

Réponse

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

du 28 novembre au 10 décembre 2010

Le Gouvernement de la République française a demandé la publication de la réponse susmentionnée et du rapport du CPT (CPT/Inf (2012) 13), conformément aux dispositions de l'article 11 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Strasbourg, le 19 avril 2012

Réponse
du Gouvernement de la République française
au rapport du Comité européen pour la prévention de la
torture et des peines et traitements inhumains ou
dégradants (CPT)
relatif à sa visite en France
du 28 novembre au 10 décembre 2010

Conformément à l'article 7 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, une délégation du CPT a effectué une visite en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. La visite faisait partie du programme de visites périodiques du Comité pour 2010.

Il s'agissait de la cinquième visite *périodique* du Comité en France, la onzième au total en ajoutant les six visites *ad hoc* effectuées par le Comité.

Préalablement au déroulement de cette visite, et en vue de prévenir toute difficulté pouvant nuire à sa conduite, chaque administration ayant la charge de lieux de privation de liberté a informé l'ensemble de ses services de l'objet et du but de cette visite, ainsi que de ses modalités. Ont été rappelés à cette occasion le mandat et les prérogatives du CPT, les dispositions pertinentes de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ainsi que les instructions de caractère général contenues dans la circulaire du Premier Ministre en date du 8 mars 2000.

Conscientes que ces informations et instructions, pour large qu'en ait été la diffusion, ne pouvaient suffire à exclure la survenance de difficultés au niveau local, les autorités françaises ont mis en place une cellule de veille et d'assistance aux membres du comité, opérationnelle de façon permanente, de jour comme de nuit. Le périmètre de cette cellule couvrait l'ensemble des administrations centrales et territoriales ayant la responsabilité de lieux susceptibles d'entrer dans le champ de compétence du Comité.

C'est dans cet esprit de coopération que la visite s'est déroulée.

Le Gouvernement se félicite des conditions de déroulement de cette visite périodique, du dialogue constructif avec les membres de la délégation et des consultations de haut niveau que les membres de celles-ci ont eues avec les autorités ministérielles et haut-fonctionnaires des administrations concernées. Il se montre également très satisfait que la visite du Comité ait été l'occasion pour ce dernier de s'entretenir avec plusieurs organisations non gouvernementales actives dans ses domaines d'intérêt, ainsi qu'avec plusieurs institutions indépendantes.

Au nombre de ces dernières, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) mérite une mention particulière. Autorité administrative indépendante, le CGLPL a été créé par la loi du 30 octobre 2007, par anticipation de l'adhésion de la France au protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unis le 18 décembre 2002 (OPCAT). Ayant institué ce « mécanisme national de prévention », la France compte parmi les premiers pays membres du Conseil de l'Europe qui ont adhéré à l'OPCAT et donnent à cet instrument juridique sa pleine application.

Plus largement, le Gouvernement souhaite réitérer sa conviction que le renforcement des droits des personnes privées de liberté suppose le développement de synergies entre les mécanismes onusien (SPT), régional (CPT) et national (CGLPL) de prévention de la torture que caractérise une identité d'objet, d'organisation et de fonctionnement.

I. INTRODUCTION - Consultations et coopération

Commentaire (§5, p.7)

Le CPT espère vivement que les autorités françaises prendront à l'avenir toutes les mesures qui s'imposent afin que ses délégations puissent se rendre à leur gré dans tout établissement où se trouvent des personnes privées de liberté, y compris avoir le droit de se déplacer sans entrave à l'intérieur de ces lieux, et que leur soit fournie toute information, y compris médicale, nécessaire à l'accomplissement de leur tâche, et ce en conformité avec l'article 8, paragraphe 2, alinéas c et d, de la Convention. Cela présuppose la diffusion préalable d'informations pertinentes sur le mandat et les compétences du Comité auprès de tous les établissements et personnels concernés.

Les autorités françaises veillent à ce que l'ensemble des services concernés soient complètement informés du rôle et des droits conférés au Comité et diffusent à cet effet des instructions et informations à l'ensemble des administrations concernées préalablement à l'organisation de chaque visite. L'attention de chaque direction ou service est attirée sur la nécessité d'une diffusion par capillarité des informations relatives aux mandats et aux pouvoirs du CPT à destination de l'ensemble des agents placés sous leur autorité.

Il ne peut toutefois être exclu que, de manière ponctuelle et en dépit des précautions prises, certaines difficultés puissent naître d'une diffusion incomplète ou imparfaite de ces informations, comme il est advenu dans les deux cas relevés par le Comité à l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison centrale de Poissy et au centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron.

Outre les rappels qu'il a adressés aux responsables des structures concernées, le Gouvernement estime raisonnable de penser que de tels incidents seront nécessairement appelés à se raréfier à l'avenir, notamment en raison des effets d'habitude qui résultera de la multiplication des visites d'inspection des délégués du CGLPL, effectuées selon des modalités analogues à celles du CPT.

S'agissant, enfin, de l'accès aux **informations médicales**, le Gouvernement rappelle qu'il a mis en place une procédure négociée avec le Comité visant à concilier le strict respect du secret médical et la volonté de coopération des autorités françaises avec le CPT.

Le Gouvernement n'a pas connaissance de ce que le Comité ait rencontré une quelconque difficulté pratique à l'occasion de la présente visite. Le cas échéant, il se tient à la disposition du Comité pour envisager avec lui tout aménagement qui lui paraîtrait indispensable.

Commentaire (§6, p.8)

Les mesures appropriées doivent être prises afin de permettre l'accès du Comité aux éléments relatifs à des informations judiciaires ou enquêtes en cours qui sont nécessaires à l'accomplissement de sa tâche.

Sur ce point, le Gouvernement se permet de renvoyer aux observations faites en réponse à la demande d'informations formulée au §14.

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES

A. Etablissements relevant des forces de l'ordre

1. Mauvais traitements

Recommandation (§11, p.11)

Le CPT recommande aux autorités françaises de poursuivre leur action (visant à réduire les risques de violences policières) en faisant en sorte que les corps de direction et de commandement de la police nationale délivrent, à intervalles réguliers, un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements à l'ensemble des fonctionnaires de police qu'ils ont sous leur responsabilité. 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 aux fonctionnaires de police 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).

Les autorités françaises partagent la préoccupation du Comité d'assurer la diffusion la plus large et la plus efficace possible aux instructions relatives aux conditions d'emploi de la force et des moyens de contrainte lors des interpellations.

S'agissant du menottage, les droits et devoirs des policiers concernant l'utilisation des menottes, déjà abordés le 11 mars 2003 dans les instructions du Ministre de l'intérieur relatives à la garantie des personnes placées en garde à vue, ont été explicités par la note de la Direction générale de la police nationale (DGPN) n° 04-10464 du 13 septembre 2004. Il y est rappelé que la décision de recourir au menottage doit être prise avec discernement, en conformité avec l'article 803 du code de procédure pénale¹, en considération des circonstances de l'affaire et du principe de proportionnalité imposé par l'alinéa 3 du III de l'article préliminaire du code de procédure pénale². De même, l'interdiction du menottage excessivement serré, déjà explicitement proscrit par les instructions de 2003, a été rappelée et soulignée dans cette note.

Ces principes ont à nouveau été rappelés le 9 juin 2008 par la note n° 08-3548-D de la DGPN, qui a, en outre, défini des critères à prendre en considération pour la prise de décision d'une telle mesure.

Ces instructions sont illustrées et commentées à l'occasion de toutes les formations aux gestes techniques professionnels d'intervention, tant initiales que continues.

¹ Code de procédure pénale, art. 803 al. 1 : « Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite. »

² Code de procédure pénale, article préliminaire, III°, al. 3 : « Les mesures de contraintes dont [une personne suspectée ou poursuivie] peut faire l'objet sont prises sur décision ou sous le contrôle effectif de l'autorité judiciaire. Elles doivent être strictement limitées aux nécessités de la procédure, proportionnées à la gravité de l'infraction reprochée et ne pas porter atteinte à la dignité de la personne. »

Dans le même sens, la direction centrale de la sécurité publique a rappelé dans une note du 16 février 2010 à l'ensemble de ses personnels les modalités de mise en œuvre de la garde à vue et des mesures de sécurité. Ce document reprend l'ensemble des instructions précitées.

Sur un plan plus général, de très fréquents rappels des textes législatifs et réglementaires, ainsi que des instructions de portée générale ou localement élaborées par les responsables des services de la préfecture de police de Paris sont effectués. L'utilisation légitime et mesurée de la coercition, le respect de la dignité humaine, la communication spécifique à adopter avec des personnes privées de liberté sont des sujets très régulièrement rappelés. Chaque cadre de la préfecture de police doit s'engager personnellement à faire appliquer par ses collaborateurs les instructions données, à adopter en toutes circonstances un comportement irréprochable et à faire montre d'un respect absolu des personnes. Il est également rappelé le devoir de vigilance sans faille qui incombe à la hiérarchie intermédiaire en matière déontologique.

A cet égard, la direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne (DSPAP) a organisé la remise solennelle d'un livret intitulé « *Déontologie et discernement dans l'exercice du métier de policier* » à l'ensemble de ses personnels actifs. Par ailleurs, les différents articles du code de déontologie sont régulièrement commentés lors des prises de service ainsi qu'à l'occasion de formations. Enfin, dans un souci constant de préservation de la dignité des personnes interpellées, de nombreuses notes de service sont fréquemment diffusées. Les dernières en date ont été des instructions, ci-jointes, concernant les différentes mesures de sécurité à l'égard des personnes gardées à vue ou retenues dans les locaux de police diffusées le 13 septembre 2011.

Recommandation (§11 al. 2, p.11)

Le Comité recommande également de diffuser des consignes précises aux forces de l'ordre sur les modalités d'intervention et d'accompagnement vers une structure appropriée vis-à-vis de toute personne pouvant souffrir de troubles psychiatriques et présentant un danger pour elle-même ou pour autrui. En particulier, il convient de contacter systématiquement un professionnel de santé (de préférence spécialisé en psychiatrie) lorsque le comportement de la personne concernée est particulièrement problématique. Cette question devrait être reprise dans le cadre des dispositifs de formation de l'ensemble des forces de l'ordre.

La direction des ressources et des compétences de la police nationale dispense, dans le cadre des formations initiales et continues des policiers, un enseignement portant sur l'attitude à adopter face à une personne souffrant de troubles psychiques. Animée par un psychologue, un formateur généraliste et un formateur en activités physiques et professionnelles, cette formation aborde l'ensemble de la problématique.

D'un point de vue opérationnel, si l'état mental de la personne n'est pas connu des policiers avant leur intervention ou ne se révèle que durant son interpellation, l'usage de la force ne doit se faire qu'en raison de la nécessité d'une réactivité immédiate, avec discernement et proportionnellement au danger encouru, conformément aux règles juridiques et déontologiques en vigueur, rappelées le 8 octobre 2008 dans la note n° 08-1577-D de l'inspection générale de la police nationale détaillant les prescriptions relatives à l'usage de la force par les policiers. Lorsque l'immobilisation est nécessaire, la compression - tout particulièrement lorsqu'elle s'exerce sur le thorax ou l'abdomen - doit être la plus momentanée possible et relâchée dès que la personne est entravée par les moyens réglementaires et adaptés.

Si l'état mental de la personne est connu dès avant l'intervention, le médecin régulateur du service d'aide médicale d'urgence (« centre 15 ») est systématiquement informé préalablement à l'opération et décide de la pertinence d'envoyer sur place une équipe médicale dont, le cas échéant, il détermine la composition.

Enfin, la gestion spécifique de ce type d'évènements fait actuellement l'objet des travaux d'un groupe de réflexion piloté par l'Inspection générale de la police nationale (IGPN) visant à améliorer la protection de l'intégrité physique de la personne à maîtriser ainsi que de celle des tiers, policiers intervenants compris. Le protocole d'intervention en cours d'expérimentation prévoit ainsi la maîtrise des personnes en état de fureur paroxystique à l'aide de liens de contention spécifiques destinés, notamment, à limiter les blessures et les risques liés au phénomène d'asphyxie positionnelle.

Recommandation (§13, p.12)

Le CPT recommande de revoir l'ensemble des instructions d'emploi relatives à l'utilisation des PIE, à la lumière des remarques suivantes, formulées au § 13 :

« Sur nombre de points, l'instruction précitée [du 26 janvier 2009] rejoint les éléments de réflexion et les préconisations du Comité en ce qui concerne les armes à impulsions électriques. Toutefois, les autorités françaises réduiraient grandement les risques de réactions disproportionnées si elles limitaient davantage le champ d'application des PIE, et ce d'autant plus que les forces autorisées à les utiliser sont en augmentation. L'hypothèse principale de la légitime défense (de soi-même ou d'autrui), dans le respect des principes de nécessité et de proportionnalité, n'appelle pas de commentaires particuliers. En revanche, il y a lieu de s'interroger sur l'emploi de ce type d'armement dans l'état de nécessité au sens de l'article 122-7 du code pénal, en tant qu'acte nécessaire à la sauvegarde d'un bien, et dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant, en vue d'appréhender le ou les auteurs s'il(s) manifeste(nt) un comportement violent et dangereux. De l'avis du CPT, l'utilisation des PIE doit se limiter aux situations où il existe un danger réel et immédiat pour la vie ou un risque évident de blessures graves.

