autres établissements visités où le nombre d'agents effectivement présents était insuffisant. A la maison d'arrêt de Fresnes, près de 10% des postes de surveillants étaient vacants, une grande partie du personnel était inexpérimenté et le taux d'absence pour raison médicale était élevé. De plus, l'établissement connaissait un taux de rotation élevé de son personnel. La maison d'arrêt de Nîmes connaissait également des difficultés en matière de personnel. La direction a indiqué devoir adapter le régime en fonction du personnel effectivement présent dans l'établissement, ce qui entraînait une suspension de certaines activités, principalement en été.

La situation la plus préoccupante concernait la maison d'arrêt de Villepinte. Le personnel pénitentiaire était en nombre insuffisant par rapport au nombre de détenus. De plus, il était extrêmement peu expérimenté, la grande majorité des surveillants effectuaient leur première affectation après leur formation initiale. De plus, le taux de renouvellement des surveillants était d'un tiers chaque année. La prison avait également le taux moyen d'absentéisme le plus important des établissements pénitentiaires d'Ile-de-France (plus de 8% au cours des six premiers mois de 2015)⁶⁰. Au moment de la visite, près d'un quart des 211 agents (de surveillance, de direction et d'administration) affectés dans l'établissement était absent pour des durées prolongées ou indéterminées (congés maladie, congé longue durée, absence pour raisons syndicales, accident de travail, etc.). En outre, plusieurs postes n'étaient pas définitivement pourvus, notamment celui de chef de détention. Ces absences avaient d'importantes répercussions sur le fonctionnement de l'établissement. Ainsi, lors de la visite, la délégation a constaté un après-midi, qu'un seul surveillant avait la responsabilité d'une section entière, soit environ 130 détenus. Selon plusieurs interlocuteurs, il n'était pas rare que deux agents aient la charge de 170 personnes ce qui entraînait un ralentissement voire une suppression des mouvements des détenus, une démotivation du personnel et un accroissement des tensions.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la présence effective à tout moment d'un nombre suffisant de personnel formé pour assurer un fonctionnement normal dans les maisons d'arrêt de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte.

⁶⁰ Par comparaison, il était de 4,7% pour la même période au centre pénitentiaire de Fresnes.

85. Au niveau national, les autorités françaises ont indiqué rencontrer des difficultés pour le recrutement et le maintien en poste des agents pénitentiaires. Au cours des deux dernières années, l'administration pénitentiaire a déployé des efforts importants pour recruter et former des surveillants et ainsi diminuer le nombre de postes vacants⁶¹. Cependant, les autorités ont également reconnu connaître des problèmes d'attractivité et de maintien des personnels recrutés dans leur poste. En effet, nombre d'entre eux quitteraient rapidement l'administration pénitentiaire en raison notamment des violences subies par le personnel⁶², des conditions et du rythme de travail parfois difficiles. **Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts au niveau national en matière de recrutement et de gestion du personnel pénitentiaire.**

86. En droit français, les fonctionnaires titulaires originaires des départements d'outre-mer travaillant en France métropolitaine peuvent prétendre à un régime particulier de congés bonifiés. Tel était le cas d'environ un tiers des agents pénitentiaires des maisons d'arrêt de Fresnes et de Villepinte. Ce congé leur permet de bénéficier, tous les trois ans, de 65 jours consécutifs de congés dans leur département d'origine. De l'avis de nombreux interlocuteurs de la délégation, de tels congés, utilisés le plus souvent en juillet/août ou en décembre/janvier, perturbaient de manière significative l'organisation des établissements, compte tenu du nombre important d'agents pouvant en bénéficier. Ils engendraient une charge accrue de travail en raison du non remplacement des agents pendant cette période et entraînaient parfois des réductions d'activités pour les détenus. Sans se prononcer sur le principe de ces congés, **le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à ce sujet.**

87. A la maison d'arrêt de Villepinte, quatre agents étaient suspendus de leurs fonctions suite à l'ouverture de procédures pénales en relation avec l'introduction en faveur de détenus de produits prohibés au sein de l'établissement. Le CPT note que ces personnes n'ont pas été remplacées, accroissant, en conséquence, la charge de travail déjà importante des autres agents de cet établissement. **Le Comité souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à cet égard.**

88. Il convient de souligner que les six surveillants du quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Villepinte y travaillaient volontairement. Le personnel pénitentiaire présent dans ce quartier portait une tenue de sport et non l'uniforme de l'administration pénitentiaire.

Selon les informations recueillies par la délégation, seuls deux d'entre eux avaient reçu une formation spécifique pour le travail avec les mineurs. Les autres n'avaient pu la suivre par manque de temps disponible. **Le CPT encourage les autorités françaises à prendre des mesures afin d'assurer que les agents pénitentiaires reçoivent la formation nécessaire avant de commencer à travailler dans le quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Villepinte et, le cas échéant, dans les autres établissements pénitentiaires où des mineurs sont incarcérés.**

⁶¹ Plus de 2 000 postes étaient vacants au moment de la visite.

⁶² Près de 20 000 agressions sur des agents avaient été recensées en 2014 dont un peu moins de 16 000 qualifiées de violences verbales.

b. contacts avec le monde extérieur

89. En matière de visites, la législation française reconnaît un droit à trois visites d'une heure par semaine pour les prévenus et d'une visite d'une heure par semaine pour les condamnés. Dans les établissements visités, cette règle était en général appliquée. Il convient de souligner la bonne pratique développée à la maison d'arrêt de Villepinte où les condamnés bénéficiaient du même nombre de visites que les prévenus – c'est-à-dire trois visites par semaine.

90. Les autorisations de visite pour les familles et les proches sont délivrées par différentes autorités en fonction du statut de la personne privée de liberté. Pour les condamnés, la délivrance de permis de visite revient au directeur de l'établissement et ses décisions en la matière peuvent être contestées devant les juridictions administratives. Lorsqu'une affaire est en phase d'instruction, il revient au juge d'instruction d'autoriser la délivrance de permis de visite et d'en décider de la suspension. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant la chambre de l'instruction.

Des difficultés semblaient exister concernant les demandes et retraits de permis de visite pour les prévenus une fois l'instruction close. Il revient au procureur de la République de prendre des décisions en la matière. Toutefois, dans le cas d'un refus ou d'un retrait d'un permis de visite, les décisions ne devaient pas obligatoirement être motivées ni notifiées et ne semblaient pas être susceptibles de recours. La délégation a constaté que cette situation créait parfois des confusions, y compris au sein des services administratifs des établissements, ainsi qu'un sentiment d'arbitraire chez les personnes concernées. Depuis la visite, les dispositions applicables⁶³ ont été modifiées pour permettre de contester les décisions du procureur de la République en la matière devant la chambre de l'instruction. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises concernant le manque de motivation de ces décisions et l'effectivité du recours créé.**

91. Les conditions matérielles dans lesquelles se déroulaient les visites dans les prisons de Condé-sur-Sarthe et de Villepinte n'appellent à aucun commentaire particulier. En revanche, celles constatées dans les maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes sont inacceptables.

A la prison de Fresnes, les box utilisés pour les visites, situés au sous-sol de l'établissement, étaient délabrés, sales, mal ventilés et exigus (moins de 1,3 m²) avec une hauteur sous plafond de moins de deux mètres. De plus, un muret de séparation de 85 cm de hauteur limitait grandement les contacts physiques entre le détenu et ses visiteurs. Selon la direction, ces murets devaient être démolis à court terme suite à la décision d'une juridiction administrative. La grande salle destinée à servir lors de visites d'enfants était inutilisée au moment de la visite en raison d'un manque de personnel.

A la maison d'arrêt de Nîmes, les visites avaient lieu dans une salle commune de 85 m² où trente tables en plastique (autour desquelles quatre personnes pouvaient s'installer) étaient alignées très proches les unes des autres sans séparation entre elles. La salle pouvait accueillir jusqu'à 120 personnes (enfants compris). Une telle disposition entraînait de la promiscuité, un brouhaha incessant et un manque flagrant d'intimité générant régulièrement des tensions. Certains détenus ont indiqué refuser des visites pour ne pas faire endurer de telles conditions à leurs proches. La direction, consciente du problème, a indiqué qu'il existait un projet d'amélioration de la salle de visites collectives mais que ce projet ne disposait pour l'instant pas d'un financement.

⁶³ Article 154-4 du CPP tel que modifié par l'article 63 de la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin que les détenus puissent recevoir dignement la visite de leur famille dans les maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes.

92. Le CPT note avec satisfaction le développement d'unités de vie familiale (UVF) permettant aux détenus condamnés de bénéficier, en plus des visites ordinaires, de visites non surveillées au sein de l'unité pour une durée pouvant aller jusqu'à 72 heures⁶⁴. Les autorités françaises ont indiqué que 29 prisons, principalement des établissements accueillant des personnes condamnées, disposaient de telles installations. Depuis 2006, les programmes immobiliers prévoient la réalisation d'UVF dans chaque nouvelle construction. De plus, dans les établissements ne pouvant pas accueillir d'UVF, notamment en raison d'un manque de place, des parloirs familiaux ont été créés afin de permettre aux détenus de rencontrer leurs proches pour une durée maximale de six heures. **Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts en la matière.**

93. L'ensemble des détenus, y compris les prévenus, avaient en principe un accès régulier à des téléphones. Le coût excessif des communications téléphoniques a été évoqué dans tous les établissements visités, et de manière encore plus accentuée au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe. Des membres des directions rencontrés ont reconnu que les tarifs étaient effectivement élevés notamment vers les téléphones portables et l'étranger. **Le CPT invite les autorités à faciliter l'accès à un téléphone, à revoir la situation quant aux tarifs appliqués en matière de communications téléphoniques et à examiner la possibilité d'utiliser d'autres moyens de communications audio, et éventuellement vidéo, permettant de proposer des tarifs plus abordables.**

c. discipline

94. Le droit applicable en matière de procédure disciplinaire est resté inchangé depuis la précédente visite⁶⁵. La procédure offre les garanties nécessaires notamment en matière de notification, de débats contradictoires, d'accès à un avocat – y compris commis d'office – lors de la comparution devant la commission disciplinaire et de notification de la décision disciplinaire qui doit être motivée et indiquer les modalités de recours. Le CPT note avec satisfaction que la législation prévoit l'assistance obligatoire d'un avocat lors de la comparution d'un détenu mineur devant la commission disciplinaire⁶⁶. La délégation a constaté que, dans l'ensemble, les registres disciplinaires étaient bien tenus, les procédures disciplinaires respectaient les dispositions légales et les décisions étaient correctement motivées.

La loi prévoit différentes sanctions disciplinaires dont les plus sévères sont, pour les détenus majeurs, le confinement en cellule ordinaire ou le placement en cellule disciplinaire pour une durée pouvant aller jusqu'à 30 jours. Cette durée est de sept jours pour les mineurs de plus de 16 ans et de trois jours pour des mineurs de 16 ans.

⁶⁴ L'UVF est un appartement meublé, de type F2/F3, situé dans l'enceinte pénitentiaire et à l'extérieur de l'espace de détention, conçu pour y mener une vie autonome.

⁶⁵ Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 105.

⁶⁶ Article R57-7-16 du CPP.

95. Comme lors de la précédente visite, le recours à l'isolement disciplinaire n'est pas apparu excessif dans les établissements visités. Toutefois, la durée maximale prévue par la législation n'est pas en conformité avec les normes du CPT. Pour le Comité, un isolement disciplinaire pouvant aller jusqu'à de 30 jours est excessif. Etant donné les effets potentiellement néfastes de l'isolement, la mise à l'isolement ne devrait pas être imposée à titre de sanction pour des périodes supérieures à 14 jours pour une infraction donnée, et de préférence inférieure⁶⁷. Dans leur réponse au précédent rapport de visite périodique, les autorités françaises indiquaient que le législateur avait choisi de déterminer « des sanctions dont la durée soit suffisamment dissuasive afin d'éviter la commission d'actes graves »⁶⁸. Sur la base de son expérience, le CPT n'est pas convaincu par l'aspect dissuasif que pourrait avoir une durée prolongée de l'isolement disciplinaire.

Sur la base des registres consultés à la maison d'arrêt de Villepinte, il est apparu que le recours à l'isolement des mineurs pour des motifs disciplinaires était relativement limité. Cependant, une dizaine d'isolements disciplinaires de plus de trois jours avait été prononcée entre janvier et novembre 2015. Le CPT souhaite souligner que toute forme d'isolement peut avoir un effet encore plus nuisible sur le bien-être physique et/ou mental des mineurs. À cet égard, le Comité constate une tendance à la hausse, au niveau international, du mouvement en faveur de l'interdiction du recours à l'isolement en tant que sanction disciplinaire à l'encontre des mineurs. Il convient de faire plus particulièrement référence à l'ensemble de règles des Nations Unies minima pour le traitement des détenus (*Règles Nelson Mandela*), qui a été récemment révisé par une résolution unanime de l'Assemblée générale et qui dispose expressément à la Règle 45(2) que l'isolement ne sera pas imposé aux mineurs⁶⁹. Le CPT souscrit pleinement à ce principe.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures notamment normatives nécessaires à la lumière des éléments susmentionnés.

96. La législation prévoit que le médecin soit notifié quotidiennement des personnes placées à l'isolement et qu'il les examine sur place au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire⁷⁰. Dans la pratique, un infirmier ou un médecin rendait visite aux détenus placés au quartier d'isolement en général peu de temps après leur admission puis tous les deux ou trois jours. **Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de garantir que, dans tous les établissements pénitentiaires, les détenus placés dans des conditions d'isolement cellulaire (qu'il soit disciplinaire ou administratif) fassent l'objet d'une visite immédiate, puis quotidienne, d'un médecin ou d'un infirmier faisant rapport à un médecin.**

97. Les conditions matérielles des cellules du quartier disciplinaire étaient satisfaisantes au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe. En revanche, les cellules étaient vétustes et sales dans les autres établissements visités avec de surcroît d'importants problèmes de chauffage dans les maisons d'arrêt de Fresnes et de Nîmes. Sur ces points, il est renvoyé au paragraphe 42.

⁶⁷ Voir le paragraphe 56 du 21^e rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2011) 28.

⁶⁸ Voir CPT/Inf (2012) 14, page 61.

⁶⁹ Voir aussi Règle 67 des règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté (Résolution A/RES/45/113 de l'Assemblée générale, annexe).

⁷⁰ Article R. 57-7-31 du CPP.

Dans ces trois établissements, l'accès à la lumière naturelle était insuffisant et nécessitait le recours quasi-permanent à un éclairage artificiel. **Le CPT recommande aux autorités de prendre les mesures nécessaires afin de remédier aux déficiences constatées dans les cellules disciplinaires des maisons d'arrêt de Fresnes, Nîmes et Villepinte.**

98. Dans l'ensemble des établissements visités, la délégation a constaté que les détenus placés à l'isolement disciplinaire se voyaient offrir quotidiennement un accès à un espace extérieur pendant une heure. Ces espaces étaient tous de petites tailles, permettant difficilement de s'exercer physiquement. De plus, les protections contre le mauvais temps étaient insuffisantes et aucune cour n'était dotée d'un siège ou banc. **Le CPT invite les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires afin de remédier à ces carences.**

d. mesures de sécurité

99. Le CPT attache une importance particulière aux conditions et modalités de mise en œuvre des fouilles à nu en raison de leur caractère invasif et potentiellement dégradant. Le droit applicable au moment de la visite, et notamment l'article 57 de la loi pénitentiaire, était inchangé par rapport à la précédente visite⁷¹. Le recours aux fouilles devait être justifié par la suspicion d'une infraction ou par un risque pour la sécurité. Ces fouilles ne pouvaient en principe pas être systématiques.

Toutefois, la législation en la matière a connu des modifications depuis la visite. Le Comité regrette vivement l'introduction, par la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, d'un nouvel alinéa à l'article 57 de la loi pénitentiaire permettant aux chefs d'établissement d'ordonner des fouilles, non plus sur le fondement d'un risque individuel, mais sur la base de soupçons collectifs⁷². Il est rappelé qu'une fouille à nu ne devrait être réalisée que si des motifs raisonnables existent de soupçonner un détenu d'avoir caché sur lui des objets prohibés, et que cette fouille est nécessaire pour les détecter, une fouille ordinaire ne permettant probablement pas de les découvrir.

Dans les établissements de Nîmes et de Villepinte, les détenus ne faisaient en général l'objet d'une fouille, après une visite ouverte, que sur la base d'une évaluation individualisée. A la maison d'arrêt de Fresnes, la direction a reconnu que la majorité des détenus était fouillée à nu après les visites sans pour autant que la mesure ne touche l'ensemble des détenus. A l'établissement pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe, la direction a indiqué que les fouilles à nu systématiques avaient été réintroduites à la suite des attentats perpétrés en région parisienne (soit quelques jours avant la visite de cet établissement par la délégation). De plus, certaines catégories de détenus notamment ceux placés à l'isolement disciplinaire ou de « l'unité pour la prévention du prosélytisme » de la maison d'arrêt de Fresnes étaient systématiquement fouillés à nu après chaque visite.

⁷¹ Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 110.

⁷² La loi prévoit l'insertion à l'article 57 de la loi pénitentiaire de l'alinéa suivant : « Lorsqu'il existe des raisons sérieuses de soupçonner l'introduction au sein de l'établissement pénitentiaire d'objets ou de substances interdits ou constituant une menace pour la sécurité des personnes ou des biens, le chef d'établissement peut également ordonner des fouilles dans des lieux et pour une période de temps déterminés, indépendamment de la personnalité des personnes détenues. Ces fouilles doivent être strictement nécessaires et proportionnées. Elles sont spécialement motivées et font l'objet d'un rapport circonstancié transmis au procureur de la République territorialement compétent et à la direction de l'administration pénitentiaire. »

De plus, tous les détenus interrogés, ayant subi une telle fouille, ont indiqué à la délégation avoir dû se dévêtir entièrement. Compte tenu du caractère potentiellement dégradant d'une telle mesure, les personnes devant subir une fouille à nu ne devraient pas avoir à enlever l'ensemble de leurs vêtements en une fois. Une procédure par étapes permettant d'avoir toujours une partie du corps couverte devrait être mise en place.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que, tant dans la législation nationale que dans la pratique, les fouilles à nu soient réalisées suite à une évaluation individuelle des risques et effectuées par étapes.

100. Le CPT regrette que des mesures de contrôle nocturne étaient appliquées à un nombre non négligeable de détenus dans chaque établissement visité. Ainsi, la plupart des détenus particulièrement signalés, des détenus des quartiers disciplinaires et d'isolement ainsi que ceux de l'unité pour la prévention du prosélytisme de la maison d'arrêt de Fresnes et les personnes considérées comme à risque de suicide se sont plaints d'être réveillés régulièrement – en général toutes les heures – par les surveillants effectuant la ronde de nuit qui allumaient la lumière dans les cellules et les contraignaient parfois à donner signe de vie (en bougeant le bras, par exemple).

Une telle mesure risque d'avoir des conséquences néfastes pour la santé des détenus concernés. La perpétuation de telles mesures sur plusieurs mois voire années est susceptible d'entraîner des troubles psychologiques chez certains détenus ou d'aggraver des problèmes existants⁷³. **Le Comité recommande aux autorités françaises de revoir les modalités de la surveillance nocturne dans tous les établissements pénitentiaires. En particulier, l'éclairage des cellules ne devrait être allumé qu'en cas de stricte nécessité.**

⁷³

La prévention des suicides peut par ailleurs être assurée par des moyens plus adéquats.

C. Etablissements psychiatriques

1. Remarques préliminaires

101. Le cadre juridique relatif à l'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux a été modifié de manière significative depuis la dernière visite effectuée par le CPT en 2010. La réforme législative en cours lors de la visite du CPT en 2010 et décrite dans le rapport⁷⁴ s'est faite suite à l'entrée en vigueur de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (loi du 5 juillet 2011). Par décision du Conseil constitutionnel du 21 avril 2012, deux dispositions de la loi de 2011⁷⁵ ont été déclarées inconstitutionnelles. Par la suite, la loi n° 2013-809 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 (loi du 27 septembre 2013) a été adoptée. Enfin, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (loi du 26 janvier 2016) a apporté d'autres modifications importantes. Les aspects pertinents de cette réforme, notamment en ce qui concerne les garanties entourant l'hospitalisation sans consentement dans un établissement psychiatrique, seront abordés aux paragraphes 143-161.

102. La délégation a visité l'unité pour malades difficiles (UMD)⁷⁶ d'Albi, les services de psychiatrie générale et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)⁷⁷ au sein du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) de Toulouse⁷⁸ ainsi que l'unité « UF1 » de l'hôpital de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse.

103. L'UMD « *Louis Crocq* » d'Albi est rattachée au centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet, un établissement de santé privé à but non lucratif qui fait partie des établissements de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Ayant une capacité officielle de 40 lits (uniquement pour patients masculins, y compris des mineurs), l'établissement hébergeait 37 patients⁷⁹ adultes au moment de la visite. La durée moyenne du séjour était de six mois à une année.

⁷⁴ CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 126, 155, 178, 186, 187.

⁷⁵ Le paragraphe II de l'article L.3211-12 et l'article L.3213-8 du Code de la santé publique (CSP) imposaient des conditions de mainlevée de la mesure plus strictes pour les personnes ayant fait l'objet de soins sans consentement sur la base de dispositions en matière d'irresponsabilité pénale ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en UMD au cours des dix dernières années (voir aussi paragraphe 161).

⁷⁶ Les UMD sont des unités spécialement organisées qui offrent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sécurité particulières aux patients considérés comme « difficiles ». Il s'agit typiquement de trois types de patients : des patients « médico-légaux » déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du Code pénal et l'article L.706-135 du Code de procédure pénale (CPP), des patients considérés comme étant des « perturbateurs » transférés des unités en hôpital de psychiatrie générale et des détenus hospitalisés en vertu de l'article D.398 du CPP. Au moment de la visite, il existait dix UMD en France.

⁷⁷ Il s'agit d'un établissement spécialisé destiné à accueillir des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, en offrant des conditions d'hospitalisation en psychiatrie équivalentes à celles des hôpitaux psychiatriques civils mais dotées d'un dispositif de sécurité qui est géré par l'administration pénitentiaire. L'UHSA de Toulouse est rattachée à la maison d'arrêt de Seysses.

⁷⁸ La délégation s'est également rendue dans l'unité de soins de longue durée (USLD), un service non-psychiatrique, au sein du CHGM (voir la section D ci-dessous).

⁷⁹ Cinq patients étaient des détenus provenant des établissements pénitentiaires et hospitalisés en vertu de l'article D.398 du CPP, cinq étaient internées en application des dispositions concernant l'irresponsabilité pénale et les autres étaient des patients qui avaient été transférés d'hôpitaux de psychiatrie générale.

104. Le centre hospitalier *Gérard Marchant* est un établissement public assurant les soins psychiatriques dans le département de la Haute-Garonne. En 2001, il a été fortement endommagé par l'explosion d'une usine chimique voisine entraînant sa fermeture temporaire. De nouveaux pavillons hospitaliers ont été construits à côté des anciens pavillons endommagés et au moment de la visite les travaux étaient toujours en cours. Une grande partie des prestations était proposée sous forme de services ambulatoires dans les centres médico-psychologiques (CMP) situés dans toutes les villes du département. Le nombre de lits prévus au CHGM pour l'hospitalisation à temps complet de patients adultes dans les services de psychiatrie générale était de 287, dont 140 se trouvaient dans les unités d'admission associées aux sept secteurs du département et 12 lits se trouvaient dans une unité spécialisée pour jeunes adultes (voir paragraphe 105). Les autres lits étaient répartis entre les cinq unités de suite sur le site principal (voir paragraphe 115) et deux centres de postcure extériorisés à Maignan et Auzeville. Au moment de la visite, il y avait 133 patients⁸⁰ admis en hospitalisation sans consentement.

Chacun des sept secteurs gérés par le CHGM disposait d'une unité d'admission, prévue pour la prise en charge des états aigus. Ces unités avaient une architecture similaire de 20 lits chacune, dont 15 lits en zone ouverte et cinq lits en zone « fermable ». Cette dernière comprenait cinq chambres munies d'un dispositif de doubles portes permettant de donner aux patients hospitalisés l'accès soit à l'unité de soins ouverte soit à la partie fermée de l'unité d'admission. En principe, le nombre de patients était limité à 20 par unité (soit 140 au total), mais il arrivait régulièrement qu'ils soient plus nombreux et que les chambres d'isolement soient alors utilisées pour héberger des patients. Au moment de la visite du CPT, il y avait 145 patients en tout dans les unités d'admission.