Le Comité note qu'il est demandé aux fonctionnaires de la police nationale de prendre en compte la vulnérabilité particulière de certaines personnes, qu'elle soit supposée ou objective (femmes enceintes, personnes sous l'influence de stupéfiants, personnes dans un état de delirium avancé, malades cardiaques, etc.). En l'absence de recherches approfondies sur les effets potentiels de ce type d'armement sur ces personnes, le CPT estime que leur utilisation à l'encontre de celles-ci devrait être évitée en toute circonstance ; il en va de même pour d'autres personnes vulnérables, telles que les enfants et les personnes âgées. En ce qui concerne plus particulièrement les personnes en état de delirium ou sous l'influence de stupéfiants, le Comité tient à souligner que les personnes se trouvant dans cet état risquent fort de ne pas comprendre le sens d'un avertissement préalable et pourraient au contraire devenir encore plus agitées dans une telle situation. »

De manière liminaire, il convient de souligner que le champ d'utilisation du pistolet à impulsions électriques (PIE) est déjà restreint à des circonstances dans lesquelles son usage est nécessaire et proportionné au danger représenté par la personne à maîtriser. Il s'agit souvent de circonstances qui, n'étant possibilité d'employer un tel moyen de force intermédiaire, pourraient justifier l'usage d'une arme à feu.

Lorsqu'il est utilisé dans l'état de nécessité au sens de l'article 122-7 du code pénal³, la vérification du respect des exigences de nécessité et de proportionnalité relève de l'appréciation, au cas par cas, de l'autorité judiciaire.

De même, les précautions d'emploi énoncées par l'instruction du 26 janvier 2009 à l'égard des femmes enceintes et autres personnes vulnérables ne peuvent évidemment que dépendre du caractère apparent ou de la connaissance préalable du facteur de vulnérabilité concerné. L'appréciation de cette apparence ou de cette connaissance préalable relève, là encore, du domaine de compétence de l'autorité judiciaire.

Demande d'information (§13, p.12)

En outre, le Comité souhaite recevoir, en temps utile, les résultats des évaluations portant sur les conditions et les lieux d'utilisation des PIE par les forces de la police et de la gendarmerie nationales.

Les évaluations de l'emploi du PIE par la gendarmerie nationale sont jointes en annexe.

Concernant la police nationale, les évaluations sur les conditions et les lieux d'utilisation des PIE sont actuellement réalisées par les directions d'emploi selon des critères différents. Pour y remédier, une application de traitement du suivi des armes (TSUA), dont la phase d'essai est en cours de finalisation, est sur le point d'être mise en service. Elle permettra de répertorier, comptabiliser et analyser toutes les utilisations opérationnelles de toutes les armes de la police nationale, y compris les PIE.

Demande d'information (§13, p.12)

De plus, le CPT souhaite recevoir copie des éventuelles consignes concernant le recours à d'autres moyens de « force intermédiaire » (bombes de produit incapacitant, lanceurs de balle de défense, bâton de défense, etc.), en particulier dans le cadre d'une interpellation.

En réponse à la demande du Comité, le Gouvernement a l'honneur de joindre en annexe les instructions suivantes relatives à l'emploi des moyens de force intermédiaire :

- *pour les produits incapacitants* : instruction d'emploi DAPN/LOG/CREL n° 2004/40 du 14 juin 2004 et note DPUP n° 71597 du 4 janvier 2008 ;
- *pour les lanceurs de balles de défense* : instructions d'emploi DGPN du LBD « Flash-Ball » et du LBD de calibre 40x46 n° 5820-D du 31 août 2009 et rappel d'instructions relatives aux modalités d'emploi (...) des lanceurs de balles de défense (lanceur de 40x46 et « Flash-Ball » DSPAP n° 3 du 15 octobre 2010 ;
- *pour les bâtons de police* : notes DFPN n° 2008/2293-L du 13 mai 2008 sur les nouvelles formations à l'emploi et n° 2008/5265 du 12 novembre 2008 sur les nouvelles dispositions relatives aux formations à l'emploi ;

³ Code pénal, article 127 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

- pour le dispositif balistique de désencerclement (DBD) : instruction d'emploi DGPN n°10-5523-D du 29 juillet 2010 ;
- pour le lanceur de grenades « Cougar » : instruction d'emploi DGPN n° 2011-5988-D du 26 août 2011.

Ces instructions sont régulièrement révisées, notamment sur la base des retours d'expérience et au vu des progrès de la recherche scientifique et médicale.

Demande d'information (§14, p.13)⁴

Dans ce contexte, le Comité souhaite recevoir des informations précises sur les mesures d'enquête prises, tant au niveau administratif qu'au niveau judiciaire, dans le cadre du décès survenu à la suite d'une interpellation le 29 novembre 2010 à Colombes, ainsi que sur les résultats de ces mesures.

Dans une correspondance antérieure en date du 14 mars 2011, le Gouvernement a eu l'occasion d'indiquer au comité qu'une information judiciaire avait été ouverte par le Parquet de Nanterre le 27 décembre 2010 et confiée à un magistrat instructeur du tribunal de grande instance de ce même ressort.

Cette information judiciaire reste ouverte à ce jour.

Le Gouvernement est en mesure d'indiquer au Comité que le juge chargé d'instruire cette affaire a saisi l'Inspection général des services (IGS) d'une première commission rogatoire qui a été retournée après exécution le 22 février 2011, ainsi que d'une seconde commission rogatoire adressée le 17 août 2011 et retournée le 29 août 2011.

Exception faite de ces quelques éléments, le Gouvernement est au regret d'indiquer au Comité, comme il l'avait fait précédemment, qu'il n'est pas en mesure de lui communiquer les informations relatives à une information judiciaires en cours, couvertes par le secret de l'instruction en vertu de l'article 11 du code de procédure pénale et dont la divulgation est passible de poursuites pénales.

A cet égard, le Gouvernement ne méconnaît pas que les stipulations du d) de l'article 8, paragraphe 2 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants font obligation aux Etats parties de fournir au Comité « toute (...) information dont dispose la Partie et qui est nécessaire au Comité pour l'accomplissement de sa tâche ». Il note toutefois que ces mêmes stipulations précisent qu' « en recherchant cette information, le Comité tient compte des règles de droit et de déontologie applicables au niveau national » et fait sienne l'indication contenue dans le rapport explicatif de la Convention selon laquelle « les difficultés qui pourraient surgir à cet égard devraient être résolues dans l'esprit de compréhension mutuelle et de coopération qui inspire la Convention ».

C'est dans cet esprit que le Gouvernement, regrettant de ne pouvoir satisfaire la requête du Comité sur ce point précis, l'assure néanmoins de l'attention particulière accordée à cette enquête par les autorités compétentes, ainsi que de leur détermination à conduire celle-ci dans le plein respect des critères d' « effectivité » issus de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

⁴ Cette demande faisait partie des « demandes d'information prioritaires » auxquelles le Gouvernement a apporté une réponse le 28 octobre 2011

L'attention du Comité sera également attirée sur le fait que, s'agissant des informations couvertes par le secret de l'instruction, le « mécanisme national de prévention » qu'est le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CLGPL) se trouve dans une situation analogue à celle du CPT. En effet, la loi du 30 octobre 2007 instituant ce mécanisme national dispose, en son article 8, que « *le caractère secret des informations et pièces dont le Contrôleur général des lieux de privation de liberté demande communication ne peut lui être opposé, sauf si leur divulgation est susceptible de porter atteinte au secret de la défense nationale, à la sûreté de l'Etat, au secret de l'enquête et de l'instruction, au secret médical ou au secret professionnel applicable aux relations entre un avocat et son client* ».

De l'avis du Gouvernement, le respect du secret de l'instruction n'a pas pour conséquence que l'efficacité du mécanisme national de prévention, non plus que celle du mécanisme européen, s'en trouve diminuée d'une quelconque façon, à plus forte raison qu'il n'a pour conséquence que de différer temporairement la fourniture d'informations.

2. Garanties contre les mauvais traitements

Commentaire (§17, p.14)

De l'avis du CPT, le procureur ne doit permettre l'audition de la personne gardée à vue sans attendre l'arrivée de l'avocat que sur la base d'impératifs exceptionnels clairement définis, tels que la prévention d'une atteinte imminente aux personnes.

Sur ce point, le Gouvernement prie le Comité de se reporter aux observations en réponse à la recommandation formulée au §19.

Commentaire (§17, p.14)

Il convient également de relever que l'avocat n'est pas habilité à intervenir à tout moment lors des auditions et confrontations. Le CPT estime que l'avocat doit toujours pouvoir intervenir lorsqu'il est témoin, lors d'une audition ou confrontation, d'une quelconque forme de mauvais traitements (y compris des menaces pouvant constituer un manquement à la déontologie de la sécurité et/ou une infraction pénale) à l'encontre de la personne qu'il assiste.

Le code de procédure pénale définit les conditions et les modalités de l'intervention des avocats au cours de la garde à vue.

De l'avis du Gouvernement, la seule circonstance que l'avocat ne soit pas autorisé à intervenir « à tout moment », et de manière potentiellement intempestive, lors des auditions et confrontations ne l'empêche nullement d'engager, après la tenue de celles-ci, toute démarche que lui semblerait dicter l'attitude de tel ou tel participant.

L'équilibre indispensable entre les nécessités de l'enquête et la protection de la personne privée de liberté s'oppose clairement à ce que soient créées les conditions d'une possible obstruction, quand bien même celle-ci constituerait la défense la plus efficace.

En outre, à la connaissance des autorités françaises, le seul cas de violences observées à ce jour par un avocat lors d'une garde à vue a été le fait du mis en cause lui-même, qui a violemment agressé le policier qui l'entendait. L'avocat concerné a, par la suite, refusé de témoigner des faits auxquels il avait assisté.

Recommandation (§19, p.15)

Le CPT appelle 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 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 doit 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.

La loi n°2011-392 du 14 avril 2011, entrée en vigueur le 1er juin 2011, a réformé en profondeur les dispositions relatives à la mesure de garde à vue, et notamment celles régissant les conditions dans lesquelles une personne faisant l'objet d'une telle mesure bénéficie de l'assistance d'un avocat.

Le principe énoncé par ces dispositions nouvelles est que **toutes les personnes placées en garde à vue, quelle que soit la nature des faits commis, peuvent s'entretenir avec un avocat dès le début de la mesure.**

L'article 63-3-1 du code de procédure pénale consacre par ailleurs le principe du **libre choix** de l'avocat par une personne placée en garde à vue.

Toutefois, en cas de décision de report de l'intervention de l'avocat choisi par la personne gardée à vue, la législation en vigueur ne prévoit pas son remplacement par un autre avocat désigné par le bâtonnier, et cela eu égard aux hypothèses très restrictives dans lesquelles un tel report peut intervenir.

En effet, et comme le précise la circulaire du 23 mai 2011 relative à son application, la loi du 4 avril 2011 prévoit que le **report** de l'intervention de l'avocat ne peut avoir lieu que sur décision écrite et motivée du procureur de la République et dans des circonstances tout à fait exceptionnelles :

- Par application de l'article 63-4-2 du code de procédure pénale, et s'agissant des gardes à vue de droit commun, un report de 12 heures n'est possible qu'à « *titre exceptionnel* » et « *si cette mesure apparaît indispensable pour des raisons impérieuses tenant aux circonstances particulières de l'enquête, soit pour permettre le bon déroulement d'investigations urgentes tendant au recueil ou à la conservation des preuves, soit pour prévenir une atteinte imminente aux personnes* ». Le report ne doit intervenir, en pratique, que dans des hypothèses tout à fait rarissimes : le seul exemple donné au cours des débats parlementaires a été celui d'une personne soupçonnée d'être l'auteur d'un enlèvement dont les déclarations devraient être immédiatement recueillies pour tenter de retrouver en vie sa victime. Il convient également de noter que, pour une garde à vue de droit commun le report ne porte que sur la consultation des pièces de la procédure et la présence de l'avocat au cours des auditions, mais non sur l'entretien de trente minutes dès le début de la mesure qui, lui, ne peut être reporté.

- Par application de l'article 706-88 du code de procédure pénale, et s'agissant des gardes à vue diligentées du chef de crime ou délit relevant de l'article 706-73 du même code, le report n'est possible « *qu'en considération de raisons impérieuses tenant aux circonstances particulières de l'enquête ou de l'instruction, soit pour permettre le recueil ou la conservation des preuves, soit pour prévenir une atteinte aux personnes* ». Il ne pourra ainsi ni intervenir de façon systématique, ni être envisagé en considération de la seule qualification de l'infraction. Il ne sera possible que lorsque l'extrême gravité et la particulière complexité des faits, impliquant la mise en cause de nombreux auteurs et coauteurs le rendront absolument nécessaire. Il s'agit là de la seule hypothèse où l'entretien avec l'avocat, et non seulement l'accès de celui-ci à la procédure ou sa présence lors des auditions, peut être reporté.

Par ailleurs, la **prolongation du report** ne peut être décidée que par le juge des libertés et de la détention (JLD) saisi par le procureur de la République, et cela dans des conditions tenant compte de la même distinction entre :

- d'une part, les gardes à vue de droit commun pour lesquelles le report par le JLD après douze heures n'est possible que dans l'hypothèse de crimes ou délits punis d'une peine d'emprisonnement supérieure ou égale à cinq ans, et pour une nouvelle durée maximale de douze heures ;
- d'autre part, les gardes à vue concernant des crimes ou délits relevant de l'article 706-73 du code de procédure pénale (criminalité organisée), pour lesquelles le report par le JLD après vingt-quatre heures n'est possible que pour une nouvelle durée de vingt-quatre heures ou, en matière de terrorisme ou de trafic de stupéfiants, pour une nouvelle durée de vingt-quatre heures renouvelable une fois.

Demande d'information (§20, p.15)

Le Comité souhaite recevoir des informations sur les modalités pratiques d'intervention des avocats, en concertation avec les Barreaux, qui ont été mises au point afin d'assurer la mise en œuvre des nouvelles dispositions en matière d'accès à l'avocat (organisation des permanences, de jour comme de nuit, indemnisation, etc.).

L'application des dispositions de la loi du 14 avril 2011 portant réforme de la garde à vue a été suivie de la publication du décret n° 2011-810 du 6 juillet 2011 relatif à l'aide à l'intervention de l'avocat au cours de la garde à vue et de la rétention douanière. Modifiant le décret n° 91-1266 du 19 décembre 1991 portant application de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, ce décret détermine le barème de rétribution des avocats désignés d'office par le bâtonnier de l'ordre des avocats selon la nature de leur intervention lors de la mesure de garde à vue. Il introduit également les adaptations nécessaires de l'attestation d'intervention et des règles de gestion financière et comptable des caisses des règlements pécuniaires des avocats.

Afin d'assurer la rétribution des interventions des avocats commis d'office en cours de garde à vue, et après concertation avec les ministères de l'Intérieur et du Budget et les représentants des barreaux, de nouveaux imprimés-type d'attestation d'intervention ont été établis.

Le Conseil National des Barreaux et le Ministère de la Justice et des Libertés ont par ailleurs trouvé un accord sur un projet de convention relative à l'organisation matérielle des permanences pénales liées à l'assistance des gardés à vue ayant vocation à servir de base à la signature, au niveau local, de conventions entre les chefs de juridiction et les bâtonniers. Il convient en effet de rappeler que l'organisation et le bon fonctionnement des permanences pénales des barreaux relèvent de la compétence exclusive des ordres des avocats et de leur bâtonnier.

Recommandation (§21, p.15)

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que les médecins appelés à voir les personnes gardées à vue procèdent toujours à un examen médical approfondi et qu'ils leur prodiguent, le cas échéant, les soins que nécessite leur état de santé.

La demande d'examen médical constitue un droit qui peut être invoqué par les personnes gardées à vue ou leurs proches, mais aussi une mesure qui peut être ordonnée d'office par l'officier de police judiciaire ou le magistrat. L'article 63-3, alinéa 1^{er} du code de procédure pénale dispose que « *toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire* ». Cette disposition, prévue en flagrance, est également applicable lors des enquêtes préliminaires et des enquêtes menées sur commission rogatoire.

Cet examen médical peut être réalisé dans les locaux situés au sein des services d'enquête, au sein d'un établissement hospitalier ou encore au sein d'une structure médicale.

Le médecin est requis pour :

- d'une part, se prononcer sur l'aptitude médicale de la personne à être maintenue en garde à vue, appréciée au regard de l'état de la personne et des conditions dans lesquelles elle est retenue : l'exécution de la mesure dans d'autres locaux, notamment hospitaliers, peut ainsi être envisagée si le médecin le mentionne dans son certificat médical ;
- d'autre part, procéder à toutes constatations utiles, y compris la description d'éventuelles blessures.

Il relève en tout état de cause de la responsabilité du médecin requis d'établir toute prescription et avis médical que lui apparaît nécessiter l'état de santé de la personne gardée à vue.

Ces principes étant rappelés, le Gouvernement constate que la **réforme de la médecine légale** opérée par la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 répond en large part aux préoccupations exprimées par le Comité.

Entrée en vigueur le 15 janvier 2011, cette réforme permet de structurer à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée et de qualité, et d'en assurer de façon pérenne le financement.

Son principal apport consiste en l'établissement d'un nouveau schéma directeur de la médecine légale comprenant 48 unités médico-judiciaires (UMJ) dédiées aux actes de médecine légale et prolongées par l'existence d'un réseau de proximité destiné à couvrir les juridictions qui ne sont rattachées à aucune structure dédiée ainsi que les locaux de police et de gendarmerie trop éloignés d'une structure hospitalière. Il permet ainsi d'assurer un maillage complet du territoire national.

Les examens médicaux des personnes gardées à vue dans les ressorts judiciaires concernés par le nouveau schéma directeur sont inclus dans le champ de cette réforme et sont désormais pris en charge par des médecins légistes qualifiés exerçant au sein des 48 UMJ ou faisant partie des réseaux de proximité précités.

Les médecins qui exercent dans les structures de médecine légale sont tous titulaires d'un diplôme attestant la formation en médecine légale ou d'un titre justifiant de leur expérience en médecine légale (article 230-28 du code de procédure pénale). Ils sont chargés de l'animation du réseau et de la formation des médecins légistes et des médecins, libéraux ou hospitaliers, qui constituent ces réseaux.

Enfin, concernant les examens de personnes gardées à vue, l'instruction DGOS du 22 avril 2011 et celle des Ministres de la justice et de la santé du 5 août 2011 ont complété la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 en généralisant les examens *in situ* des personnes placées en garde à vue. Réalisés au sein même des locaux des services et unités d'enquête, ces examens permettent aux praticiens de se prononcer plus aisément sur l'aptitude au maintien en garde à vue d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure, et au vu des conditions concrètes dans lesquelles celle-ci a lieu.

Des éléments d'information complémentaires sur cette réforme de la médecine légale sont également fournis dans la réponse à la demande d'informations formulée par le Comité au §21 du rapport.

Demande d'information (§21, p.16)

Il convient de signaler qu'une réforme de la médecine légale était en cours au moment de la visite. Cette réforme impliquait un redécoupage de la carte médico-légale. Le CPT souhaite recevoir des précisions sur l'impact de cette réforme sur le droit des personnes gardées à vue d'être examinées par un médecin, y compris un médecin légiste.

Comme il a été dit plus haut, la réforme de la médecine légale prévue par la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 s'inscrit dans les recommandations formulées par le Comité, dont la demande d'informations appelle les éléments de réponse suivants.

Au préalable, il est nécessaire d'indiquer que la médecine légale n'existe que dans le cadre d'une procédure pénale. Elle est un outil indispensable d'aide à l'enquête, nécessaire au bon fonctionnement du service public de la justice et à la manifestation de la vérité. Ces actes, effectués sur réquisition du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire, peuvent être liés à une activité de thanatologie (autopsie, levée de corps) ou de médecine légale du vivant (examen des victimes aux fins de détermination de l'incapacité totale de travail et de constatation de lésions et traumatismes, examen de compatibilité de l'état de santé d'une personne avec le maintien d'une mesure de garde à vue, tel que prévu par l'article 63-3 du code de procédure pénale). Une grande partie de l'activité de médecine légale est réalisée par les établissements publics de santé. La médecine légale ne relève pas du code de la santé publique et constitue une mission régaliennne de l'Etat, au bénéfice exclusif de la justice. La médecine légale est, en outre, une activité fondamentale dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques menées depuis plusieurs années.

La nécessité de réformer la médecine légale en France a été soulignée par les rapports du député Olivier Jardé du 22 décembre 2003 et de la mission interministérielle menée par l'IGAS et l'Inspection générale des services judiciaires (IGAS-IGSJ) en janvier 2006. L'un comme l'autre de ces rapports mettaient en évidence des dysfonctionnements dans son organisation, du fait d'une mise en œuvre par strates successives, le plus souvent à partir d'initiatives locales. De surcroît, il était relevé que les établissements publics de santé assurant cette activité souffraient d'un déficit chronique de financement.

Entrée en vigueur le 15 janvier 2011, cette réforme structure à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée et de qualité, et assure un financement pérenne tenant compte de l'ensemble des charges liées à cette activité (structures, personnels, moyens matériels et investissements). Des protocoles sont établis entre les juridictions, les établissements de santé accueillant une structure médico-légale et les services de police et les unités de gendarmerie nationales, dans le respect de l'organisation et du financement du schéma directeur.

Il existe désormais 50 structures de médecine légale, parmi lesquelles 48 sont implantées dans des centres hospitaliers dont 30 comportent un institut médico-légal. Les deux autres structures de thanatologie que sont l'Institut médico-légal (IML) de Paris et l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN) restent sous la tutelle du Ministère de l'intérieur. Les structures hospitalières de médecine légale bénéficient d'une dotation forfaitaire et annuelle dont le budget de la justice assure le financement. Le coût annuel global de ces structures hospitalières est de plus de 50M euros.

Une évaluation conjointe de la mise en œuvre de la réforme est actuellement menée par les ministères de la justice, de l'intérieur et de la santé.

Demande d'information (§22, p.16)

Le Comité souhaite recevoir des précisions sur la définition des « nécessités de l'enquête » qui peuvent justifier de ne pas faire droit à la demande de la personne gardée à vue de faire prévenir un proche.

Le 2nd alinéa de l'article 63-2 du code de procédure pénale dispose que l'officier de police judiciaire, s'il estime, « *en raison des nécessités de l'enquête* », ne pas devoir faire droit à la demande de la personne placée en garde à vue, en réfère sans délai au procureur de la République qui décide, s'il y a lieu, d'y faire droit.

Le procureur de la République doit donc être saisi dès lors que l'information d'un tiers paraît de nature à nuire au bon déroulement de l'enquête ou comporte un risque d'entraîner un dépérissement des preuves. Cette situation recouvre des cas bien précis, notamment lorsque le tiers est susceptible d'être impliqué dans l'affaire, lorsqu'il existe une incertitude sur sa qualité ou lorsqu'il existe un risque réel qu'il puisse prévenir des personnes impliquées.

Dans ces hypothèses, la loi ne prévoit pas de durée maximale du report. Il appartient donc au procureur de la République, s'il estime qu'il y a lieu de différer l'avis à un proche ou à l'employeur, d'indiquer à l'officier de police judiciaire:

- le moment où l'avis à un proche ou à l'employeur sera de nouveau examiné par lui ;
- le moment où l'information pourra être transmise au proche ou à l'employeur.

En outre, lorsqu'un mineur est placé en garde à vue, l'information des parents, du tuteur, de la personne ou du service auquel est confié le mineur doit normalement intervenir dès que le procureur de la République a été avisé de cette mesure. Si ce dernier peut décider de déroger à cette information, le report ne peut alors excéder vingt-quatre heures, ou douze heures lorsque la mesure de garde à vue ne peut être prolongée. Il en va notamment ainsi dès lors que l'information du tiers paraît de nature à nuire au bon déroulement ou aux nécessités de l'enquête, comme c'est par exemple le cas lorsqu'il s'avère que les parents du mineur sont complices des faits commis par celui-ci.

Recommandation (§23, p.16)

Le CPT recommande qu'un formulaire exposant ses droits dans une langue qu'elle comprend soit systématiquement remis à toute personne gardée à vue, et ce dès son arrivée dans un établissement de police ou de gendarmerie.

L'alinéa premier de l'article 63-1 du code de procédure pénale prévoit que « *la personne placée en garde à vue doit être immédiatement informée par un officier de police judiciaire, ou sous le contrôle de celui-ci par un agent de police judiciaire, dans une langue qu'elle comprend, le cas échéant, au moyen de formulaires écrits* » de ses droits attachés à la garde à vue.

Ainsi, lorsque la personne ne comprend pas le français, ses droits doivent lui être notifiés par un interprète, le cas échéant après qu'un formulaire lui a été remis pour son information immédiate. La remise d'un formulaire constitue donc une information immédiate, mais non une notification des droits qui devra intervenir par le biais d'un interprète.

Les officiers et agents de police judiciaire ont à leur disposition des formulaires de notification des droits à la personne en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie, rédigés en français et traduits dans les langues étrangères les plus courantes. Dans le cas où la langue parlée par la personne placée en garde à vue ne figure pas dans ces formulaires de notification, les droits de la personne sont différés jusqu'à ce qu'un interprète puisse en assurer la traduction.