105. Le CHGM comprenait aussi un pavillon d'accueil des jeunes adultes (PAJA), pouvant accueillir 12 patients, de sexe masculin ou féminin. En règle générale, il s'agissait de jeunes patients – âgés de 16 à 25 ans – nécessitant une première hospitalisation. La sortie se faisait normalement vers une structure ambulatoire. Il arrivait également que les patients soient transférés vers une unité d'admission du CHGM. Au moment de la visite, il y avait 13 patients hospitalisés au PAJA dont sept en hospitalisation sans consentement ; trois patients étaient mineurs (entre 16 et 18 ans). La délégation a été informée du fait qu'il arrivait qu'exceptionnellement des patients âgés entre 14 et 16 ans soient admis dans l'unité. Parfois, des adultes âgés de plus de 25 ans y étaient accueillis. Certains patients y restaient plusieurs mois, la durée moyenne du séjour étant de 40 à 45 jours.

Tout en reconnaissant que les patients mineurs au PAJA reçoivent les soins appropriés (voir paragraphe 126), **le CPT considère que l'hébergement des mineurs avec des adultes dans une unité ouverte accueillant des patients des deux sexes n'est pas acceptable. Les patients âgés de moins de 18 ans peuvent effectivement participer à certaines activités thérapeutiques avec des adultes sous réserve d'une surveillance appropriée, mais devraient être hébergés dans des structures séparées.**

⁸⁰ Quarante-sept sur demande du représentant de l'Etat, 79 sur demande d'un tiers et six sous la modalité de « péril imminent ».

106. *L'unité hospitalière spécialement aménagée* au sein du CHGM accueille des patients (hommes et femmes) des établissements pénitentiaires de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie). Des mineurs de 15 à 18 ans peuvent également y être pris en charge⁸¹. La délégation a été informée qu'en général 40% des patients y sont placés sans leur consentement. Au moment de la visite, il y avait 40 patients, dont 35 hommes et 5 femmes (tous adultes), parmi lesquels 18 avaient été placés sans leur consentement. La durée du séjour était normalement comprise entre un et deux mois. Selon les informations recueillies par la délégation, une diminution importante du nombre de personnes détenues dans des unités d'admission des services de psychiatrie générale a été constatée depuis l'ouverture de l'UHSA.

107. *L'unité UF1 de l'hôpital de psychiatrie du CHU de Toulouse* est située dans un nouveau bâtiment ouvert en octobre 2013 sur le site Purpan, et comprend quatre unités d'hospitalisation complète, chacune disposant de 22 lits. L'unité UF1 a pour mission principale l'hospitalisation sans consentement du secteur 7 du département de la Haute-Garonne et a donc une fonction analogue aux unités d'admission au CHGM (voir paragraphe 104). Il s'agit d'un service où un régime portes ouvertes est appliqué et qui comprend 22 lits, dont cinq se trouvent dans une zone « fermable ». Selon la direction, l'unité était quasiment toujours à pleine capacité et il arrivait qu'un 23^{ème} patient soit admis afin de soulager le service d'urgence.

108. Face à des besoins en constante augmentation, la pénurie de lits d'hospitalisation pour les soins aigus demeure un problème majeur dans les services de psychiatrie générale⁸². Au CHGM, la délégation a constaté que le nombre de lits disponibles dans les unités d'admission était très insuffisant. Ces unités étaient presque toujours pleines, voire en sureffectif. Cet état de fait aboutissait à des situations qui n'étaient pas acceptables du point de vue de la prise en charge des patients : allongement des temps d'attente dans les services d'urgence des hôpitaux généraux, avec recours à des médicaments fortement tranquillisants, voire sous contention mécanique ; hébergement provisoire en chambre d'isolement en attendant qu'un lit se libère ; morcellement de la prise en charge, remettant en cause la continuité des soins.

La délégation a fait part de ses préoccupations dans ses observations préliminaires transmises par écrit aux autorités françaises le 18 décembre 2015. Dans leur réponse, les autorités ont reconnu que ce dysfonctionnement était lié à l'engorgement et ont informé le Comité qu'un processus de réflexion a été enclenché au sujet des conditions de prise en charge aux urgences psychiatriques à Toulouse. Elles indiquent vouloir créer un poste de « gestionnaire de lits » et des protocoles d'orientation des patients. La mise en place éventuelle de lits supplémentaires pour des situations post-urgences et les alternatives à l'hospitalisation font également parties de leur réflexion.

Tout en saluant l'initiative prise par les autorités françaises, **le CPT recommande qu'elles redoubtent d'efforts pour résoudre le problème de pénurie de lits dans les services de psychiatrie générale de la ville de Toulouse et dans le département de la Haute-Garonne, ainsi que dans tout autre établissement ou service de psychiatrie exposé à ce problème. Ces efforts impliquent notamment de veiller à l'adéquation entre le nombre de lits et de patients, de continuer à relocaliser les services au plus près des populations, de renforcer les dispositifs de suivi en milieu extrahospitalier tout en améliorant la qualité de prise en charge en unité d'hospitalisation afin que la durée de séjour des patients soit réduite au strict minimum en fonction de leur état de santé mentale.**

⁸¹ Les mineurs âgés de moins de 15 ans étaient dirigés vers les services de pédopsychiatrie.

⁸² Ce problème avait été constaté lors de la visite de 2010 (voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 154).

109. Par le passé, le CPT a fait part de ses vives préoccupations concernant les difficultés de prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier et les autorités avaient mis en œuvre un programme de construction d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques⁸³. Le programme de création des UHSA en France prévoit un total de 17 unités comprenant 705 places. La première tranche de neuf unités comprenant 440 places a été établie par un arrêté du 20 juillet 2010⁸⁴. Depuis la visite du CPT en 2010, six autres UHSA ont été mises en service, ce qui représente une évolution que le Comité tient à saluer.

L'*UHSA de Toulouse* a été mise en service en janvier 2012 et a une capacité de 40 lits. Le bâtiment et son fonctionnement suivent un modèle standardisé comprenant une première partie externe, gérée par l'administration pénitentiaire, qui est composée d'une enceinte sécurisée, d'une réception et d'un sas d'accueil et une seconde partie interne, divisée en deux sections, qui correspond à la partie hospitalière, gérée principalement par le personnel de santé⁸⁵. Chaque section dispose de 20 chambres individuelles, réparties sur deux ailes, dont l'une est destinée aux soins des cas de crises aiguës avec des chambres équipées d'un sas et de deux portes d'entrée. Le CPT se félicite du fait que le personnel de santé puisse circuler entre les deux sections de la zone hospitalière sans s'adresser aux agents pénitentiaires pour que les portes d'entrée de chaque section leur soient ouvertes, ce qui facilite la prise en charge des patients.

2. Mauvais traitements

110. La délégation n'a recueilli aucune allégation ni autre indication de mauvais traitements physiques infligés aux patients par le personnel de santé dans les établissements visités. La majorité des patients avec lesquels la délégation s'est entretenue ont parlé en termes plutôt élogieux de l'attitude du personnel de santé à leur égard.

Cela dit, plusieurs patients de l'UHSA se sont plaints d'un recours excessif à la force du personnel pénitentiaire en zone de soins lorsque le personnel soignant déclenchait l'alarme (voir aussi le paragraphe 124)⁸⁶. Par exemple, un patient s'est plaint d'avoir reçu, le 21 octobre 2015, des coups de poings et de pied après avoir été plaqué au sol lors d'une intervention des agents pénitentiaires. Son dossier médical contenait une description de lésions observées après cet incident (hématomes, ecchymoses, œdèmes) et la mention d'un rendez-vous organisé pour un examen médico-légal.

⁸³ Les professionnels de la santé y prodiguent les soins psychiatriques en fonction de l'état mental des patients et non pas sur la base de leur statut juridique ou du régime pénitentiaire préconisé; les UHSA sont destinées à offrir des conditions d'hospitalisation complète en psychiatrie équivalentes à celles des hôpitaux psychiatriques civils mais dotées d'un dispositif de sécurité adapté. Les patients peuvent y être accueillis en hospitalisation libre ou sur décision du représentant de l'Etat. Les agents de l'administration pénitentiaire contrôlent les entrées et les sorties, l'organisation et le contrôle des visites, le périmètre sécuritaire de l'établissement, les extractions pour des raisons médicales ou judiciaires et le stockage des effets personnels des patients. Voir aussi article R.3214-5 du CSP.

⁸⁴ En 2010, le CPT a effectué une visite dans la première de ces unités, l'UHSA du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron (voir CPT/Inf (2012) 13).

⁸⁵ Les agents pénitentiaires peuvent accéder à la zone hospitalière à la demande du personnel soignant.

⁸⁶ Certaines de ces allégations ont été confirmées par des membres du personnel de santé.

En outre, quelques patients se sont plaints d'agressions verbales, de menaces et de comportements provocateurs de la part de certains agents pénitentiaires lors de leur admission à l'UHSA.

Le Comité recommande aux autorités françaises de transmettre au personnel pénitentiaire de l'UHSA de Toulouse le message clair que l'usage excessif de la force, ainsi que les insultes et toute autre forme de comportement irrespectueux ou provocant à l'égard de patients seront sanctionnés de manière appropriée. Aucun coup délibéré ne saurait être toléré et le recours à la force pour maîtriser un patient devrait être strictement nécessaire et proportionnée. De plus, des enquêtes promptes, indépendantes et approfondies devraient être menées en cas de plainte de mauvais traitements.

En outre, **le Comité souhaite recevoir des informations sur les suites données au constat de lésions fait dans le cas décrit ci-dessus.**

111. Les violences entre patients ne semblaient pas représenter un problème majeur dans les établissements visités. Il est apparu que de tels épisodes étaient généralement maîtrisés de manière appropriée par le personnel de l'établissement.

Néanmoins, un patient de l'UHSA de Toulouse, condamné pour une infraction à caractère sexuel, s'est plaint d'avoir fait l'objet à plusieurs reprises de harcèlement et d'agressions physiques par d'autres patients. Le personnel soignant a confirmé l'existence d'incidents de menaces, insultes et violences envers les patients incarcérés pour des faits à caractère sexuel.

Le CPT reconnaît que la prévention de tels actes représente un défi, surtout dans une structure comme l'UHSA où les patients peuvent circuler librement pendant la journée. Le personnel soignant et pénitentiaire doit être pleinement engagé à intervenir de manière ferme lors de manifestations d'hostilité ou d'actes de persécution à l'égard des patients. Ainsi, il conviendrait de s'assurer que l'ensemble du personnel soit sensibilisé au caractère vulnérable et spécifique de certains patients et que des mesures soient prises afin de prévenir tout acte d'agression ou de violences envers eux.

Le Comité encourage la direction de l'UHSA à prendre les mesures appropriées à la lumière des remarques ci-dessus.

3. Conditions de séjour

112. Les conditions matérielles étaient globalement très satisfaisantes dans l'ensemble des établissements visités, à l'exception de certaines unités de suite au CHGM (voir paragraphe 115).

113. A l'UMD d'Albi, les patients étaient hébergés dans des chambres individuelles d'environ 13 m², propres, bien aérées et lumineuses, qui disposaient chacune de mobilier, de placards fermant à clef et d'une salle de bain. Toutes les chambres disposaient de deux portes d'entrée, permettant l'accès en cas de blocage de l'une d'entre elles par le patient. Chaque section disposait d'une salle à manger commune, de deux salons avec des téléviseurs, d'une salle d'activités et d'une cour de promenade extérieure.

Toutefois, les chambres et les espaces communs dégageaient une certaine froideur en raison de l'absence totale d'éléments décoratifs. La délégation a été informée qu'une décision de la direction médicale interdisait aux patients de mettre des éléments décoratifs dans leurs chambres. L'absence de tout élément décoratif dans les espaces communs faisait également l'objet d'une décision spécifique de la part de la direction médicale. De même, les cours extérieures attenantes à chaque unité étaient particulièrement spartiates et peu accueillantes ; le sol était en goudron et il n'y avait que quelques bancs et un très petit abri contre le mauvais temps ou le soleil.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre des mesures appropriées à l'UMD d'Albi pour créer un environnement plus convivial dans les chambres des patients et les espaces communs⁸⁷ et d'équiper les cours de promenade avec quelques installations sportives ainsi que d'un abri plus approprié.