Recommandation (§24, p.17)

Le CPT recommande aux autorités françaises de faire en sorte que les mineurs privés de liberté par les forces de l'ordre ne soient pas amenés à faire des déclarations et à signer des documents concernant l'infraction dont ils sont soupçonnés sans bénéficier de la présence d'une personne adulte de confiance et/ou d'un avocat pour les assister (outre l'enregistrement audiovisuel des auditions). De surcroît, il convient de veiller à ce qu'un formulaire spécifique d'information sur les droits, exposant la situation particulière des mineurs en garde à vue et incluant une référence au droit à la présence d'une personne de confiance et/ou d'un avocat, soit rédigé et distribué aux mineurs placés en garde à vue.

Les mineurs, quel que soit leur âge et qu'ils aient été placés en retenue judiciaire ou en garde à vue, pour une infraction de droit commun ou pour une infraction mentionnée à l'article 706-73 du code de procédure pénale, **bénéficient de l'assistance d'un avocat.**

Le représentant légal, le tuteur, la personne ou le service auquel le mineur a été confié est immédiatement informé de la mesure de garde à vue, et **il est avisé de son droit de demander l'assistance d'un avocat si le mineur ne l'a pas sollicitée.**

Il convient de préciser que, si le mineur a moins de 13 ans et que lui ou ses parents n'ont pas désigné d'avocat, l'officier de police judiciaire, le procureur de la République, ou le cas échéant le juge d'instruction, en désignera un d'office.

En outre, si aucun formulaire spécifique n'est distribué aux mineurs placés en garde à vue, ces derniers reçoivent immédiatement notification des droits suivants, consignés par procès-verbal :

- être assisté par un avocat dès le début de la garde à vue ;
- garder le silence lors des auditions et confrontations ;
- bénéficier d'un examen médical (obligatoire pour les mineurs de moins de 16 ans) ;
- être immédiatement informé de la nature et de la date de l'infraction reprochée ;
- faire prévenir, le cas échéant, son employeur ou les autorités consulaires de son pays.

Par ailleurs, l'article 5 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants dispose que lorsqu'il existe des charges suffisantes à l'encontre du mineur d'avoir commis un délit, et que le procureur de la République donne pour instruction de notifier au mineur une convocation devant le juge des enfants, cette convocation doit être constatée par **un procès-verbal signé par le mineur ainsi que par les parents, le tuteur ou la personne ou le service auquel il a été confié**, qui en reçoivent copie.

Recommandation (§25, p.17)

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que les agents responsables des personnes placées en garde à vue ou écrouées pour ivresse publique manifeste veillent à ce que l'ensemble des informations relatives à la privation de liberté de ces personnes soient consignées fidèlement dans les registres et « billets » prévus à cet effet. Il est également impératif que les « officiers référents – garde à vue » accordent une attention particulière, en liaison étroite avec les officiers de police judiciaire responsables, au respect de l'exercice des droits des gardés à vue.

Le premier alinéa du II de l'article 64 du code de procédure pénale **impose** la tenue, le cas échéant sous forme dématérialisée, dans tout local de police ou de gendarmerie susceptible de recevoir une personne gardée à vue, d'un **registre spécial** comportant des mentions et émargements clairement définis :

- le jour et l'heure du placement en garde à vue,
- la réalisation de la fouille intégrale ou d'investigations corporelles internes,
- la durée des auditions et des repos,
- les heures où la personne gardée à vue a pu s'alimenter,
- le jour et l'heure où la mesure de garde à vue a pris fin.

Un tel registre est également tenu pour toute rétention en chambre de sûreté d'une personne en état d'ivresse publique et manifeste.

Ces registres peuvent être contrôlés à tout moment par le procureur de la République, dans le cadre du pouvoir général de contrôle des locaux de gardes à vue que lui confère expressément l'article 41 du code de procédure pénale : il s'agit d'une mission essentielle dont les magistrats s'acquittent avec conscience. S'y ajoutent, par ailleurs, les vérifications de même nature effectuées par les **inspections générales** de la police nationale et de la gendarmerie nationale dans le cadre des contrôles inopinés des services.

Il ressort de ces contrôles que des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années.

Enfin, il y a lieu de noter que les deux chantiers majeurs qu'ont constitué la réforme de la garde à vue et la transformation des outils de rédaction des procédures ont conduit à reporter, temporairement, la réflexion sur la **dématérialisation** des registres.

3. Conditions de détentions

Recommandation (§31, p.19)

Le CPT recommande aux autorités françaises de faire en sorte que :

1°) les cellules de moins de 5 m² du Service accueil, recherche et investigation judiciaire du 18^e arrondissement de Paris, de l'hôtel de police de Béthune et de l'hôtel de police de Vénissieux/Saint Fons ne soient pas utilisées pour des périodes de détention excédant quelques heures ;

Des études sont actuellement menées par le Service des affaires immobilières de la préfecture de police afin de réhabiliter, en les mettant aux nouvelles normes, les locaux de garde à vue du **Service d'accueil et d'investigations de proximité du 18^{ème} arrondissement de Paris**.

L'hôtel de police de **Béthune** dispose actuellement de trois geôles de dégrisement de 3m², de trois cellules de garde à vue de 4m² avec caméra de vidéosurveillance, et de deux cellules de garde à vue de plus de 5m² dont l'une est également équipée d'un système de vidéosurveillance.

Les dernières prescriptions relatives aux espaces de sûreté édictées en janvier 2007 par le bureau des affaires immobilières de la direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN) prévoient notamment la fusion des cellules de dégrisement avec les cellules de garde à vue, une superficie portée à 7m² pour les cellules individuelles et entre 12 et 16m² pour les cellules collectives.

Dans le cadre d'une construction neuve, ces préconisations doivent être respectées. Dans le cadre d'un projet de rénovation ou de réhabilitation, il faut tenir compte des contraintes physiques et techniques existantes afin d'adapter au mieux ces nouvelles prescriptions techniques et fonctionnelles.

L'hôtel de police de **Béthune** a été livré en 1993 et ne peut pas intégrer l'ensemble de ces nouvelles normes architecturales. Il devra, à terme, être reconstruit ou faire l'objet d'une rénovation d'ampleur. Dans l'actuel contexte budgétaire, ces mesures ne sont pas programmées à ce jour.

Conscients de cette situation, les fonctionnaires de police de Béthune utilisent en priorité les cellules les plus spacieuses et veillent à ce que les retenus y séjournent le moins longtemps possible.

Les cellules de garde à vue du commissariat de police de **Vénissieux** disposent d'une surface supérieure ou égale à 5 m². En effet, à la suite d'une visite de ce commissariat effectuée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté le 10 mai 2011, dans les paragraphes 3.4.1 et 3.4.2 de son rapport, cette autorité administrative indépendante indique : « *Il existe trois cellules de garde à vue numérotées de 1 à 3. Elles sont identiques. La cellule n° 1 a une profondeur de 2, 72m sur une largeur de 1,87m et une hauteur de 2, 72m soit 5,08m² et 13,83m³. (...) Il y a trois geôles de dégrisement. Elles sont de dimensions identiques. La cellule n° 1 a été contrôlée. Elle mesure 3,36m de profondeur sur 1,87m de largeur et 3,32m de hauteur, soit 6,28m² et 20,86m³ ».*

2°) les réparations des cellules de l'hôtel de police de Lille soient assurées dans un délai raisonnable en cas de dégradations ;

Il est exact que les cellules du commissariat de police de Lille sont régulièrement dégradées par leurs occupants. Prenant en compte les observations du Comité, le directeur départemental de la sécurité publique du Nord a donné des instructions pour assurer un suivi régulier de leur état. Les cellules sont nettoyées quotidiennement, y compris le week-end, et le contrat passé avec la société en charge de l'entretien (3 heures tous les matins) permet de garder les locaux dans un état de propreté satisfaisant.

3°) les systèmes de chauffage des locaux de détention visités, en particulier au sein des hôtels de police de Lille et de Rouen, soient pleinement fonctionnels par temps froid ;

A **Lille**, la température du bâtiment est actuellement réglée à 20 degrés Celsius. Les fonctionnaires affectés à la surveillance des gardés à vue ont pour consigne de proposer et de remettre une couverture à chaque détenu qui en fait la demande.

Au commissariat de police de **Rouen**, le système de chauffage central au gaz régule la température de tout le bâtiment et fait l'objet d'un entretien régulier. Là encore, les fonctionnaires affectés à la surveillance des gardés à vue ont pour consigne de proposer et de remettre une couverture à chaque détenu qui en fait la demande.

4°) l'aération des cellules des hôtels de police de Bobigny et de Rouen soit améliorée ;

A **Rouen** toujours, d'importants travaux de rénovation des canalisations et des systèmes d'évacuation initialement programmés au mois de septembre 2011 ont été reportés en raison des difficultés pour mettre en œuvre une solution alternative à la garde des détenus dans des conditions de sécurité et d'hygiène satisfaisantes. Cette recommandation du Comité sera toutefois mise en œuvre dans les meilleurs délais.

Chaque cellule de l'hôtel de police de **Bobigny** est équipée d'une grille d'aération « haute » et d'une grille « basse » faisant l'objet d'un nettoyage quotidien. Toutes ont par ailleurs été vérifiées et, lorsque nécessaire, réparées après la visite du Comité.

5°) les locaux de détention des hôtels de police de Bobigny, de Lille et de Rouen soient maintenus dans un état de propreté acceptable ;

L'entretien et le nettoyage des locaux de détention sont assurés par les agents d'une société spécialisée à raison de deux interventions quotidiennes. Ces agents sont en mesure d'intervenir à tout moment à la demande des fonctionnaires affectés à la surveillance des gardés à vue, qui doivent signaler tout dysfonctionnement à leur hiérarchie.

Il convient de noter que la propreté des locaux de détention est en grande partie soumise au respect, par les occupants, des règles d'hygiène élémentaires.

6°) les stocks de couvertures et de matelas propres soient toujours suffisants dans les établissements visités ;

Les consignes relatives aux couvertures et matelas sont régulièrement rappelées par les directeurs départementaux de la sécurité publique.

Pour illustration, les services de police de la Seine-Saint-Denis ont 87 couvertures, l'hôtel de police de Bobigny 50 ; le nettoyage s'effectue une fois par mois dans un pressing de proximité. Les couvertures peuvent être déposées chaque mardi par les services parisiens à la buanderie de la préfecture de police.

7°) à l'hôtel de police de Rouen, les personnes gardées à vue aient rapidement accès aux toilettes lorsqu'elles le demandent ;

La consigne permanente consistant à donner rapidement accès aux toilettes aux personnes gardées à vue est respectée par les fonctionnaires en charge de la garde des détenus et régulièrement contrôlée par l'officier référent de garde à vue qui n'a jamais relevé de manquement à cette règle.

8°) les personnes gardées à vue disposent de produits d'hygiène personnelle, et puissent avoir accès à une douche lors de séjours allant au-delà de 24 heures ;

La recommandation du Comité relative à l'hygiène des personnes gardées plus de 24 heures, si le Gouvernement en comprend et partage l'objectif, ne va toutefois pas sans susciter de sérieuses difficultés logistiques (aménagements matériels des locaux) et, partant, budgétaires, ainsi que des difficultés d'organisation tenant à l'adaptation des effectifs de surveillance à la mixité de la population gardée à vue. Cumulatives, ces contraintes ne permettent pas en toute circonstance de donner aux personnes gardées à vue un accès à la douche, ni de mettre à leur disposition un kit d'hygiène. Cependant, chaque fois qu'il possible, les services de la sécurité publique mettent en œuvre cette préconisation.

9°) des systèmes d'appel soient installés dans les cellules de police et les chambres de sûreté de la gendarmerie qui ne sont pas situées à proximité de bureaux ou postes de garde occupés en permanence (y compris la nuit) par du personnel ; en outre, même si des systèmes de vidéosurveillance ont été mis en place, du personnel doit toujours être présent dans les bâtiments où des personnes ont été placées en cellule ou en chambre de sûreté et procéder de manière fréquente au contrôle visuel des cellules ou chambres de sûreté afin d'assurer la sécurité de ces personnes ;

S'agissant de la surveillance nocturne des personnes gardées à vue dans les brigades de gendarmerie, on relèvera que la Direction générale de la gendarmerie nationale a diffusé une note-express n°43 477 GEND/DOE/SDPJ/BPJ du 25 juin 2010 relative à la surveillance des personnes gardées à vue et au contrôle de la mesure de garde à vue qui renforce, par des mesures complémentaires, la sécurité des personnes gardées à vue la nuit. Les modalités de surveillance nocturne des personnes gardées à vue imposent, en l'absence de système de vidéo surveillance ou de bouton d'alarme, le passage d'un gendarme à intervalle régulier afin de s'assurer du bon déroulement de la mesure lorsque la personne est en chambre de sûreté. La traçabilité de ces passages est assurée par une mention dans un registre dédié.

10°) les personnes placées en garde à vue pour des périodes dépassant 24 heures puissent avoir accès à l'air frais, au moins une heure par jour, dans un espace adapté.