114. En outre, certains aspects du fonctionnement de l'UMD témoignaient d'une rigidité excessive. Ainsi, pendant la journée les patients n'étaient pas autorisés à retourner dans leur chambre pour se reposer après les repas et toute demande exceptionnelle de retour en chambre était évaluée par le personnel infirmier. Le nombre de cigarettes accordées aux patients était strictement rationné. De plus, les patients, qui portaient leurs propres vêtements, étaient obligés de déposer leurs chaussures dans un espace dédié avant d'entrer dans leur chambre. De l'avis du CPT, de telles restrictions ne pouvaient que renforcer chez les patients un sentiment de dépendance vis-à-vis du personnel soignant et n'étaient guère propices à promouvoir la prise d'initiative et l'autonomie individuelle. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires de la part des autorités françaises sur ces points.**

115. Dans les unités d'admission du CHGM, les patients étaient hébergés en chambres individuelles mesurant au moins 14 m² qui étaient lumineuses et équipées chacune de mobilier, de placards fermant à clef et d'une salle de bain. Dans chaque unité d'admission, il y avait deux salles d'activités avec des téléviseurs ainsi que des espaces pour diverses activités thérapeutiques. Les patients, à l'exception de ceux résidant dans la section fermée des unités d'admission et les chambres d'isolement, pouvaient circuler librement dans le vaste et agréable parc de l'établissement. La section fermée de chaque unité d'admission s'ouvrait sur une petite cour gazonnée avec quelques plantes à laquelle les patients avaient accès pendant 90 minutes, deux fois par jour.

⁸⁷ Le CPT considère que la décoration des chambres des patients et la convivialité des aires de loisirs contribuent à la création d'un environnement thérapeutique positif.

Le CHGM disposait de cinq « unités de suite » où les patients étaient transférés une fois que les symptômes aigus de leur pathologie étaient maîtrisés. Dans ces unités, dont la capacité variait entre 16 et 20 lits, il y avait un total de 95 lits. Certaines des unités de suite étaient vétustes et faisaient l'objet de travaux de réfection, qui devaient se poursuivre en 2016. **Le CPT souhaite recevoir des informations mises à jour sur ce point.**

116. En outre, tous les patients des unités d'admission en régime fermé portaient un pyjama. En régime ouvert (y compris dans les unités de suite), les patients pouvaient être obligés de porter un pyjama (y compris lors de la promenade à l'extérieur, avec un manteau en laine, le cas échéant) aux fins d'identification, et/ou d'effet dissuasif pour ceux présentant un risque de fuite.

Le CPT se doit de rappeler que la pratique consistant à obliger les patients à porter de manière prolongée un pyjama (ou un uniforme) n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi, l'individualisation de l'habillement faisant partie du processus thérapeutique.

Le Comité recommande qu'à l'exception de circonstances exceptionnelles, tous les patients au sein du CHGM soient autorisés à porter leurs propres vêtements durant la journée ou que des vêtements appropriés, qui ne soient pas des uniformes, leur soient fournis. Quant à l'utilisation d'un « régime pyjama » aux fins d'identification ou de dissuasion, cette pratique devrait être abolie.

117. L'UHSA de Toulouse est située à l'extrémité ouest du site principal du CHGM, séparée des autres structures par une enceinte de sécurité et une « zone pénitentiaire ». Les chambres mesuraient environ 14 m² et étaient équipées de mobilier, de placards fermant à clef et d'une salle de bain. Chaque unité bénéficiait d'une salle à manger commune ouvrant sur une cour de promenade extérieure et de deux salles plus petites équipées de téléviseurs et de fauteuils confortables ainsi que d'une petite bibliothèque. La cour de promenade, agencée d'une grande partie gazonnée avec des oliviers et quelques bancs, une table de ping-pong, un terrain de volley-ball et un terrain de pétanque, était librement accessible aux patients jusqu'à 23h00. Une partie de la zone était aménagée pour se protéger contre le mauvais temps ou le soleil. De manière générale, le régime de circulation libre⁸⁸ et d'accès à la cour de promenade créait une ambiance décontractée.

118. Les conditions matérielles et la conception architecturale de l'*unité UF1 de l'hôpital de psychiatrie du CHU de Toulouse* étaient excellentes, et l'ambiance générale agréable. Les chambres, qui étaient suffisamment grandes et lumineuses, disposaient d'un lit fixé au sol et d'une salle de bain avec douche partagée avec la chambre voisine. Il y avait également un salon équipé d'un téléviseur. Dans la partie ouverte, les patients pouvaient circuler librement à l'intérieur de l'unité et aussi sortir dans un grand parc gazonné et arborisé.

⁸⁸ Les chambres étaient ouvertes de 7h30 à 23h30.

4. Ressources en personnel

119. De manière générale, la délégation a constaté que les effectifs de personnel étaient adéquats dans les établissements visités.

120. L'équipe médicale de l'UMD d'Albi comprenait l'équivalent temps plein (ETP) de trois médecins psychiatres (le médecin chef, et un psychiatre pour chaque unité), un médecin généraliste à 25% ETP, et un poste de médecin en formation. De plus, un anesthésiste venait régulièrement pour effectuer les anesthésies nécessaires pour la sismothérapie. Un dentiste était présent une fois par semaine pour une partie de la journée, et lors des entretiens menés par la délégation avec des patients, il a été confirmé que l'accès aux soins dentaires était relativement rapide. Le personnel soignant se composait de deux cadres de pôle (chefs du personnel soignant), 51 infirmiers et 12 aides-soignants. Deux psychologues étaient engagés à mi-temps et il y avait également un assistant social, une psychomotricienne, deux ergothérapeutes et un éducateur sportif. Douze agents d'accueil et de surveillance travaillaient également au sein de l'UMD et intervenaient, le cas échéant, auprès des patients à la demande du personnel de santé. Le médecin chef et le cadre de l'équipe infirmière avaient suivi une formation « Oméga » destinée à la gestion et à la prévention des situations de violence et d'agressivité, et formaient le personnel de l'UMD à cette méthode.

Un psychiatre était présent dans chaque section pendant la journée du lundi au vendredi et un seul psychiatre était présent pour tout l'établissement le samedi matin. Le dispositif assurait également une présence minimum quotidienne dans chaque section de l'UMD de quatre infirmiers entre 6h et 21h30 (assistés par au moins un aide-soignant entre 7h et 20h30) et de deux infirmiers pour tout l'établissement la nuit. Quand il n'y avait pas de psychiatre présent sur le site, c'est-à-dire la nuit, les fins de semaine du samedi après-midi au lundi matin et les jours fériés, un psychiatre de garde était présent sur le site principal du CHSPJ à Albi. Son déplacement supposait un délai d'au moins 30 minutes entre l'appel et son arrivée sur le site de l'UMD et il est apparu qu'il ne se déplaçait pas systématiquement malgré les appels. En conséquence, en fin de semaine, les placements à l'isolement ou sous contention mécanique avaient tendance à être poursuivis jusqu'au prochain jour ouvrable sans évaluation médicale de la mesure (voir aussi paragraphes 134 et 137). **Au vu des profils particuliers accueillis à l'UMD, le CPT recommande aux autorités de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer qu'un psychiatre soit présent tous les jours et que le psychiatre de garde la nuit se déplace systématiquement et sans délai en cas de besoin.**

121. Au CGHM chaque unité était sous la responsabilité d'un praticien psychiatre hospitalier et une présence médicale était assurée de 8h30 à 18h30 en semaine et de 8h30 à 12h30 le samedi matin. En dehors de ces heures, un psychiatre de garde était disponible sur place. Il y avait un effectif de personnel soignant minimal de 12 à 17 postes ETP d'infirmier et de quatre à six postes ETP d'aides-soignants. Cet effectif permettait d'assurer la présence dans les unités d'admission d'un minimum de trois infirmiers pendant la journée et deux pendant la nuit. Ils étaient assistés pendant la journée par au moins un aide-soignant. Dans les unités de suite, il y avait un minimum de deux infirmiers pendant la journée et d'un infirmier pendant la nuit, dans chaque cas, ils étaient assistés d'un aide-soignant. La direction du CGHM ainsi que les cadres médicaux et infirmiers accordaient une grande importance à la formation continue du personnel et la délégation a constaté avec satisfaction auprès du personnel de santé une volonté de réflexion et de remise en question régulière de leurs pratiques de soins.

122. *L'unité UFI de l'hôpital psychiatrique du CHU* était particulièrement bien dotée en personnel médical : un médecin chef de service, un praticien hospitalier, un chef de clinique et quatre internes. Cet effectif correspondait à la mission d'enseignement médical et de formation de spécialistes en psychiatrie. L'unité était également dotée d'un effectif d'infirmiers et d'aides-soignants suffisant.

123. *L'UHSA de Toulouse* était bien dotée en personnel médical avec 3,2 postes ETP de psychiatre. Une présence médicale était assurée de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 12h30 le samedi matin. En dehors de ces heures, la permanence médicale était assurée par le psychiatre de garde du CHGM. Dans chacune des sections, l'effectif de personnel soignant comprenait 26 infirmiers et 6,5 aides-soignants, permettant d'assurer la présence de quatre à cinq infirmiers dans chaque section pendant la journée et de trois ou quatre infirmiers pour tout l'établissement pendant la nuit, éventuellement assistés d'un aide-soignant. En outre, il y avait deux postes ETP de psychologue.

De plus, 29 agents pénitentiaires travaillaient à l'UHSA. Le personnel pénitentiaire devait suivre une formation continue au niveau sécuritaire mais ne recevait aucune formation spécifique sur le travail en milieu psychiatrique. Le CPT tient à souligner que travailler avec des personnes atteintes de pathologies psychiatriques est une tâche difficile pour toutes les catégories de personnes impliquées. Au vu du défi que représente ce travail, il est crucial de sélectionner soigneusement le personnel chargé de tâches liées à la sécurité dans un établissement psychiatrique, de lui donner une formation appropriée avant la prise de fonction et de lui assurer une formation continue. Dans ce contexte, il est renvoyé aux remarques et recommandations formulées aux paragraphes 110 et 124. **Le Comité recommande aux autorités françaises d'assurer que tous les agents pénitentiaires travaillant au sein de l'UHSA de Toulouse, et, le cas échéant, dans d'autres UHSA en France, reçoivent une formation adéquate à la lumière des remarques ci-dessus.**

124. De manière générale, les agents pénitentiaires n'accédaient à la zone de soins que sur demande du personnel soignant. Les modalités d'intervention en cas d'incident en zone de soins se fondaient sur deux niveaux d'alerte : appel en renfort de tout membre du personnel soignant disponible dans les unités de soins voisines (niveau 1) ; réquisition du personnel pénitentiaire de surveillance par le personnel hospitalier (niveau 2). En cas d'alerte de niveau 2, le personnel pénitentiaire se substituait au personnel soignant qui se mettait en retrait. Quel que soit le problème rencontré, la procédure suivait le même déroulement : trois surveillants équipés de casques, plastrons, jambières et coudières et portant un bouclier intervenaient en premier rang et étaient suivis par un agent gradé. Si l'alarme concernait une personne considérée comme présentant un risque d'évasion (par exemple, un détenu particulièrement surveillé), le protocole exigeait l'intervention d'un quatrième agent pénitentiaire. Selon les statistiques fournies par l'administration pénitentiaire de l'UHSA, il y avait eu environ 100 interventions du personnel pénitentiaire depuis le début de l'année 2015. Ces interventions concernaient le plus souvent un refus de prendre un médicament ou d'intégrer la chambre d'isolement, l'intervention impliquant la maîtrise du patient afin de permettre soit l'administration d'une injection intramusculaire de tranquillisants, soit un placement à l'isolement, ou souvent les deux.

Le CPT considère qu'il devrait être possible de faire appel à une intervention plus nuancée et plus rapide que celle dictée par les consignes en vigueur. En effet, l'apparition de trois ou quatre agents en tenue d'intervention ne peut que déshumaniser le contact avec le patient et créer une ambiance de peur qui n'est pas indiquée auprès de personnes vulnérables et fragiles en traitement psychiatrique. Ainsi, les consignes d'intervention mériteraient d'être révisées afin de permettre des interventions plus mesurées et plus en adéquation avec la situation ; par exemple, une intervention rapide d'un ou deux agents pénitentiaires sans équipement de protection pour participer aux efforts de calmer le patient, avant de recourir éventuellement à une intervention plus importante.

Le Comité recommande aux autorités de réviser les consignes en vigueur concernant les interventions du personnel pénitentiaire auprès des patients à l'UHSA de Toulouse, et, le cas échéant, dans d'autres UHSA en France, à la lumière des remarques ci-dessus.

5. Prise en charge des patients

125. Dans l'ensemble établissements visités, le traitement psychiatrique était basé sur une approche individualisée, comprenant un protocole de traitement pour chaque patient qui englobait les objectifs du traitement, les moyens thérapeutiques mis en œuvre et le membre du personnel responsable. Ce protocole contenait également les résultats des examens réguliers sur l'état de santé mentale du patient ainsi qu'une révision des médicaments prescrits. Des entretiens avec les médecins avaient lieu régulièrement (au moins une fois par semaine), et les patients étaient, en général, bien informés de leur traitement.

126. S'agissant des traitements médicamenteux au CHGM, à l'unité UF1 et à l'UHSA, la délégation a constaté avec satisfaction qu'il n'y avait pas d'utilisation excessive des médicaments psychotropes et que la poly-pharmacie était peu fréquente. En général, les patients ne présentaient pas de signe de sur-médication ni d'effets secondaires marqués. La direction médicale de l'UHSA était particulièrement attentive à l'usage de médicaments psychotropes et avait mis en place une procédure de contrôle permettant d'établir des statistiques concernant les médicaments prescrits. Ainsi, il avait été constaté qu'en 2014 une des sections prescrivait beaucoup plus de traitements et à plus fort dosage que l'autre section et des problèmes organisationnels et de fonctionnement qui auraient pu en être la cause avaient été identifiés. Suite à ce constat, un travail de supervision et d'encadrement de l'équipe de la section en question avait été entrepris. Une telle initiative est à saluer.

127. A l'UMD d'Albi, la délégation a constaté dans les dossiers des patients l'utilisation d'une gamme de médicaments bien différenciés. Toutefois, de nombreux patients étaient soumis à une poly-médication importante, prenant de trois à cinq médicaments psychotropes par jour. Même si les doses maximales des médicaments individuels étaient généralement respectées, une telle combinaison de molécules représente un effet tranquillisant additif majeur et augmente significativement le risque d'effets secondaires et d'éventuelles interactions médicamenteuses nuisibles. La délégation a observé qu'un certain nombre de patients manifestaient un ralentissement psychomoteur et d'autres effets secondaires découlant de ces traitements étaient perceptibles.

Dans ses observations préliminaires, la délégation a fait état de ses préoccupations quant aux traitements médicamenteux à l'UMD d'Albi. Par une lettre datant du 1 février 2016, les autorités françaises ont indiqué que l'Agence régionale de santé avait proposé de mettre en place un groupe de travail sur les prescriptions en psychiatrie, en lien avec l'Observatoire du médicament et des dispositifs médicaux (« OMEDIT »), afin d'observer la juste prescription en psychiatrie sur la base des recommandations de bonnes pratiques, avec des actions ciblées qui pourraient être déployées auprès des établissements de santé. Le CPT se félicite de cette initiative ; **il souhaite être informé de toute évolution en la matière.**

128. La sismothérapie n'était pas utilisée au CHGM et à l'UHSA. A l'UMD d'Albi elle était pratiquée selon un protocole bien défini, sous anesthésie générale, en utilisant des myorelaxants et un électroencéphalogramme. Les patients recevaient une explication compréhensible et devaient signer préalablement une fiche de consentement, qui était enregistrée dans les dossiers (informatisés) des patients. Toutefois, à l'UMD d'Albi, la délégation a constaté que ces fiches n'étaient pas toujours enregistrées. **Le CPT invite les autorités à prendre des mesures afin de prévenir de telles omissions.**

129. L'ensemble des établissements visités proposait une gamme d'activités thérapeutiques variées et bien organisées qui se déroulaient dans des espaces dédiés ; elle incluait l'ergothérapie, des activités créatives et culturelles (dessin, poterie, chant/musique, lecture, etc.), des activités physiques ainsi que des séances visant la détente ou la relaxation. De plus, l'UHSA organisait régulièrement un « atelier de médicaments » permettant aux patients de mieux comprendre leur traitement par psychotropes, qui était animé par un pharmacien du CHGM et un infirmier. Une telle initiative est à saluer.

130. La délégation a été informée d'un projet de réduction du nombre de véhicules attribués à l'UHSA pour effectuer les transferts et les extractions médicales des patients, ce qui risquerait d'entraîner des prolongations d'hospitalisation non justifiées ou des retards d'admission (certains étaient hospitalisés de manière transitoire en établissement de psychiatrie générale où ils étaient systématiquement placés en chambre d'isolement, parfois sous contention mécanique). **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités sur ce point.**

6. Mise en chambre d'isolement et d'autres moyens de contention

131. La loi du 26 janvier 2016 (article 72) a apporté une avancée juridique importante concernant l'utilisation de mesures de contention. Celle-ci est désormais régie par l'article L.3222-5-1 du CSP, qui dispose que « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. » La loi du 26 janvier 2016 impose à chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie la tenue d'un registre devant comporter, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, « le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée ». De plus, la nouvelle loi exige l'établissement annuel d'un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la définition d'une politique pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre⁸⁹.

⁸⁹ Le rapport doit être transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L.1112-3 du CSP et au conseil de surveillance prévu à l'article L.6143-1 du CSP.

Cela dit, le CPT se félicite de la note de cadrage émanant de la Haute autorité de santé (HAS) sur « la place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie » de juillet 2015, qui prévoit la rédaction de « fiches mémo » concernant la mise en chambre d'isolement et la mise sous contention sur la base explicite des recommandations du CPT et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, entre autres.

132. Dans l'ensemble des établissements visités, les patients agités et/ou violents pouvaient faire l'objet d'une mise en chambre d'isolement, éventuellement combiné à l'utilisation d'autres moyens de contention, notamment la contention mécanique et/ou chimique⁹⁰.

133. La mise en chambre d'isolement (MCI) des patients en crise aiguë était ordonné par un psychiatre ou par un membre de l'équipe infirmière et validé ensuite par un psychiatre. Le placement se déroulait habituellement dans une chambre dédiée. A l'UMD d'Albi, il se peut qu'une chambre ordinaire soit utilisée, selon l'ordonnance du psychiatre.

Le CPT est préoccupé par le fait que la délégation a recueilli un certain nombre d'allégations de patients placés en chambre d'isolement de manière punitive (par exemple, suite à un refus de prendre un médicament ou de regagner leur chambre). **Le CPT renvoie, à cet égard, à ses remarques et à sa recommandation formulées au paragraphe 142.**

134. Les établissements visités avaient mis au point des protocoles concernant la MCI. Il existait des différences importantes entre établissements concernant la réévaluation et la surveillance de la mesure. A l'UMD d'Albi, la mesure devait être réévaluée par un médecin toutes les 24 heures et la fréquence des passages de surveillance du personnel soignant devait être déterminée par le médecin. Au CHGM, en revanche, il n'y avait aucune précision concernant la réévaluation de la mesure ou la fréquence des passages de surveillance du personnel soignant. A cet égard, le CPT considère que les patients placés à l'isolement devraient être surveillés de manière continue.

135. Dans l'ensemble des établissements visités, les chambres d'isolement étaient adéquates en termes d'installations et équipées d'une sonnette d'alarme, dont le signal était réceptionné par le poste infirmier, ainsi que de deux à trois portes d'entrée, ce qui facilitait une intervention d'urgence. De plus, les patients placés à l'isolement avaient un accès quotidien à une cour de promenade pendant au moins une heure.

Cependant, dans certaines unités d'admission du CHGM, les patients en chambre d'isolement, et éventuellement sous contention physique, étaient visibles de la cour de promenade, utilisée par d'autres patients. Ce problème avait pu être résolu dans la cour interne du pavillon d'accueil des jeunes adultes (PAJA) où un écran discret avait été installé devant les fenêtres des chambres d'isolement sans obstruer la lumière naturelle. **Des mesures devraient être prises par la direction du CHGM afin de protéger de manière convenable l'intimité des patients en chambre d'isolement dans les unités d'admission.**

⁹⁰ Les moyens de contention mécanique utilisés consistaient à maintenir un patient au lit à l'aide de sangles aux niveaux des membres inférieurs et supérieurs et d'une ceinture au niveau de l'abdomen (« contention complète »). Certains membres pouvaient être libérés (« contention partielle »).

136. S'agissant de la contention mécanique, le CPT est préoccupé par la fréquence et la durée de cette mesure dans les établissements visités, où il a été constaté que certains patients subissaient des mesures de contention de manière répétée, pour des durées s'étendant à plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

137. A l'UMD d'Albi, dans une section hébergeant 20 patients, environ 600 heures de contention mécanique ont été répertoriées dans une période de trois mois. Sur 26 mesures distinctes, la grande majorité avait été employée pour une durée de plus de 24 heures, et dans certains cas, pendant plusieurs jours, sans interruption. La délégation a observé le cas d'un patient qui avait fait l'objet d'une contention mécanique (de trois ou de quatre membres), pendant presque trois semaines, interrompue deux fois seulement pour une période de deux à trois jours. De plus, lorsque la délégation a rencontré le patient, toujours sous contention, il souffrait d'un œdème et d'une cyanose d'une main à cause de la fixation trop serrée de ce membre. Son corps était maculé d'excréments et son lit imprégné d'urine.

Dans ses observations préliminaires, la délégation a fait état de ses préoccupations quant au recours à l'isolement et à la contention mécanique à l'UMD d'Albi. Elle a demandé aux autorités françaises de mener une révision poussée à ces sujets dans cet établissement, prenant en compte les normes développées à ce propos par le CPT⁹¹, et de lui fournir des informations détaillées concernant les décisions et mesures prises à cet égard.

Par une lettre datant du 1^{er} février 2016, les autorités françaises ont informé le Comité que, suite à la visite, une mission d'inspection avait été réalisée au sein de l'UMD. Ce contrôle a eu lieu le 17 décembre 2015 et un rapport d'inspection a été transmis au directeur de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, comprenant une injonction de mettre immédiatement en œuvre trois dispositions spécifiques : la validation rapide par un médecin de toute MCI ou mise sous contention réalisée par l'équipe soignante en cas d'urgence, quels que soient l'heure et le jour ; l'amélioration de la prescription et de la surveillance des paramètres vitaux pour les patients placés en chambre d'isolement ; la mise en place d'un registre concernant les MCI et les mises en contention, comme prévu par la loi du 26 janvier 2016 (voir aussi paragraphe 131). En outre, une nouvelle inspection de suivi de l'UMD d'Albi a été inscrite au programme régional d'inspections et contrôles pour 2016. Les autorités ont précisé également qu'une évaluation des pratiques professionnelles à l'UMD d'Albi concernant la MCI et la contention avait été réalisée en mars 2015, et que l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées devait solliciter un audit approfondi de tous les dossiers des patients de l'UMD.

Le CPT prend dûment note de ces informations et invite les autorités à accorder une attention particulière à la MCI et à la mise sous contention mécanique pour des périodes prolongées. Le Comité souhaite être informé des résultats de l'audit ci-mentionné.

⁹¹ Voir les paragraphes 47 à 50 du 8^e rapport général (CPT/Inf (98) 12) et les paragraphes 36 à 54 du 16^e rapport général (CPT/Inf (2006) 35).

138. En outre, au *CHGM* (y compris l'*UHSA*), la délégation a constaté qu'une petite minorité de patients avait subi pendant des semaines des périodes ininterrompues de contention mécanique et, dans un cas, pendant 83 jours (au *CHGM*)⁹². Il y avait une variation importante d'utilisation de la contention mécanique entre les différentes unités d'admission du *CHGM*. Le président du Comité médical pluridisciplinaire du *CHGM*, dont l'autorité s'étendait également à l'*UHSA*, était conscient du problème de l'utilisation, en augmentation dans l'établissement depuis dix ans, des mesures de contention. Reconnaissant que le nombre élevé de patients perturbés et agités dans les unités d'admission pouvait donner lieu à des moyens de contention au-delà du nécessaire, il a lancé un processus de réflexion et d'étude sur ce problème dans l'établissement et souhaitait étendre cette réflexion au niveau régional. Son objectif était de mieux cerner les causes de l'augmentation de ces mesures - institutionnelles, spécifiques à certaines unités, ou liées aux tableaux psychiatriques présentés par les malades - afin d'instaurer un meilleur contrôle de leur utilisation et d'entamer une étude sur les alternatives. **Le CPT encourage cette démarche et souhaite être informé de toute évolution en la matière.**

139. L'ensemble des établissements visités avaient mis au point des protocoles concernant la contention mécanique. Dans tous les cas, la mesure devait faire l'objet d'une prescription médicale ou, en cas d'urgence, d'une autorisation médicale de la mesure *a posteriori*. En général, la mesure était réévaluée une ou deux fois par jour.

Néanmoins, il est sérieusement préoccupé par le fait que les patients soumis à une contention mécanique n'étaient pas surveillés par un membre du personnel soignant de manière directe et permanente, mais uniquement lors de passages de surveillance toutes les heures voire deux heures.