La mise en œuvre de cette recommandation supposerait un investissement en moyens matériels et humains considérable que le Gouvernement croit plus indiqué de consacrer à l'amélioration des locaux de détention proprement dits.

Recommandation (§32, p.20)

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures afin que les dispositifs de sécurité tels que les menottes/chaînes fixées à un poids, un banc ou un anneau scellé au sol soient enlevés dans les établissements concernés, ainsi que dans tout autre établissement où des aménagements similaires auraient été réalisés. Dans le cas où une personne en garde à vue réagit de manière violente, le recours aux menottes peut être justifié. Cependant, la personne concernée ne devrait pas être menottée à des objets fixes mais plutôt être placée sous étroite surveillance dans un environnement sûr. Si nécessaire, en cas d'agitation liée à l'état de santé du gardé à vue, les membres des forces de l'ordre devraient demander une assistance médicale et agir conformément aux consignes du médecin.

Le démantèlement de la totalité des points d'attache fixes (anneaux, bancs, etc.) existant dans les locaux des forces de l'ordre apparaît difficilement envisageable à ce jour, en tant qu'il supposerait, par mesure de compensation, une mobilisation des personnels incompatible avec les effectifs actuels et les missions confiées à la police et à la gendarmerie nationales.

Il convient en outre de souligner que ces aménagements constituent un moyen coercitif employé à titre exceptionnel et provisoire à l'égard d'une personne particulièrement violente et qu'ils ont pour unique vocation d'empêcher une personne en état d'agitation extrême de générer un danger pour elle-même ou autrui. Au reste, si cette agitation apparaît résulter de l'état de santé du gardé à vue, les forces de l'ordre requièrent un médecin après en avoir rendu compte à l'autorité judiciaire.

La simple présence de ces équipements ne saurait laisser présumer leur mésusage.

A cet égard, il sera d'ailleurs relevé que l'hôtel de police de **Béthune** a fait l'objet d'une visite inopinée du CGLPL le 20 octobre 2009 et que le rapport de celui-ci, s'il contenait mention de la présence « d'un banc scellé avec des menottes », ne comportait aucune observation ni remarque particulière quant à l'utilisation ou la suppression de tels équipements.

B. Centres de rétention administrative

1. Remarques préliminaires

Demande d'information (§34, p.21)

Le CPT souhaite recevoir des informations détaillées sur les mesures envisagées par les autorités françaises en vue d'assurer des conditions satisfaisantes, s'agissant des équipements, de l'encadrement et de l'exercice des droits, dans les zones d'attente *ad hoc*. Le cas échéant, le CPT souhaite être informé de la création de telles zones.

La loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a ajouté un second alinéa à l'article L. 221-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Celui-ci dispose que « *lorsqu'il est manifeste qu'un groupe d'au moins dix étrangers vient d'arriver en France en dehors d'un point de passage frontalier, en un même lieu ou sur un ensemble de lieux distants d'au plus dix kilomètres, la zone d'attente s'étend, pour une durée maximale de vingt-six jours, du ou des lieux de découverte des intéressés jusqu'au point de passage frontalier le plus proche* ».

Cette réforme vise à donner un cadre juridique à des situations exceptionnelles dans lesquelles des étrangers, généralement à l'initiative de « passeurs », franchissent les frontières en groupe en dehors des points de passage frontaliers auxquels ils auraient dû se présenter. La loi définit strictement les circonstances dans lesquelles il peut être recouru à ce dispositif, dont l'application est vouée à être exceptionnelle. Le législateur a entendu assurer aux étrangers concernés des conditions de maintien en zone d'attente strictement identiques à celles prévues en droit commun pour les étrangers non admis aux points de passage frontaliers, et à leur assurer la jouissance des mêmes droits et des mêmes garanties.

En particulier, le traitement des demandes d'admission sur le territoire au titre de l'« asile » est assuré selon les modalités prévues par les articles L. 213-2 et suivants du code. Si la demande d'asile n'est pas manifestement infondée, l'étranger sera admis sur le territoire afin d'être mis en mesure de présenter sa demande auprès de l'OFPRA. Dans l'hypothèse inverse, il disposera, contre le refus d'admission, du recours pleinement suspensif prévu par l'article L. 213-9 du CESEDA.

L'article L.221-4 modifié du même code prévoit que la notification des droits s'effectue dans les meilleurs délais et que les droits s'exercent de même, en fonction du nombre d'agents de l'autorité administrative et d'interprètes disponibles. La même exigence de diligence, appréciée concrètement au cas particulier, s'applique dans le cas des zones d'attente exceptionnelles comme celles de droit commun.

Enfin, les zones d'attente spécifiques ne peuvent être créées, sous le contrôle du juge administratif, que pour une durée inférieure ou égale à 26 jours correspondant à la durée maximale de placement en zone d'attente.

Dans sa décision du 9 juin 2011, le Conseil constitutionnel a validé ce dispositif, dans les termes ci-après reproduits des considérants 20 et 21 de sa décision :

« (21) *Considérant, en premier lieu, que les dispositions contestées tendent à répondre aux difficultés de traitement, au regard des règles d'entrée sur le territoire français, de la situation d'un groupe de personnes venant d'arriver en France en dehors des points de passage frontaliers ; que l'extension de la zone d'attente entre le lieu de découverte des intéressés et le point de passage frontalier le plus proche a pour effet de permettre l'application des règles du titre II du livre II du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile aux seuls étrangers du groupe dont l'arrivée a justifié la mise en œuvre de ce dispositif ; que cette extension est sans incidence sur le régime juridique applicable aux autres étrangers qui se trouveraient dans cette zone sans appartenir à ce groupe ; que, dès lors, les griefs tirés de l'atteinte au principe d'indivisibilité de la République et à l'exercice effectif du droit d'asile doivent être écartés ;*

(22) Considérant, en second lieu, que tous les membres du groupe en cause doivent avoir été identifiés à l'intérieur du périmètre défini par la loi, lequel ne peut être étendu ; que les points de passage frontaliers sont précisément définis et rendus publics en application du b de l'article 34 du règlement du Parlement européen et du Conseil du 15 mars 2006 susvisé ; que la zone d'attente n'est créée que pour un délai de vingt-six jours qui ne peut être prolongé ou renouvelé ; que le dispositif critiqué ne peut être mis en œuvre, sous le contrôle du juge compétent, que s'il est manifeste qu'un groupe vient d'arriver en France ; que, dans ces conditions, le législateur a adopté des dispositions suffisamment précises et propres à garantir contre le risque d'arbitraire ; ».

Une circulaire du 17 juin 2011 relative à l'entrée en vigueur de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a été adressée aux préfets pour rappeler ce cadre juridique et souligner que le recours à ce nouveau dispositif ne peut servir que pour faire face à des situations exceptionnelles.

A ce jour, aucune zone d'attente répondant aux spécificités du texte n'a été créée.

Demande d'information (§35, p.22)

La délégation a été informée que la capacité officielle du CRA n° 1 de Paris-Vincennes allait être prochainement réduite de 119 à 60 places. Le CPT souhaite recevoir confirmation que tel a été le cas. (§35, p.22)

La capacité du CRA n°1 de Paris-Vincennes est de 60 places depuis décembre 2010, date à laquelle la fermeture de l'extension provisoire de ce centre a été rendue possible par l'ouverture des centres n°2 et n°3, créés par arrêté interministériel du 22 octobre 2010.

2. Mauvais traitements

Recommandation (§36, p.22)

Le CPT recommande que la direction du centre de rétention administrative de Rouen-Oissel fasse clairement savoir, et rappelle régulièrement, au personnel de surveillance que les comportements méprisants à l'égard des personnes placées en rétention administrative sont inacceptables et seront sanctionnés.

Aucun fonctionnaire du centre de rétention administrative de Rouen-Oissel n'a jamais eu à répondre, ni judiciairement ni administrativement, d'un comportement inapproprié vis-à-vis d'un quelconque retenu. On soulignera qu'un rappel du code de déontologie est effectué systématiquement à tout fonctionnaire prenant ses fonctions au centre et, ponctuellement, aux personnels concernés après tout évènement significatif ayant entraîné des tensions particulières au sein du centre.

Commentaire (§37, p.23)

La délégation du CPT a observé que le personnel de surveillance de Rouen-Oissel (au contraire de celui de Paris-Vincennes) portait de manière visible des matraques télescopiques dans les zones de rétention. De l'avis du Comité, une telle pratique n'est guère propice à l'établissement de bonnes relations entre les surveillants et les personnes retenues.

La doctrine sur l'armement du personnel des centres de rétention administrative est définie dans la note référencée DCPAF/SDR/MOPP n° 09-9313 en date du 15 juin 2009. Celle-ci précise que le bâton télescopique de défense constitue la seule arme portée à la ceinture en permanence par le policier en zone de rétention, zone où le policier est amené à circuler quotidiennement, parfois seul, dans un environnement susceptible de devenir hostile. Les personnels doivent obtenir une habilitation à l'usage de cet armement et suivre les stages de recyclage adéquats.

Les autorités françaises sont très attentives à la qualité des relations qui doivent prévaloir entre les fonctionnaires de police et les retenus, tout en notant que cette préoccupation doit se concilier avec les exigences de sécurité qui rendent nécessaires le port des bâtons télescopiques de défense.

3. Conditions de détention

Recommandation (§42, p.24)

(A la lumière des constatations faites au sein des établissements concernés), le CPT recommande :

1°) dans tous les centres de rétention administrative, de chauffer correctement les locaux par temps froid ;

Il est pris acte de la recommandation et un suivi très attentif des conditions de chauffage sera assuré dans les centres. On relèvera qu'en cas de défaillance inopinée du chauffage, les personnes concernées sont immédiatement relogées dans une zone de rétention correctement chauffée.

2°) aux centres de rétention administrative n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes, de fournir aux retenus des produits d'hygiène personnelle de base durant toute la période de rétention ;

Les retenus reçoivent un kit de toilette comprenant savon, shampoing, gel douche, gel à raser, dentifrice, brosse à dents, peigne et papier toilette. Ces produits sont disponibles en permanence sur simple demande et sans limitation de quantité. Des dispositions sont prises pour éviter, dans toute la mesure du possible, que des ruptures de stock surviennent.

3°) au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel, de veiller à ce que le système d'appel fonctionne dans toutes les chambres et, dans la section pour les hommes, de terminer les travaux de rénovation des chambres et de remplacer les portes endommagées ou manquantes. L'éclairage des annexes sanitaires devrait en outre être revu, afin de le rendre indépendant de celui des chambres.

Les travaux de réfection mentionnés ont été réalisés. Toutes les portes dégradées en zone de rétention ont été changées. A ce jour, seule une porte commandant l'accès à la zone sanitaire doit encore faire l'objet d'un prochain remplacement. Des travaux de modification de l'éclairage des annexes sanitaires seront, par ailleurs, prochainement effectués.

Commentaire (§42, p.24)

De plus, il serait souhaitable que, dans tous les centres de rétention administrative, les personnes retenues disposent dans les zones d'hébergement de meubles pouvant être fermés à clé.

Il est pris acte de ce souhait. Toutefois, les autorités françaises estiment préférable que les valeurs des retenus soient déposées dans des coffres individuels et sécurisés en zone administrative, auxquels leurs propriétaires ont accès constamment sur simple demande faite auprès des fonctionnaires présents. En effet, l'éventuelle mise à disposition des retenus de meubles fermés à clé directement dans leur chambre et dont la clé resterait en leur possession serait susceptible d'entraîner des problèmes de sécurité, tant pour les personnes elles-mêmes que pour les valeurs à protéger : la clé pourrait, par exemple, être égarée, subtilisée ou non restituée.

Recommandation (§43, p.25)

Le CPT recommande que les mesures nécessaires soient prises, au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel, afin de pouvoir augmenter l'accès des personnes retenues à la grande cour extérieure. De plus, il convient d'équiper cette cour et les patios de bancs et de protections contre les intempéries.

Cette demande a particulièrement attiré l'attention des autorités de tutelle des centres de rétention administrative. Toutefois, à ce jour, les travaux nécessaires n'ont pas été programmés en raison de leur coût financier élevé.

Néanmoins, les personnels du centre de Rouen-Oissel ont été sensibilisés et permettent, autant que possible, l'accès à cette grande cour extérieure dès lors que les conditions de sécurité et de surveillance peuvent être assurées. En effet, le centre étant en bordure d'un chemin piétonnier, trois fonctionnaires sont nécessaires dans la grande cour extérieure pour surveiller les retenus. Ces derniers ont donc accès à cette cour, sous cette surveillance, de 10h30 à 11h30 et de 14h00 à 17h00. Le reste du temps, ils ont accès aux patios où des bancs ont été installés après la visite du Comité, quoique sans protection contre les intempéries pour l'instant.