140. Il est particulièrement regrettable que les nouvelles dispositions légales mentionnées au paragraphe 131 ne fassent pas référence à la contention chimique. Les cas d'utilisation d'une telle contention n'étaient pas répertoriés dans les registres relatifs aux mesures de contention des établissements visités.

141. De plus, le CPT est préoccupé par le fait que, dans les établissements visités, lorsqu'un patient montrait des signes d'agitation, des tranquillisants puissants pouvaient être administrés sur décision de l'équipe infirmière, sur la base de prescriptions « si besoin », sans que le médecin traitant (ou, le cas échéant, un médecin de garde) ne soit consulté préalablement.

Le Comité considère que l'utilisation généralisée de ces prescriptions afin d'administrer des doses élevées de tranquillisants puissants, en particulier des neuroleptiques, ferait peser une trop lourde responsabilité sur les infirmiers tout en ouvrant la voie à des abus. Dans les cas où un patient démontre un état d'agitation pouvant nécessiter l'administration de tels médicaments, il conviendrait de faire appel immédiatement au psychiatre traitant ou de garde, qui devrait intervenir rapidement et évaluer l'état du patient ainsi que donner ses indications pour le suivi. Il va de soi qu'en l'attente de l'arrivée du médecin il peut s'avérer qu'un patient agité ou violent doive faire l'objet d'une contention physique ou mécanique.

⁹² Dans la grande majorité des cas, la durée de la mise sous contention mécanique était de cinq à six heures.

142. Le CPT se doit de rappeler que la MCI et l'utilisation d'autres moyens de contention devraient être considérées comme mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë ; il s'agit donc de mesures de sécurité qui ne peuvent pas être considérées comme des moyens thérapeutiques. Plus particulièrement :

- s'agissant de leur utilisation appropriée, les moyens de contention ne devraient être utilisés qu'en dernier recours afin de prévenir tout risque de préjudice causé à l'intéressé ou à autrui, et uniquement lorsque toutes les autres options raisonnables ne permettent pas de maîtriser de manière satisfaisante ces risques ; il convient de ne jamais y recourir à titre de sanction ou pour pallier un manque de personnel ;
- tout recours à la MCI ou à un moyen de contention mécanique devrait systématiquement avoir lieu sur ordre exprès d'un médecin ou être immédiatement porté à la connaissance de celui-ci pour approbation (pour ce faire, le médecin devrait examiner le patient concerné). Une contention chimique ne devrait jamais être appliquée sans l'autorisation préalable d'un médecin. A cet égard, il ne serait pas approprié que des doses élevées de tranquillisants puissants, en particulier des neuroleptiques, soient administrées uniquement sur la base des prescriptions « si besoin » (*pro re nata*);
- la durée de l'utilisation des moyens de contention mécanique doit toujours être la plus courte possible, généralement de quelques minutes à quelques heures, et il faut y mettre fin dès que la raison pour laquelle on y a eu recours a cessé. Il ne saurait y avoir de justification à la pratique d'appliquer aux patients des moyens de contention mécanique pendant plusieurs jours, sans interruption. Une telle pratique s'apparente, de l'avis du CPT, à un mauvais traitement. La prolongation exceptionnelle de la contention mécanique au-delà de six heures doit faire l'objet d'une réévaluation par un médecin ;
- une surveillance continue devrait être assurée lorsqu'un patient fait l'objet d'une MCI ou d'une contention mécanique. Dans le cas d'une contention mécanique, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient. Cette assistance peut également consister à accompagner le patient aux toilettes ou l'aider à boire/s'alimenter ;
- un patient soumis à une contention mécanique ne devrait pas être exposé à la vue d'autres patients sauf s'il manifeste explicitement le souhait de rester en compagnie d'un patient en particulier ;
- une fois les moyens de contention levés, un bilan (« *débriefing* ») devrait être effectué avec le patient. Cela donnera l'occasion au médecin d'expliquer les raisons de la mesure et de diminuer ainsi le traumatisme psychologique de cette expérience, ainsi que de rétablir la relation médecin-patient. Pour le patient, ce bilan est une occasion d'expliquer ce qu'il ressentait avant d'être soumis à la mesure de contention, ce qui peut lui permettre – et permettre au personnel – de mieux comprendre son comportement ;

- tout recours à la MCI ou à d'autres mesures de contention – y compris la contention chimique – devrait être consigné dans un registre spécialement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient). Les éléments à consigner dans le registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin ayant ordonné ou approuvé la mesure et un compte rendu des blessures éventuellement subies par le patient ou des membres du personnel. Ceci facilitera grandement la gestion de tels incidents et donnera une idée de leur fréquence ;

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires en vue de garantir que les principes ci-dessus relatifs à l'utilisation de la MCI et d'autres moyens de contention soient inclus dans les protocoles existants dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement psychiatrique en France, et qu'ils soient effectivement mis en œuvre dans la pratique. Si nécessaire, une adaptation de la législation devrait être envisagée. La révision des protocoles devrait s'accompagner d'une formation pratique aux techniques approuvées de contrôle et de contention, formation qui doit associer l'ensemble du personnel concerné (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.) et être régulièrement mise à jour.

7. Garanties

143. Le Code de la santé publique définit les modalités de soins en psychiatrie, lesquelles ont été réformées par la promulgation des lois du 5 juillet 2011, du 27 septembre 2013 et du 26 janvier 2016. Ce processus de réforme a apporté des changements importants concernant les garanties offertes aux personnes soumises à un placement sans consentement dans un établissement psychiatrique. Dans son rapport relatif à la visite de 2010, le CPT avait évoqué certains éléments clés introduits par la loi du 5 juillet 2011, notamment l'introduction d'une procédure judiciaire de contrôle systématique et régulier des placements (voir aussi paragraphes 151 à 155 et 158)⁹³. Dans le présent rapport, le CPT approfondit cette analyse et aborde d'autres modifications pertinentes qui ont été introduites ultérieurement.

a. procédures de placement et sortie

144. Comme rappelé dans le rapport relatif à la dernière visite du CPT⁹⁴, il est impératif que le placement d'une personne dans un établissement psychiatrique offre des garanties d'indépendance et d'impartialité, ainsi que d'expertise médicale objective. Hormis les cas d'urgence, la décision formelle de placer une personne dans un établissement psychiatrique sans son consentement devrait être fondée sur l'avis d'au moins un psychiatre indépendant ; la décision effective de placement devrait être prise par un organe différent de celui qui le recommande.

⁹³ CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 186-187.

⁹⁴ CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 175.

145. En France, ces placements peuvent s'effectuer sur décision du directeur de l'établissement, soit à la demande d'un tiers, soit en cas de péril imminent (sans tiers), ou sur décision du représentant de l'Etat⁹⁵. Il existe des dispositions spécifiques pour les personnes reconnues pénalement irresponsables (voir paragraphe 161). La législation française ne prévoit pas de limite de temps en cas de placement.

146. Dans les cas où les troubles mentaux d'une personne rendent impossible son consentement, et son état mental impose des soins immédiats, le directeur d'un établissement de soins psychiatriques peut prononcer l'hospitalisation de la personne *à la demande d'un tiers* sur la base de deux certificats établis par deux médecins différents, dont le premier doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, et le second par un autre médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil sans être nécessairement psychiatre⁹⁶. Exceptionnellement, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, l'hospitalisation est possible sur la base d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil⁹⁷.

147. Le nouveau dispositif législatif introduit également une nouvelle modalité de prise en charge sur décision du directeur de l'établissement en cas de *péril imminent*⁹⁸. S'il s'avère impossible d'obtenir la demande d'un tiers et s'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, le directeur d'un établissement peut décider de l'hospitalisation sur la base d'un seul certificat établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil. Ce certificat doit constater l'état mental de la personne malade et indiquer les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

148. Quant au placement *sur décision du représentant de l'Etat*, cette modalité s'implique quand quatre conditions sont réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière, et l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public. La décision est rendue par arrêté du représentant de l'Etat, sur la base d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical, le maire (et à Paris, un commissaire de police) peut prendre à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il doit en référer dans les 24 heures au représentant de l'Etat, qui doit statuer sans délai et prononcer, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures⁹⁹.

⁹⁵ Articles L.3212-1 et L.3213-1 du CSP.

⁹⁶ Article L.3212-1 du CSP.

⁹⁷ Article L.3212-3 du CSP.

⁹⁸ Article L.3212-1 du CSP.

⁹⁹ Articles L.3213-1 et L.3213-2 du CSP.

149. Une personne placée dans un établissement psychiatrique fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins d'une durée maximale de 72 heures. Dans les 24 heures suivant l'admission, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical confirmant ou non la nécessité de maintenir le placement. Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat doit être établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil, qui pour les admissions en situation d'urgence ou de péril imminent doit être différent de celui qui a établi le certificat médical de 24 heures, et différent du médecin ayant établi le certificat initial¹⁰⁰.

150. Après la décision initiale, le placement peut être maintenu sur la base d'un certificat mensuel établi par le psychiatre pour les périodes d'un mois pour les placements *à la demande d'un tiers*. Lorsque la durée d'un placement excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de la mesure est subordonné à une évaluation approfondie par un collège composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge. Cette évaluation est renouvelée tous les ans¹⁰¹. Selon les dossiers personnels consultés par la délégation ces certificats étaient établis conformément à la législation et une copie mise dans les dossiers des patients.

Concernant les placements *sur décision du représentant de l'Etat*, un certificat médical mensuel doit être établi par le psychiatre, et le représentant de l'Etat peut, dans les premiers trois mois, prononcer le maintien de la mesure pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà, la mesure peut être maintenue pour les périodes de six mois renouvelables¹⁰².

151. Dans tous les cas, le placement en établissement psychiatrique est soumis à un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD). Le JLD doit être saisi par le directeur de l'établissement (dans les cas de placement sur la demande d'un tiers ou de péril imminent) ou par le représentant de l'Etat (dans les autres cas) dans un délai de huit jours à compter de l'admission et doit statuer au plus tard au bout de 12 jours d'hospitalisation complète continue. **De l'avis du CPT, il conviendrait que le contrôle initial par le JLD d'un placement en établissement psychiatrique s'effectue dans un délai plus court.**

152. A l'exception des cas évoqués au paragraphe 161, le JLD statue sur la base d'un avis motivé rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui se prononce sur la nécessité de maintenir le placement. Il peut aussi ordonner une expertise par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil¹⁰³. **Le CPT recommande aux autorités de veiller à ce que le contrôle par le JLD d'un placement en établissement psychiatrique s'effectue sur la base d'un avis rédigé par un psychiatre qui est indépendant de l'hôpital d'accueil.**

¹⁰⁰ Article L.3211-2-2 du CSP.

¹⁰¹ Article L.3212-7 du CSP.

¹⁰² Article L.3213-4 du CSP.

¹⁰³ Le JLD peut ordonner avant l'expiration du délai de 12 jours une expertise à titre exceptionnel, et ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance (article L.3211-12-1, I, 3° du CSP).

153. Les ordonnances du JLD sont susceptibles d'appel devant le premier président de la cour d'appel sous 10 jours à dater de la notification de l'ordonnance. Le premier président, ou son délégué, doit statuer dans un délai de 12 jours de sa saisine. Ce délai est porté à 25 jours si une expertise est ordonnée¹⁰⁴.

154. La loi du 27 septembre 2013 a modifié les dispositions concernant l'audience du JLD de manière à répondre à certaines préoccupations exprimées par le Comité dans son rapport relatif à la visite de 2010¹⁰⁵. L'audience du JLD se déroule désormais en principe dans l'établissement de santé, dans une salle spécialement aménagée. Toutefois, si le juge estime que la salle ainsi aménagée ne satisfait pas aux exigences requises (« assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public »), il peut décider que l'audience se tienne au tribunal de grande instance¹⁰⁶. La présence d'un avocat est obligatoire¹⁰⁷ et la possibilité de recourir à la visioconférence est supprimée¹⁰⁸. La délégation a pu constater dans les établissements visités que les audiences du JLD se tenaient en principe au sein de l'établissement dans une salle dédiée. Le CPT salue ces modifications du dispositif législatif concernant les audiences du JLD.