Recommandation (§44, p.25)

Le CPT recommande de développer les activités offertes aux personnes placées au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel et, notamment, de mettre à leur disposition des jeux de société et de la lecture. Plus la durée de rétention d'une personne est longue, et plus les activités proposées doivent être développées.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a formulé des observations identiques s'agissant des activités proposées aux personnes retenues.

Il sera veillé à ce que les retenus puissent bénéficier d'activités récréatives de manière continue et disposent effectivement de jeux de société, de revues ou magazines.

4. Services de santé

Recommandation (§45, p.25)

Vu la capacité officielle totale des trois centres de rétention administrative de Paris-Vincennes, le CPT recommande d'accroître les temps de présence infirmière, en journée, pour ces établissements.

A titre préliminaire, le Gouvernement juge utile de rappeler que les unités médicales implantées dans les CRA ont pour mission, conformément de la circulaire 99-677 du 7 décembre 1999, d'assurer les soins physiques et psychiques des retenus qui doivent être éloignés vers leur pays d'origine. Elles sont constituées d'infirmières et de médecins intervenant dans le cadre de conventions signées entre le préfet du département et un centre hospitalier. Cette prise en charge est inscrite comme une mission de service public des établissements de santé par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires à l'article L.6112-1 du code de la santé publique. Les crédits de fonctionnement correspondants relèvent du Ministère de l'intérieur et sont gérés directement par les préfetures. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté ministériel, et fait, en général, l'objet d'un seul versement annuel.

En outre, et toujours à titre d'indication générale, il n'y a pas lieu de nier que des difficultés de constitution des équipes médicales dans les centres de rétention administratives ont été constatées. Conscients de ces difficultés et soucieux d'y porter remède, la Direction générale de l'offre de soins du Ministère de la santé et le Ministère de l'intérieur mènent actuellement des travaux préparatoires en vue d'actualiser la circulaire du 7 décembre 1999 précitée, de redéfinir les normes applicables et de repenser les financements au regard des besoins spécifiques de la population retenue ainsi que des pathologies somatiques et psychiques propres à cette population. Sur le plan de la santé individuelle, les personnes placées en rétention présentent des besoins de santé spécifiques, du fait de la situation de précarité qui est souvent la leur et dont l'un des aspects est un moindre recours à la prévention et aux soins. Sur le plan de la santé collective, par ailleurs, une attention particulière doit être consacrée aux pathologies transmissibles plus fortement prévalentes que dans la population générale, compte tenu des origines géographiques des personnes concernées (tuberculose, VIH, hépatites) et des risques d'épidémies au sein même du centre de rétention (gale...).

S'agissant des centres de rétention administrative de Vincennes auquel le Comité fait référence, il convient de souligner qu'une présence infirmière y est actuellement assurée 20 heures sur 24, 7 jours sur 7. Une infirmière est présente de 8h30 à 18h30 au centre de rétention administrative n°1, une seconde aux mêmes horaires aux centres n° 2 et 3, et une troisième de 20h30 à 6h30 pour l'ensemble des trois centres.

Il semble malaisé d'accroître davantage encore ce temps de présence infirmière déjà très étendu.

Recommandation (§46, p.25)

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que les personnes retenues au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel puissent avoir accès à un dentiste.

Lorsqu'un retenu souffre d'une affection qui ne peut être prise en charge au sein de l'unité médicale du centre, son accompagnement à l'extérieur vers un spécialiste ou un service spécialisé est toujours possible et mis en œuvre. Tel est en particulier le cas quand des soins dentaires sont absolument nécessaires.

L'attention des équipes du centre de rétention de Rouen-Oissel a été attirée sur cet aspect soulevé par le Comité.

Recommandation (§47, p.26)

Le CPT recommande aux autorités françaises de renforcer la fourniture de soins psychologiques aux ressortissants étrangers placés dans les centres de rétention administrative, de préférence par la tenue régulière dans ces centres de consultations par des psychologues.

La circulaire du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative souligne « *qu'il est recommandé au personnel soignant d'être attentif aux conditions non seulement sanitaires mais aussi psychologiques et/ou psychiatrique de la rétention* ». Attentives à la recommandation du Comité, les autorités françaises jugent toutefois difficilement réalisable à brève échéance l'instauration de consultations psychologiques ou psychiatriques dans l'ensemble des centres de rétention. Elles n'en rappellent pas moins qu'à l'heure actuelle, tout retenu chez lequel un médecin diagnostique un besoin spécifique de ce type est conduit vers des consultations spécialisées à l'extérieur du centre.

Recommandation (§49, p.26)

Le CPT réitère sa recommandation visant à ce que toute personne placée dans un centre de rétention administrative fasse systématiquement l'objet d'un examen médical le jour de son arrivée ou, au plus tard, le lendemain.

La préconisation d'un examen médical systématique pour tout nouvel arrivant au centre de rétention administrative, doit s'apprécier au regard des dispositions de l'article L. 551-2 du CESEDA actuellement en vigueur, selon lesquelles tout étranger retenu « *est informé dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais que, pendant toute la période de la rétention, il peut demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil ainsi que d'un médecin* ».

A cette fin, l'article 18 du règlement intérieur-type, prévu par l'arrêté du 2 mai 2006, mentionne les horaires d'ouverture de l'infirmerie, les permanences, ainsi que les horaires de consultations du médecin. En dehors des horaires affichés et en cas d'urgence, le personnel des centres de rétention peut toujours appeler le centre 15 (SAMU/SMUR), pour une intervention médicale directement dans le CRA. La vocation du service médical des centres de rétention administrative est de poursuivre les traitements initiés avant le placement, de détecter d'éventuelles pathologies incompatibles avec le maintien en rétention et de répondre aux urgences, mais non d'effectuer des bilans de santé des étrangers en instance d'éloignement.

Il est admis, en conformité avec le texte législatif précité, que la consultation médicale a lieu, dans tous les cas, à la demande des personnes retenues et n'est jamais imposée à ces dernières.

Ainsi que les autorités françaises l'ont indiqué à plusieurs reprises au Comité, en particulier dans leur réponse au rapport suivant la visite en Guyane (25 novembre /1er décembre 2008), s'il est impératif de garantir le droit à un examen médical et d'assurer les bonnes conditions de cet examen, il ne paraît pas justifié de le rendre obligatoire, sans demande de l'intéressé, y compris en cas de retour en CRA après refus d'embarquer.

En pratique, cette proposition de consultation est systématiquement faite dès l'arrivée des personnes au centre de rétention administrative, avec pour conséquence pratique que les retenus qui n'y sont pas opposés font en général l'objet d'un examen médical le jour même de leur arrivée ou, au plus tard, le lendemain.

Pour illustration, s'agissant des quatre centres de rétention administrative de Paris, chaque étranger placé en rétention est reçu dans les 24 heures qui suivent son arrivée par l'infirmière qui, au cours d'un entretien de santé, recueille toutes informations utiles à la poursuite d'un traitement ou à la nécessité de présenter l'intéressé à la consultation du médecin. Compte tenu du nombre de retenus accueillis (environ 4 000 par an) et du temps de présence des praticiens (12 demi-journées par semaine pour les quatre centres), l'instauration d'un examen de chaque nouvel arrivant par un médecin apparaîtrait représenter une charge hors de proportion avec le bénéfice sanitaire attendu.

Recommandation (§50, p.27)

Le CPT réitère sa recommandation aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin qu'un examen médical soit systématiquement et immédiatement effectué en cas de retour dans un centre de rétention administrative après la suspension d'une opération d'éloignement en raison de la résistance de la personne concernée.

Lorsqu'une mesure d'éloignement échoue en raison de l'opposition vive de la personne concernée, son examen médical n'est pas systématique. Toutefois, si la personne intéressée en exprime le souhait ou si les fonctionnaires de police l'estiment nécessaire, un examen médical est réalisé dans les plus brefs délais, et au besoin par les praticiens de l'unité médicale d'urgence de l'aéroport de départ.

En ce qui concerne les centres de rétention administrative relevant de la préfecture de police de Paris, il est de pratique constante que la personne retenue soit présentée dès sa réintégration à l'infirmière qui décide, en fonction des éléments de situation, soit de le faire conduire à l'hôpital pour examen médical, soit de l'inscrire à la consultation du médecin le lendemain.

Recommandation (§51, p.27)

Le CPT recommande qu'une fiche ou un dossier médical soit établi pour toute personne placée dans un centre de rétention administrative.

La recommandation de créer un dossier médical pour toute personne placée en CRA est déjà satisfaite en pratique. Pour assurer la continuité des soins, en effet, chaque médecin consigne les informations relatives aux étrangers examinés dans des documents conservés dans le CRA.

5. Autres questions

Recommandation (§52, p.27)

Le CPT recommande aux autorités françaises de poursuivre leurs efforts afin que tous les fonctionnaires de police appelés à travailler dans des centres de rétention, et en particulier les fonctionnaires appelés à avoir des contacts directs avec les personnes placées en rétention, bénéficient de formations (initiale et continues) spécialisées.

Dans le double souci de contribuer à l'uniformisation des pratiques et à la professionnalisation constante des personnels affectés dans les centres de rétention, la direction centrale de la police aux frontières a développé à leur intention d'importants programmes de formation initiale et continue.

En **formation initiale**, le module d'adaptation au premier emploi de 3 semaines, spécifique à la police aux frontières, est suivi par les élèves-officiers et élèves-gardiens ayant choisi une affectation dans cette direction. Il comporte un module au cours duquel il est insisté sur les critères de légitime et de proportionnalité de l'usage de la force employée à l'encontre de la personne éloignée, ainsi que sur les principes d'action sans coup porté.

En **formation continue**, le rappel des règles d'usage de la force et de gestion des conflits relationnels avec toute personne retenue ou éloignée sont systématiquement intégrés aux stages spécifiquement mis en place à la direction centrale de la police aux frontières, parmi lesquels :

- *le stage d'accueil des nouveaux arrivants à la police aux frontières (10 jours)*, obligatoire pour tous les fonctionnaires qui rejoignent la direction. Son contenu varie selon les fonctions occupées par les agents (chefs de service, chefs d'unité actifs, chefs d'unité administratifs, gradés et gardiens, adjoints administratifs). Pour les fonctionnaires actifs, les règles d'usage de la force y sont rappelées dans un module spécifique lié aux gestes techniques en intervention et à la déontologie policière ;
- *les stages relatifs à la garde d'un centre de rétention administrative*, qui comporte deux modules et sont destinés aux personnels chargés de la rétention. Le module n°1, d'une durée de deux jours, expose l'ensemble des règles applicables, y compris celles relatives à l'usage de la force. Le module n°2, développé sur une durée de trois jours, est entièrement consacré au traitement des conflits dans un centre de rétention administrative. Dans ce cadre sont notamment abordées des notions de psychologie relatives à la régulation des relations avec les personnes retenues dans le respect des principes liés à la dignité humaine. S'y ajoute en enseignement portant sur le rôle des personnels sanitaires ainsi que sur les gestes techniques et professionnels d'intervention destinés à prévenir, maintenir ou rétablir l'ordre dans les centres de rétention administrative, dans le respect des règles déontologiques. Ces stages sont régulièrement actualisés pour répondre aux nouveaux impératifs de gestion des centres de rétention administrative. Des malles de formation ont par ailleurs été distribuées à chaque service de formation des zones (relais de la division formation) pour assurer la professionnalisation et le maintien des compétences des gardes au niveau local ;
- *les stages « Actualisation des connaissances des gestes techniques professionnels d'intervention »*, destinés à assurer la remise à niveau permanente des moniteurs en activités physiques et professionnelles de la police aux frontières, auxquels incombe la responsabilité de mettre en œuvre sur le terrain la formation physique et professionnelle. Ces stages constituent un rassemblement annuel qui est l'occasion d'une révision de l'ensemble des malles pédagogiques dans ce domaine.

Recommandation (§54, p.28)

De l'avis du CPT, (les dispositions de la circulaire du 14 juin 2010 encadrant la procédure de mise à l'écart d'un retenu) constituent un développement positif. Toutefois, il importe que le magistrat compétent soit informé également de la fin de la mesure afin notamment de pouvoir contrôler la bonne application de la circulaire susmentionnée.

La circulaire du 14 juin 2010 précise que le procureur de la République doit être systématiquement avisé par le chef du centre de la décision de mise à l'écart. Cette information est essentielle pour permettre au procureur de contrôler la mise en œuvre de cette mesure. Par ailleurs les mesures de mise à l'écart, y compris leur début et leur fin, sont mentionnées sur le registre de la rétention qui peut être contrôlé à tout moment par le juge des libertés et de la détention et le procureur de la République, qui peuvent donc vérifier les conditions de mise en œuvre des mesures de mise à l'écart.

Recommandation (§54, p.28)

De plus, le CPT réitère sa recommandation de tenir dans tous les centres de rétention administrative un registre spécifique (distinct du registre de rétention) des mises à l'écart, et d'y consigner tous les aspects de ces mesures (y compris l'heure à laquelle le magistrat et le médecin ont été informés et, le cas échéant, sont intervenus).