155. Toutefois, dans ses entretiens avec des patients, la délégation a constaté un manque de confiance de la part des patients dans le contrôle effectué par le JLD. Plusieurs patients ont exprimé le sentiment que la procédure était purement formelle et que le JLD ne les écoutait pas, engendrant une profonde frustration. Il est également apparu que l'objet de l'audience pour beaucoup de juges était de contrôler la procédure et la forme des documents émis par les différents acteurs concernés, plutôt que d'effectuer un examen de fond de la mesure. La délégation a été informée que le rôle du JLD dans cette procédure faisait l'objet d'une réflexion au niveau national. **Le CPT souhaite recevoir de la part des autorités leurs observations concernant ce processus de réflexion.**

156. Le patient est informé dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes¹⁰⁹. En tout état de cause le patient dispose du droit de communiquer avec les autorités et de saisir la commission départementale des soins psychiatriques¹¹⁰ et la commission des usagers de l'établissement de santé¹¹¹. La délégation a constaté que les décisions juridiques, qui étaient communiquées aux patients et dont une copie était placée dans le dossier du patient, contenaient une indication des voies de recours disponibles.

¹⁰⁴ Articles L3211-12-4, R3211-18 et R3211-22 du CSP.

¹⁰⁵ CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 187.

¹⁰⁶ Le nouveau dispositif permet, en cas de nécessité, que l'audience soit organisée dans un autre établissement de santé disposant d'une salle d'audience mutualisée entre plusieurs établissements, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance (TGI) et l'agence régionale de santé (ARS). L'audience d'appel, le cas échéant, se tient à la cour d'appel.

¹⁰⁷ Article R.3211-13 du CSP prévoit que la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques sera assistée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge le cas échéant ou qu'elle sera représentée par un avocat si le magistrat décide de ne pas procéder à son audition.

¹⁰⁸ Article L.3211-12-2 du CSP modifié par la loi du 27 septembre 2013 (article 6).

¹⁰⁹ Article L.3211-3 du CSP.

¹¹⁰ Dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes (article L.3222-5 du CSP).

¹¹¹ Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge (article L.1112-3 du CSP).

157. Dans les unités du CHGM, la délégation du CPT a constaté que les patients admis en hospitalisation libre étaient parfois soumis à des mesures de contrainte, notamment la MCI ou l'obligation de porter un pyjama afin de les empêcher de sortir de l'enceinte du centre hospitalier (voir aussi paragraphe 116)¹¹². **Le CPT recommande aux autorités de veiller à ce que le statut juridique des patients admis en soins libres corresponde à leur situation réelle dans les unités d'hospitalisation fermées, conformément à la législation française. A cet égard, lorsqu'un patient faisant l'objet d'une hospitalisation libre est retenu contre son gré dans l'établissement, il convient de revoir son statut juridique.**

158. S'agissant des procédures de mainlevée, le JLD effectue tous les six mois un contrôle systématique de la poursuite d'un placement en établissement psychiatrique sur la base de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement¹¹³. La procédure de l'audience et des possibilités d'appel est la même que pour l'admission (voir paragraphes 153 et 154). Le JLD peut aussi se saisir d'office à tout moment. Les patients peuvent saisir le JLD à tout moment afin de demander la levée de la mesure¹¹⁴. Selon les constatations faites par la délégation, ce contrôle systématique était effectué conformément à la législation.

159. En outre, la levée d'une mesure de placement *sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* doit s'effectuer dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que la mesure n'est plus nécessaire ou lorsque la levée est demandée par la commission départementale des soins psychiatriques. Si la levée est demandée par la famille ou un tiers intéressé, le directeur de l'établissement peut s'y opposer sur la base d'un certificat émanant d'un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures attestant que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient ; si l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, la personne peut être maintenue en soins psychiatriques, moyennant un placement sur décision du représentant de l'Etat¹¹⁵.

160. Une mesure de placement *sur décision du représentant de l'Etat* peut également être levée lorsqu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que la mesure n'est plus nécessaire et le représentant de l'Etat ordonne sa levée. Si ce dernier refuse d'autoriser la levée de la mesure, il en informe le directeur de l'établissement de santé, qui doit demander l'avis d'un second psychiatre. En cas d'accord des deux psychiatres sur l'inopportunité de maintenir la mesure, le préfet doit valider la proposition de levée de la mesure. En cas de désaccord entre les deux psychiatres, le préfet peut maintenir le placement et doit en informer le directeur de l'établissement qui doit saisir le JLD¹¹⁶.

¹¹² Par exemple, à l'unité « Camille Claudel », deux patients en pyjama étaient en hospitalisation libre.

¹¹³ Le JLD doit être saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois (article L.3211-12-1, I, 3° du CSP).

¹¹⁴ La saisine peut aussi être faite par la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle, son conjoint, concubin ou la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité (Pacs), la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins, ou le procureur de la République. Le JLD peut également se saisir d'office, à tout moment, et toute personne peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation (Article L.3211-12 du CSP).

¹¹⁵ Article L.3212-9 du CSP.

¹¹⁶ Articles L.3213-4 et L.3213-9-1 du CSP.

161. S'agissant des personnes reconnues pénalement irresponsables, elles peuvent être placées dans un établissement psychiatrique par décision du représentant de l'Etat en application de l'article L.3213-7 du CSP dans les mêmes conditions que pour les placements sur décision du représentant de l'Etat, à l'exception des cas évoqués dans le sous-paragraphe suivant. En application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, une chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement peut ordonner par décision motivée le placement dans un établissement psychiatrique de la personne s'il est établi, par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure, que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le maintien et la levée du placement s'effectuent selon les mêmes conditions que pour les autres placements sur décision du représentant de l'Etat, à l'exception des cas évoqués dans le sous-paragraphe suivant, et sont soumis au contrôle par le JLD tous les six mois¹¹⁷.

Dans les cas de personnes reconnues pénalement irresponsable pour des faits particulièrement graves (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans en cas d'atteinte aux biens), le JLD statue selon l'avis d'un collège de trois membres (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge, et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) ; la mainlevée ne peut être ordonnée sans l'expertise de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil¹¹⁸.

b. garanties durant le placement

162. Les personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement doivent toujours bénéficier d'une information appropriée sur le déroulement de l'hospitalisation et les voies de recours et ce dès l'admission ou dès que leur état le permet.

Dans les établissements visités, des brochures d'information, notamment sur le fonctionnement de l'établissement, étaient remises aux patients. Le CPT a constaté avec satisfaction qu'à l'UMD d'Albi les patients recevaient également un document intitulé « Information des patients admis en soins psychiatriques sans consentement » détaillant leurs droits et voies de recours, qui était remis contre la signature du patient. Néanmoins, plusieurs patients à l'UMD d'Albi ne semblaient pas comprendre clairement l'objectif de l'audience devant le JLD ou des autres garanties offertes.

Le Comité regrette que la brochure remise aux patients du CHGM ne contienne que très peu d'éléments concernant les droits des patients et ne contienne aucune information concernant les voies de recours.

Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les patients des établissements visités et, le cas échéant, d'autres établissements psychiatriques, reçoivent lors de leur admission un document écrit décrivant de manière claire et précise leur situation juridique, leurs droits et les voies de recours disponibles. En outre, le Comité recommande aux autorités de veiller à ce que les patients incapables de comprendre le document remis reçoivent une assistance appropriée.

¹¹⁷ Articles L.3211-2-1, L.3211-12 et L.3213-4 du CSP.

¹¹⁸ Article L.3211-12, II du CSP.

163. Le maintien des contacts avec le monde extérieur est essentiel, non seulement pour la prévention des mauvais traitements mais aussi du point de vue thérapeutique. Les patients doivent pouvoir envoyer et recevoir des lettres, avoir accès au téléphone ainsi que recevoir des visites de leur famille et de leurs amis. Les modalités existantes pour les contacts des patients avec le monde extérieur dans les établissements visités étaient généralement satisfaisantes et les espaces dédiés aux visites des familles et aux entretiens avec les avocats étaient bien adaptés.

Cela dit, à l'UHSA, où les contacts avec l'extérieur étaient gérés par l'administration pénitentiaire, la délégation a été informée que, les démarches administratives pour obtenir l'autorisation de téléphoner étaient souvent longues pour les patients provenant d'un autre établissement que la maison d'arrêt de Seysses. **Le CPT souhaite recevoir les observations des autorités à cet égard.**

164. Une procédure de plainte efficace constitue une garantie fondamentale contre les mauvais traitements dans les établissements psychiatriques. Il devrait y avoir des dispositions spécifiques pour permettre aux patients de porter plainte officiellement auprès d'un organe clairement désigné et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée extérieure à l'établissement.

Selon la législation française, les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement peuvent porter plainte auprès de la direction de l'établissement et, s'ils ne sont pas satisfaits de l'issue de leur plainte, une procédure peut être entamée impliquant la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge par l'intermédiaire d'un médiateur¹¹⁹. Les patients ont également le droit de communiquer avec les autorités – le représentant de l'Etat, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le maire de la commune – ainsi qu'avec la Contrôleur générale des lieux de privation de liberté¹²⁰. Les constatations faites par la délégation dans les établissements visités indiquent que les plaintes étaient dûment enregistrées et examinées et qu'une réponse était communiquée par écrit au patient (ou à toute autre personne ayant déposé une plainte au nom du patient).

¹¹⁹ Articles R.1112-91 à R.1112-94 du CSP.

¹²⁰ Article L.3211-3 du CSP.

D. Etablissements de soins de longue durée

165. La délégation du CPT s'est rendue à l'unité de soins de longue durée (USLD) "Marcel Riser" du centre hospitalier Gérard Marchant. Il s'agissait de la première visite du Comité dans un établissement de ce type en France. Les USLD sont des établissements médicalisés dont la mission est de prendre en charge les personnes âgées ne disposant plus de leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente. Elles accueillent généralement des personnes âgées de plus de 60 ans après la validation du dossier par une commission d'admission. Les soins prodigués sont de longue durée, souvent jusqu'au décès du résident.

166. L'USLD, créée en 1991, dispose d'une capacité d'accueil de 47 lits répartis en 38 chambres. Il s'agit d'une unité fermée, entourée d'une clôture avec un portail équipé d'un digicode. Au moment de la visite, il y avait 47 résidents ; tous présentaient d'importantes atteintes cognitives les rendant dépendants et plusieurs se déplaçaient en fauteuil roulant. La plupart des résidents étaient sous tutelle¹²¹. La délégation a été informée que les résidents pouvaient, en fonction de leur état, circuler dans un petit jardin à l'intérieur de l'enceinte, mais il ne leur était pas permis de quitter l'établissement sans accompagnement, même lorsqu'ils en exprimaient le désir.

167. Il n'existe pas en France une procédure de placement non volontaire dans les établissements hébergeant des personnes âgées, dont les résidents sont considérés comme « volontaires »¹²². Toutefois, sur la base des informations recueillies lors de la visite, il est apparu qu'un certain nombre de résidents de l'USLD était *de facto* privé de liberté (pour les détails, voir paragraphes 175 et 176).

168. La délégation n'a recueilli aucune allégation ni autre indication de mauvais traitements infligés de manière délibérée aux résidents par le personnel soignant dans l'USLD. La délégation a observé avec satisfaction l'attitude bienveillante du personnel à l'égard des résidents ainsi qu'une volonté de réflexion quant à l'amélioration des soins prodigués.

¹²¹ L'article 425 du Code civil prévoit un régime de protection juridique des majeurs, plus ou moins souple suivant le degré d'incapacité de la personne. La tutelle est une mesure judiciaire destinée à une personne qui a besoin d'être juridiquement représentée de manière continue dans les actes de la vie civile (article 440). Elle suppose une altération grave des facultés mentales ou corporelles de la personne protégée. La mise en place d'une mesure de tutelle implique la consultation d'un médecin spécialiste agréé par le procureur de la République, la remise d'un dossier de demande de protection comprenant des éléments précis, ainsi qu'un certificat médical. La personne à protéger peut être entendue au préalable par le juge. La loi impose au juge de fixer la durée de la mesure, qui ne peut être supérieure à dix ans lorsqu'il s'agit de l'ouverture de la mesure (article 441). La mesure prononcée peut être renouvelée pour une même durée (article 442). Si l'altération des facultés de la personne n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration, ce qui doit être constaté par un médecin inscrit sur la liste du procureur de la République, le juge peut, par décision spécialement motivée, renouveler la mesure pour une durée plus longue qu'il détermine, n'excédant pas 20 ans. La mesure prend fin, en l'absence de renouvellement, à l'expiration du délai fixé, en cas de jugement de mainlevée passé en force de chose jugée ou en cas de décès de l'intéressé. Il existe un recours contre la décision d'ouvrir une procédure de mise sous tutelle par la personne protégée, ainsi que par des tiers (article 1239 du Code de procédure civile).