Le seul registre existant actuellement en rétention est celui mentionné à l'article L. 553-1 du CESEDA, qui doit comporter toutes les mentions afférentes aux conditions du placement ou du maintien. Le placement à l'isolement, s'il doit intervenir pour des motifs précisés dans la circulaire précitée du 14 juin 2010, y figure nécessairement.

Pour des raisons d'efficacité et d'effectivité des contrôles sur le fonctionnement des CRA, notamment par le juge des libertés et de la détention ou le procureur de la République, il paraît plus approprié qu'il n'y ait qu'un seul registre, synthétisant toutes les informations prescrites. A l'inverse, la multiplication des registres pourrait être de nature à engendrer un risque d'omission.

Recommandation (§56, p.29)

Le CPT recommande de simplifier et de mettre à jour le règlement intérieur des centres de rétention administrative.

Les autorités françaises prennent note de la demande du Comité de simplifier le règlement intérieur et de l'actualiser, notamment pour tenir compte des dispositions de la circulaire du 14 juin 2010. Un nouveau document-type sera prochainement réalisé.

C. Etablissements pénitentiaires

1. Remarques préliminaires

Demande d'information (§59, p.30)

Le CPT souhaite recevoir des informations sur les premiers bilans concernant la mise en œuvre des décrets n° 2010-1276, n° 2010-1277 et n° 2010-1278 du 27 octobre 2010 pris en application de la loi pénitentiaire.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 est venue confirmer et renforcer la politique antérieurement mise en œuvre pour favoriser les aménagements de peines et les alternatives à l'incarcération. Elle a étendu les possibilités d'aménagement de peine en élevant le seuil des peines concernées (porté de un à deux ans sauf en cas de récidive légale), en assouplissant les critères d'admission à la procédure simplifiée d'aménagement de peine (PSAP) et en créant parallèlement une mesure permettant l'exécution sous surveillance électronique des fins des peines d'emprisonnement (SEFIP).

Trois décrets ont été pris en application de cette loi et sont plus particulièrement relatifs :

- aux procédures simplifiées d'aménagement de peine et à diverses dispositions concernant l'application des peines (décret n°2010-1276);
- à la libération conditionnelle, à la surveillance judiciaire et portant diverses dispositions de procédure pénale (décret n°2010-1277) ;
- aux modalités d'exécution des fins de peines d'emprisonnement en l'absence de tout aménagement de peine (décret n°2010-1278).

Ces décrets ont eux-mêmes été complétés par la circulaire du 10 décembre 2010 relative à la procédure simplifiée d'aménagement des peines (PSAP) et par la circulaire du 10 mai 2011 relative à la surveillance électronique de fin de peine (SEFIP).

Sous l'effet de ces dispositions nouvelles, le développement des aménagements de peine s'est poursuivi et le nombre de bénéficiaires sous écrou a augmenté de près de 47% entre le 1^{er} janvier 2010 (7 292 personnes) et le 1^{er} janvier 2012 (10 693 personnes). Le nombre de bénéficiaires d'un aménagement de peine sous écrou représentait 14,4% des condamnés au 1^{er} janvier 2010 et 18,6% au 1^{er} janvier 2012.

Dans le détail, on observe que :

- *le placement sous surveillance électronique (PSE)*⁵ constitue la mesure d'aménagement de peine sous écrou la plus prononcée (74% au 1er janvier 2012) ;

⁵ Le placement sous surveillance électronique (PSE) est un mode d'exécution d'une peine privative de liberté, en dehors d'un établissement pénitentiaire. La personne placée sous surveillance électronique porte un dispositif électronique (bracelet) et a l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné dans la décision du juge en dehors des périodes fixées par ce dernier. Le respect de la mesure est contrôlé, par le biais du dispositif électronique, par l'administration pénitentiaire au sein d'un pôle centralisateur.

- *la semi-liberté (SL)*⁶, moins utilisée mais en constante progression, représente 17% de ces mesures (1 857 personnes au 1^{er} janvier 2012) ;
- *le placement à l'extérieur (PE)*⁷, représentant 9% des aménagements de peine sous écrou (947 personnes), demeure utilisé de manière marginale ;

Depuis janvier 2011, un dispositif d'évaluation de la PSAP et de la SEFIP a été mis en place par la direction de l'administration pénitentiaire et ces dispositions font l'objet d'un suivi très régulier afin d'identifier les difficultés rencontrées, poursuivre l'accompagnement des services et envisager toute évolution utile à l'amélioration de l'efficacité de ces procédures. L'analyse des premiers résultats révèle que ces dispositions sont en voie d'appropriation rapide par les services pénitentiaires et les autorités judiciaires.

La procédure simplifiée d'aménagement de peine (PSAP) connaît une montée en charge progressive. Cette augmentation résulte des assouplissements apportés par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 quant aux conditions d'éligibilité à cette procédure. Peuvent désormais bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine les personnes détenues condamnées à une ou plusieurs peines d'emprisonnement dont le cumul est inférieur ou égal à 5 ans et dont le reliquat est inférieur ou égal à 2 ans, sauf impossibilité matérielle et si leur personnalité et leur situation le permettent. Cette mesure est initiée par le directeur fonctionnel du service pénitentiaire d'insertion et de probation (DFSPIP) sous l'autorité du procureur de la République et transmise au juge de l'application des peines, chargé de l'homologuer ou de la rejeter et, le cas échéant, d'en assurer le contrôle.

Au cours de l'année 2011, 18 881 dossiers ont été traités par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) dans le cadre de la PSAP, parmi lesquels 2 232 ont fait l'objet d'une proposition aux parquets d'aménagement de peine (12 % des dossiers) et 820 (4,3%) ont effectivement abouti au prononcé d'une mesure d'aménagement. Ces premiers résultats doivent s'interpréter en tenant compte du nombre important de personnes incarcérées en exécution d'une peine d'emprisonnement trop courte pour permettre la mise en œuvre de cette procédure, mais également en tenant de la préférence continuant d'être accordée à la procédure classique d'aménagement (avec débat contradictoire devant le juge d'application des peines).

⁶ La semi-liberté (SL) est une mesure d'aménagement de peine qui permet à un condamné de quitter l'établissement pénitentiaire où il est écroué, pour une durée limitée, afin d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement, une formation professionnelle, un stage ou un emploi temporaire, de participer à sa vie de famille, de subir un traitement médical, ou de s'impliquer durablement dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive en fournissant des efforts sérieux de réadaptation sociale.

⁷ Le Placement à l'extérieur (PE) est une mesure d'aménagement de la peine décidée par les autorités judiciaires, qui permet au condamné, toujours placé sous écrou, d'exercer des activités en dehors de l'établissement pénitentiaire, sous le contrôle de l'administration. Il peut s'agir d'une activité professionnelle, d'un enseignement, d'une formation professionnelle, d'un stage ou d'un emploi temporaire, de sa participation à sa vie de famille, de l'obligation de subir un traitement médical, ou enfin de l'implication durable dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive en fournissant des efforts sérieux de réadaptation sociale.

S'agissant de la **surveillance électronique de fin de peine (SEFIP)**, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a prévu comme principe qu'en l'absence de tout aménagement, les personnes incarcérées en fin de peine (reliquat de 4 mois pour les peines inférieures ou égales à 5 ans) exécuteront le reliquat de leur condamnation sous surveillance électronique en application des articles 723-28 et suivants du code de procédure pénale. Le décret n°2010-1278 du 27 octobre 2010 a prévu l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 de cette mesure, mise en œuvre par le DFSP/IP sous l'autorité du procureur de la République. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif, ainsi que les articulations entre autorité judiciaire et administration pénitentiaire, ont été précisées par la voie d'une circulaire diffusée le 3 décembre 2010.

Une circulaire du 10 mai 2011 a établi un premier bilan d'application de la SEFIP et a incité les parquets, lorsqu'ils n'y avaient pas encore procédé, à élaborer rapidement des instructions générales en concertation avec les SPIP pour la mise en œuvre de cette mesure. Cette circulaire a par ailleurs rappelé que la SEFIP n'était pas un type d'aménagement de peine mais une modalité d'exécution de la peine pour laquelle seuls l'incompatibilité entre la personnalité du condamné et la nature de la mesure ainsi que le risque de récidive pouvaient constituer des obstacles subjectifs à sa mise en œuvre.

Au cours de l'année 2011, 28 876 dossiers ont été traités par les SPIP dans le cadre de la SEFIP, parmi lesquels 5 493 ont fait l'objet d'une proposition aux parquets (19 % des dossiers) et 3 069 ont effectivement abouti au prononcé d'une telle mesure. Parmi les dossiers n'ayant pas été proposés par le SPIP, près de la moitié (49%) est due à une impossibilité matérielle de mise en œuvre de la mesure (notamment en raison d'une fin de peine trop proche).

Demande d'information (§59, p.30)

De plus, le CPT souhaite recevoir des informations sur les mesures prises (ou envisagées) pour mettre en œuvre les recommandations portant sur les alternatives à la détention provisoire contenues dans la Recommandation Rec(2006)13 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (adoptée le 27 septembre 2006) concernant la détention provisoire, les conditions dans lesquelles elle est exécutée et la mise en place de garanties contre les abus.

Dans la recommandation *Rec(2006)13* précitée, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a invité les Etats membres à «*fixer de strictes limites à l'usage de la détention provisoire*» (Préambule, point a) et à «*encourager l'application de mesures alternatives*» à celle-ci (Préambule, point b).

Ladite recommandation précise également que «*Les 'mesures alternatives' à la détention provisoire peuvent comprendre par exemple : l'engagement de comparaître devant une autorité judiciaire selon les modalités prescrites, de ne pas entraver la bonne marche de la justice et de ne pas adopter tel ou tel comportement, même si celui-ci est lié à une certaine profession ou à un certain poste ; l'obligation de se présenter quotidiennement ou régulièrement devant une autorité judiciaire, la police ou une autre autorité ; l'obligation d'accepter la surveillance d'une instance désignée par l'autorité judiciaire ; l'obligation de se soumettre à une surveillance électronique ; l'assignation à résidence, assortie ou non de conditions concernant les heures auxquelles il faut s'y trouver ; l'interdiction de quitter des lieux ou régions spécifiques ou d'y pénétrer sans autorisation ; l'interdiction de rencontrer certaines personnes sans autorisation ; l'obligation de rendre son passeport ou d'autres pièces d'identité ; et l'obligation de produire une caution financière ou autre pour garantir la bonne conduite de la personne durant le procès*».

A titre préliminaire, il y a lieu de relever que, conformément aux dispositions de l'article 137 du code procédure pénale, la liberté de la personne mise en examen ou, en cas de nécessité, la soumission de celle-ci à des mesures alternatives à la détention constituent le principe, et le recours à la détention l'exception. Les motifs légaux de placement en détention provisoire sont strictement énumérés et définis par l'article 144 du code de procédure pénale, auquel la loi n°2007-291 du 5 mars 2007 est venue donner une rédaction encore plus restrictive.

Ces principes étant rappelés, on observe que les principales alternatives à la détention provisoire sont le **contrôle judiciaire** et l'**assignation à résidence sous surveillance électronique** (ARSE).

La **mesure de contrôle judiciaire** est définie à l'article 138 du code de procédure pénale comme une mesure d'astreinte permettant de soumettre un individu à une ou plusieurs obligations dans l'attente de son jugement dès lors qu'il lui est reproché une infraction punie par une peine d'emprisonnement. Les obligations du contrôle judiciaire sont énumérées à l'article 138 du code de procédure pénale et visent les objectifs suivants :

- mesure de sûreté : fixation de limites territoriales avec interdiction d'en sortir, obligation de répondre aux convocations des autorités judiciaires et policières et obligation de remise de passeport,
- prise en charge sociale (mise en œuvre d'un suivi socio-éducatif favorisant la réinsertion) ou médicale (obligation de soins ou de suivi psychologique),
- prévention de la récidive : interdiction de paraître dans certains lieux, d'exercer certaines professions, de conduire des véhicules et obligation d'éloignement de l'auteur de violences conjugales,
- prise en compte des intérêts des victimes : obligation de constituer des cautionnements ou des sûretés personnelles ou réelles.

Par ailleurs, la loi du 24 novembre 2009 a créé une véritable alternative à la détention provisoire, en prévoyant à l'article 142-5 du code procédure pénale la possibilité d'une **assignation à résidence sous surveillance électronique** (ARSE) ou d'une **assignation à résidence sous surveillance électronique mobile** (ARSEM) avec un dispositif de localisation de la personne par GPS.

La loi du 24 novembre 2009 a été complétée, sur ce point, par un décret du 1^{er} avril 2010 et une circulaire du 18 mai 2010.

L'ARSE et l'ARSEM remplacent le contrôle judiciaire sous surveillance électronique créé par la loi du 9 septembre 2002 mais très peu utilisé en pratique.