¹²² Article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie prévoit le principe du libre choix et du consentement éclairé de la personne prise en charge, ou le cas échéant de son représentant légal. La charte est parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie et mentionné à l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

169. S'agissant des conditions de séjour, la plupart des résidents étaient hébergés dans des chambres doubles suffisamment grandes, convenablement équipées et dotées d'une salle de bain. Il y avait en outre un grand salon commun où les résidents passaient une grande partie de la journée et une salle à manger. Le bâtiment était assez ancien et peu accueillant et les chambres vétustes. Un nouveau bâtiment était en cours de construction, qui comportera trois unités distinctes accueillant un total de 80 résidents: une unité spécifique pour les personnes atteintes de démence, une autre pour celles atteintes de troubles psychiatriques et une troisième pour les soins palliatifs. La nouvelle structure, qui devrait être mise en service en 2018, offrira des chambres individuelles et sera, selon la direction, plus adaptée à la prise en charge individualisée des résidents. **Le CPT souhaite être informé de l'ouverture du nouveau bâtiment et de toute évolution concernant l'amélioration des conditions de séjour des résidents.**

170. La prise en charge des résidents étaient globalement satisfaisante. Les dossiers médicaux (informatisés) étaient bien tenus et contenaient des notes régulières du personnel de santé. La prescription de psychotropes était raisonnable. La direction médicale de l'USLD était très attentive aux effets secondaires induits par ce type de médicament (risque d'augmenter la confusion, etc.) et une simplification des traitements était recherchée.

Un programme d'activités était organisé avec le conseil de vie sociale¹²³ et les associations bénévoles comportant des activités régulières adaptées au handicap, des activités artistiques animées par des bénévoles et des artistes amateurs, des festivités saisonnières et des sorties une ou deux fois par an. La délégation a été informée que certains projets culturels étaient organisés en coopération avec d'autres établissements.

171. Le personnel de l'USLD se composait de 40 postes ETP. Géré par deux médecins-gériatres (à 80% ETP et 50% ETP), l'établissement disposait de neuf postes ETP d'infirmiers et de 21,5 postes ETP d'aides-soignants, permettant d'assurer la présence d'un minimum d'un ou deux infirmiers et de quatre ou cinq aides-soignants durant la journée et d'un infirmier et un aide-soignant durant la nuit. Un médecin-gériatre ou généraliste était joignable durant la nuit par le médecin de garde du CHGM. Il y avait aussi un poste ETP d'animatrice, une psychomotricienne à mi-temps, et un psychologue, un kinésithérapeute et un assistant social à temps partiel (tous à 20% ETP). La prise en charge psychiatrique était assurée par des psychiatres du CHGM. La délégation a noté avec satisfaction que l'équipe de santé semblait très attentive aux aspects éthiques et déontologiques liés à la prise en charge des résidents. Le consentement du résident était systématiquement recherché et la capacité de discernement du résident était régulièrement évaluée. L'équipe soignante cherchait activement à garder un lien avec les familles des résidents.

¹²³

Un « conseil de vie sociale » (CVS) est prévu par l'article L.311-6 du Code de l'action sociale et des familles ; il doit comprendre au moins deux représentants des personnes prises en charge, un représentant des familles ou des représentants légaux, un représentant du personnel et un représentant du conseil d'administration de l'établissement. Le CVS se réunit afin de donner son avis et faire des propositions sur les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement.

172. Selon la direction médicale, le manque de personnel infirmier et aide-soignant constituait le plus grand problème, étant donné que la plupart des patients nécessitait une assistance continue. L'augmentation des effectifs permettrait de proposer davantage d'activités ainsi qu'un meilleur encadrement des résidents, engendrant une meilleure gestion des états anxieux et une réduction du recours aux médicaments et aux moyens de contention, de même qu'aux couches. La délégation a noté avec satisfaction qu'une augmentation du ratio personnel de santé/résidents était prévue dans le cadre du projet du nouveau bâtiment (voir paragraphe 169). **Le CPT souhaite être tenu informé de tout développement en la matière.**

173. Concernant les moyens de contention utilisés en cas d'agressivité ou d'agitation, le personnel de santé pouvait avoir recours à l'isolement (en enfermant le résident dans sa chambre, en général pour une durée de moins d'une heure) ou à la contention chimique. La contention mécanique n'était pas utilisée dans ces cas. Il n'existait pas de registre dédié à ces mesures de contention ni de protocole d'utilisation. Par conséquent, la délégation n'était pas en mesure de se faire une idée claire des modalités concernant ces moyens. **Le CPT souhaite recevoir de la part des autorités des précisions en la matière. De plus, le Comité recommande que le recours à la contention dans ce contexte fasse l'objet d'un protocole à l'USLD, ainsi que dans tout autre établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes. A cet égard, les autorités devraient s'inspirer de la recommandation formulée au paragraphe 142.**

174. D'autres mesures de contention mécanique étaient utilisées de manière régulière pour certains résidents sur prescription médicale, notamment pour prévenir les chutes (ceinture ventrale attachée au lit ou au fauteuil et barrières d'un côté ou des deux côtés du lit la nuit).

Un protocole comprenant une procédure de surveillance avait été mis en place pour l'utilisation de la ceinture ventrale, afin d'éviter d'éventuelles complications et une réunion dédiée à la contention avait lieu une fois par mois au sein de l'équipe. Les mesures de contention étaient régulièrement réévaluées. Le jour de la visite, la délégation a observé que cinq résidents étaient attachés par une ceinture ventrale à leur fauteuil et a été informée que six résidents étaient attachés par une telle ceinture la nuit et que 15 résidents avaient des barrières des deux côtés du lit durant la nuit. La famille ou le tuteur des résidents était informé des mesures de contention appliquées. Si l'une ou l'autre s'y opposait, l'équipe soignante respectait leur décision. Un registre des chutes était tenu par l'équipe soignante et une analyse de chaque événement était faite lors de la réunion mensuelle, afin de déterminer la cause de la chute et de vérifier que les mesures prises étaient pertinentes. Le CPT salue l'encadrement des mesures de contention utilisées pour prévenir les chutes des résidents.

175. Comme cela a déjà été indiqué au paragraphe 167, il n'existe pas, en France, de procédure de placement non volontaire dans les établissements hébergeant des personnes âgées, considérées dès lors comme résidents « volontaires ». La délégation a constaté que plusieurs résidents qui avaient été admis à l'USLD à titre « volontaire » n'étaient en réalité plus en mesure de consentir valablement à leur placement et n'avaient pas non plus de tuteur désigné. Dans la mesure où ces résidents n'étaient pas libres de quitter l'établissement, le CPT considère qu'ils étaient *de facto* privés de liberté sans bénéficier pour autant des garanties essentielles entourant leur placement (voir paragraphe 176).

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les dispositions nécessaires – y compris au niveau législatif - pour que soient notifiés au tribunal compétent tous les cas de résidents retenus dans l'établissement n'étant pas (ou plus) en mesure de consentir valablement à leur placement et n'ayant pas de tuteur.

176. En outre, la majorité des résidents de l'USLD étaient sous tutelle et avaient été placés sur décision du tuteur. Le CPT rappelle que, dans le contexte du placement d'une personne sous tutelle dans un établissement fermé, la Cour européenne des droits de l'homme a conclu dans plusieurs cas qu'en raison de l'absence de consentement de la personne juridiquement incapable celle-ci doit être considérée comme « privée de sa liberté » au sens de l'article 5, paragraphe 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, malgré l'approbation du tuteur¹²⁴ et doit bénéficier de garanties, notamment celle de pouvoir introduire, à intervalles raisonnables, un recours devant un tribunal pour contester la légalité de son placement (sans remettre en cause la mesure de tutelle). Selon la jurisprudence de la Cour, la procédure appliquée devrait comprendre le droit de la personne d'être entendu elle-même ou, au besoin, « moyennant une certaine forme de représentation »¹²⁵. La délégation a constaté qu'une telle procédure n'existait pas en France.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires – y compris au niveau législatif – afin de garantir que les résidents sous tutelle de l'USLD Marcel Riser et de tout autre établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes, bénéficient des droits et des garanties énoncés.

¹²⁴ Par exemple, *Chtoukatourov c. Russie*, n° 44009/05, 27 mars 2008, *Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012, *Mihailovs c. Lettonie*, n° 35939/10, 22 janvier 2013.

¹²⁵ Voir *Stanev c. Bulgarie*, paragraphe 171.

Ministère de l'Intérieur

Cabinet du ministre

Michel LALANDE	Directeur de cabinet
Gautier LEKENS	Conseiller diplomatique
Raphaël SODINI	Conseiller immigration et asile
Jean-Julien XAVIER-ROLAI	Conseiller juridique et judiciaire

Direction générale de la police nationale

Johann MOUGENOT	Conseiller juridique au cabinet du directeur général de la police nationale
Bertrand MICHELIN	Directeur adjoint de l'inspection générale de la police nationale (IGPN)
Charles-Philippe GIANVITI	Commandant, IGPN
Martine NAUTE	Adjointe au directeur central de la sécurité publique (DCSP)
Jean-Michel COLOMBANI	Sous-directeur des ressources, de l'évaluation et de la stratégie à la direction centrale de la police judiciaire (DCPJ)
Fabienne SOL	Adjointe au sous-directeur de l'immigration irrégulière et des services territoriaux à la direction centrale de la police aux frontières (DCPAF)
Nicolas CHAMOULAUD	Chef de la section investissements au bureau du pilotage du fonctionnement et des investissements de la sous-direction des finances et du pilotage de la direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN)
Thierry CANESSON	Chef de l'inspection technique de la direction centrale des compagnies républicaines de sécurité (DCCRS)

Direction générale de la gendarmerie nationale

Nicolas HEITZ	Conseiller juridique et judiciaire du directeur général de la gendarmerie nationale
Jean-Marc LOUBES	Chef adjoint de l'inspection générale de la gendarmerie nationale
Colonel Jean-Marc ISOARDI	Chef du pôle déontologie de l'inspection générale de la gendarmerie nationale
Jacques PLAYS	Adjoint au sous-directeur de la police judiciaire
Fabrice BOUILLIE	Chef de bureau de la police judiciaire
Christophe PLOURIN	Sous-direction de la défense et de l'ordre public

Direction générale des étrangers en France

Jean DE-CROONE	Adjoint au directeur de l'immigration
Pascal LIEUTAUD	Chef du pôle rétention et adjoint au chef du bureau de la rétention et de l'éloignement à la sous-direction de la lutte contre l'immigration irrégulière

Direction des libertés publiques et des affaires juridiques

Gaëlle SMIROU	Chef du bureau du droit et du contentieux, européen, international et institutionnel
Sabrina ROMAINI	Consultante juridique au bureau du droit et du contentieux, européen, international et institutionnel

Préfecture de police

Yvan CORDIER	Directeur adjoint du cabinet du préfet de police
Jean-Marc DARRAS	Adjoint au sous-directeur de la gestion opérationnelle à la direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne
Jean-Marc MILLIOT	Adjoint au sous-directeur de la gestion opérationnelle à la direction de l'ordre public et de la circulation

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Cabinet du ministre

Etienne CHAMPION	Directeur de cabinet
------------------	----------------------

Direction générale de l'offre de soins

Jean DEBEAUPUIS	Directeur général
Katia JULIENNE	Cheffe de service, adjointe au Directeur général
Isabelle PRADE	Cheffe de bureau

II. AUTRES INSTANCES

Défenseur des droits

Claudine ANGELI-TROCCAZ	Adjoint du Défenseur des droits en charge de la déontologie de la sécurité
Sophie LATRAVERSE	Directrice de la mission Expertise
Elise FRADET	Chargée de mission à la direction du réseau territorial
Benoît NARBÉY	Chef du pôle déontologie de la sécurité, département de la protection des personnes
Charlotte CLAVREUL	Conseiller affaires internationales et droits de l'homme

Commission nationale consultative des droits de l'homme*

Magali LAFOURCADE	Secrétaire générale adjointe
Hervé HENRION-STOFFEL	Conseiller juridique

* En début de visite, une rencontre a eu lieu avec des membres de la Commission, notamment de représentants de la société civile et de personnalités qualifiées dans des domaines liés à la privation de liberté.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Adeline HAZAN

Contrôleure générale

André FERRAGNE

Secrétaire général

Anne-Sophie BONNET

Contrôleur

III. ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT)

Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)

Collectif des 39

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

Observatoire international des prisons (OIP)