Ces mesures de surveillance alternatives à la détention provisoire mises en œuvre par le biais d'un moyen électronique ne peuvent concerner que des personnes à qui sont reprochés des délits punis d'au moins deux ans d'emprisonnement. Par ailleurs, selon l'article 142-6 du code de procédure pénale, elles ne peuvent être prononcées qu'à l'issue d'un débat contradictoire avec assistance d'un avocat et en présence du ministère public, comme c'est le cas en matière de détention provisoire.

Similaires dans leur objet, ces deux mesures ne sont toutefois pas équivalentes, dès lors que :

- d'un point de vue technique, la surveillance électronique **fixe** (ARSE) consiste à imposer à la personne mise en examen l'obligation de demeurer à son domicile ou dans une résidence fixée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention et de ne s'en absenter qu'aux conditions et pour les motifs déterminés par ce dernier. Elle ne permet pas la localisation du placé en dehors de ses horaires d'assignation.
- à l'inverse, la mesure d'assignation à résidence sous surveillance **mobile** (ARSEM) implique la localisation permanente de la personne mise en examen et permet ainsi de s'assurer, non seulement qu'elle respecte des horaires d'assignation à son domicile, mais également qu'elle ne se rend pas dans certains lieux qui lui sont interdits. Plus stricte, l'ARSEM ne peut être prononcée que si la personne est mise en examen pour une infraction punie de plus de sept ans d'emprisonnement et pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru.

Ces nouvelles mesures sont désormais régulièrement prononcées. Au 1^{er} janvier 2012, on comptabilisait ainsi 186 ARSE et 9 ARSEM.

Enfin, il y a lieu de noter que les mesures de contrôle judiciaire et d'assignation à résidence sous surveillance électronique obéissent à un **régime juridique identique** en vertu duquel :

- ces mesures ne peuvent être décidées, le cas échéant sur réquisitions du parquet, que par un magistrat du siège (juge d'instruction, juge des libertés ou de la détention, tribunal correctionnel ou chambre de l'instruction) à l'encontre de personnes dans l'attente de leur jugement ;
- les obligations découlant de l'ARSE/ARSEM et du contrôle judiciaire peuvent être modifiées à tout moment, et la mainlevée de ces mesures ordonnée de même ; à défaut, elles prennent fin avec le jugement définitif sur le fond de l'affaire pour être remplacées, le cas échéant, par une mesure alternative à la détention après jugement ;
- ces deux mesures peuvent se cumuler, de sorte qu'une personne placée sous ARSE ou ARSEM peut également se voir imposer une ou plusieurs des obligations du contrôle judiciaire.

Demande d'information (§60, p.31)

Le CPT souhaite recevoir des informations détaillées sur le nouveau programme immobilier pénitentiaire.

Présenté le jeudi 5 mai 2011 par le garde des Sceaux, le nouveau programme immobilier pénitentiaire (NPI) traduit la volonté du gouvernement et du ministère de la justice et des libertés d'augmenter le nombre de places disponibles et de mettre les établissements en conformité avec les critères énoncés par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et par les règles pénitentiaires européennes.

La nouvelle politique immobilière répond à une volonté d'amélioration des conditions de détention et des conditions de travail des personnels. Elle vise à mieux préparer la réinsertion et à prévenir la récurrence. Cette démarche vise également à participer à la prévention des suicides.

Il convient de relever, parmi les projets de construction issus de la loi de programmation, la construction de nouveaux **établissements dédiés aux courtes peines** (ECP), destinés aux personnes détenues déjà incarcérées purgeant une peine de moins de deux ans dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an d'emprisonnement. Il s'agit d'un nouveau concept immobilier porté par la direction de l'administration pénitentiaire qui permet de garantir l'exécution effective des courtes peines et d'individualiser leur exécution. Il permet par ailleurs de favoriser la mise en œuvre et la progressivité du parcours d'exécution de peine de la personne placée sous main de justice destinée à accompagner son retour à la vie libre, notamment sous la forme d'un aménagement de peine.

Ce NPI est un plan de restructuration du parc immobilier pénitentiaire qui vise également à augmenter les capacités d'hébergement de l'administration pénitentiaire afin d'améliorer le **taux de mise à exécution** des peines d'emprisonnement prononcées par les juridictions pénales et d'assurer **l'encellulement individuel** des personnes détenues. Ainsi, d'ici fin 2017, environ 14 280 nouvelles places remplaceront 7570 places vétustes soit un solde net de 6710 places.

La France sera alors dotée de plus de 70 000 places de prison dont plus de la moitié auront été ouvertes après 1990. Par ailleurs, le projet de loi de programmation pour l'exécution des peines prévoit de renforcer le programme pénitentiaire annoncé au mois de mai en fixant un objectif de 80 000 places disponibles en 2017. A ce titre, il est notamment proposé de construire des structures allégées pour les personnes condamnées ne présentant pas de risque de dangerosité ou d'évasion et de renforcer le nouveau programme immobilier.

La priorité de l'administration pénitentiaire s'agissant des nouvelles constructions est de rechercher des sites très proches des grandes agglomérations, afin de bénéficier d'une offre de services indispensable à ce type d'établissement (hôpitaux, police, éducation nationale, réseau associatif dense, offres de logements) et d'une desserte satisfaisante par les transports en communs.

Par ailleurs, le choix des établissements à fermer a été dicté par leur vétusté, leur inadaptation fonctionnelle, sauf à engager d'importants travaux de restructuration, et par l'impossibilité de mettre en œuvre les prescriptions de la loi pénitentiaire et des règles pénitentiaires européennes.

La conception de ces structures met en application les nouvelles normes édictées par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, notamment l'exigence d'encellulement individuel et le développement des offres d'activités dans un objectif de réinsertion de la personne détenue.

Par ailleurs, l'administration pénitentiaire a mené, de sa propre initiative, un vaste retour d'expérience des programmes immobiliers précédents. Un bilan des usages a été effectué sur 16 établissements issus des précédents programmes de construction et des groupes de travail, réunissant des responsables de l'agence publique pour l'immobilier de la justice, de l'administration pénitentiaire et des partenaires externes, se sont réunis régulièrement pendant un an. Ces groupes de travail ont notamment abordé la vie en détention, l'organisation de la journée du détenu, le projet de réinsertion, les activités, les déplacements au sein de l'établissement et la déclinaison des modalités de sûreté. De plus, les services de l'administration pénitentiaire se sont également rendus en Angleterre, en Suède, en Allemagne et en Espagne afin d'étudier leur système pénitentiaire et visiter des établissements récents. Enfin, un cycle d'échanges s'est déroulé régulièrement avec les organisations syndicales depuis dix-huit mois.

Les conclusions de ces échanges fructueux ont été prises en compte dans la rédaction des programmes fonctionnels des futurs établissements qui seront déclinés selon le concept d'établissement à « réinsertion active » qui s'articule autour des axes majeurs suivants :

- Le taux d'encellulement individuel est fixé à 95%. Autrement dit, 95% des détenus seront seuls en cellule.
- Le dimensionnement des unités (40 places = 2x20 places) et des quartiers (160 places soit 4 unités de 40 places) reste à taille humaine afin de maintenir les liens entre surveillants et détenus. Ce dimensionnement a été revu à la baisse par rapport au programme 13200 (de calibrage jusqu'à 210 places par quartier). Par ailleurs des demi-nefs sont prévues ce qui renforcera la lumière naturelle ainsi que la sécurité des détenus et des agents (co-visibilité entre étages). Un soin particulier sera apporté à l'isolation phonique de la cellule, et au traitement des coursives. De plus, des espaces de vie/ détente ouverts sur un coin office sont prévus au sein de chaque unité en régime ouvert.
- Les cours de promenade seront aménagées et comporteront une zone engazonnée et arborée, équipée de mobiliers robustes.
- Le mode de détention sera adapté à la personnalité et à la dangerosité de chaque détenu. La mise en place des nouveaux établissements reposera sur l'évaluation/diagnostic des condamnés et des prévenus à partir d'entretiens faits par les différents intervenants. Les modes de prise en charge seront adaptés à la personnalité, à la dangerosité et à la volonté de réinsertion de chaque détenu. Il est ainsi prévu deux régimes de détention : un régime dit « ouvert » et un régime dit « fermé ». Cette évaluation préalable permettra d'obtenir une population plus homogène au sein des quartiers, et donc une réduction des troubles en détention, tout en étant facteur de réinsertion. Le régime de détention « ouvert » est fondé sur la libre circulation du détenu au sein du quartier, qui reproduit le plus possible les conditions de vie à l'extérieur afin de faciliter la resocialisation.
- La prise en charge des détenus présentant des troubles mentaux sera améliorée avec la création systématique, en accord avec le ministère en charge de la santé, de locaux pour les services de psychiatrie au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).
- La surface des locaux d'activités sera augmentée de 40 % par rapport au programme 13200. A ce titre, il sera construit un pôle dit PIPR « pôle d'insertion et de prévention de la récidive » qui intégrera l'ensemble des locaux d'activités communs à l'établissement (salles d'enseignement, cyberbase, bibliothèque, salle de spectacles, salle polyvalente, des salles d'activités, salle multiculturelle, canal interne). Il est également prévu la construction d'une salle de spectacle et d'une bibliothèque/médiathèque centrale permettant des animations en groupe (en lieu et place de petites bibliothèques). En outre, la construction d'un pôle d'insertion dédié permettra notamment aux détenus de rencontrer des partenaires institutionnels (pôle emploi, CAF, accès au logement...). De plus, chaque quartier sera équipé de locaux socio-éducatifs mis à la disposition de la population pénale, dans lesquels sont organisées des activités (salles d'activités, dont une réservée à la pratique de l'informatique, salle de musculation).

- Le nombre d'unités de vie familiale (UVF) et de parloirs familiaux sera augmenté pour favoriser les rencontres longues et améliorer le maintien des liens familiaux (sur la base d'un ratio d'une unité pour 75 places). Par ailleurs, un effort particulier sera fait pour l'amélioration de la qualité de l'aménagement des parloirs familles et avocats (exigence de lumière naturelle, augmentation des surfaces d'attente, traitement acoustique).
- La sûreté périmétrique de certains sites sera adaptée (absence de miradors, de filins anti-hélicoptères). Dans ces établissements ne seront affectés, par la direction de l'administration pénitentiaire, que des détenus dont la dangerosité pénitentiaire (risque d'évasion ou de troubles au fonctionnement de la détention) aura préalablement été évaluée « à faible risque ».

L'ensemble de ces mesures contribuera, d'une part, à améliorer les conditions de vie des détenus ainsi que les relations à l'intérieur des futurs établissements et, d'autre part, à mieux préparer la réinsertion et à prévenir ainsi la récidive.

Demande d'information (§60, p.31)

Les travaux de rénovation et de mise en conformité aux Règles pénitentiaires européennes sont évidemment à saluer. Le CPT s'interroge cependant sur l'utilité d'un projet visant à accroître en définitive de près de 20 % la capacité totale des établissements pénitentiaires alors que, dans le même temps, des efforts importants sont faits pour développer les mesures alternatives à la détention (voir paragraphe 59). Le CPT souhaite recevoir les remarques des autorités françaises à ce sujet.

L'augmentation de la capacité totale des établissements pénitentiaires et le développement des mesures alternatives à la détention sont des actions complémentaires visant à réduire, d'une part, la surpopulation carcérale et, d'autre part, les délais de mise à exécution de la peine.

Il y a par ailleurs lieu de tenir compte de l'augmentation continue de la population sous écrou. La capacité totale de 80 000 places et 62 000 cellules (à comparer aux 48 000 cellules existant au 1^{er} janvier 2011) prévue à horizon 2017 (NPI et loi de programmation) a été arrêtée sur la base d'une projection statistique d'après laquelle la population sous écrou devrait s'élever, à cette date, à 96 000 personnes dont 16 000 placées sous surveillance électronique (à comparer aux 8 467 personnes bénéficiant d'un aménagement de peine sous écrou au 1^{er} janvier 2011).

2. Mauvais traitements

Recommandation (§62, p.32)

Le CPT recommande que la direction du centre pénitentiaire du Havre rappelle à intervalles réguliers à l'ensemble des membres du personnel de surveillance que leurs interventions doivent être proportionnées et que seule la force strictement nécessaire doit être utilisée pour maîtriser un détenu devenu agressif ou violent. De plus, la direction doit faire montre d'une vigilance accrue dans ce domaine et veiller à assurer dans les zones de détention la présence de surveillants expérimentés, aptes à encadrer de manière appropriée le personnel débutant.

Au centre pénitentiaire du Havre, comme dans tout établissement pénitentiaire, la décision de recourir à la force ressortit à la compétence du chef d'établissement et, par délégations écrites et nominatives, à d'autres personnels de direction, de commandement et d'encadrement. Par ailleurs, toute intervention est supervisée par un personnel de commandement ou d'encadrement, qui renseigne et signe systématiquement un compte rendu d'utilisation de la force dans lequel les motivations et les conditions de l'intervention sont mentionnées.

Lors de sa mise en service, l'établissement comptait une proportion importante de surveillants en primo-affectation. La direction a mis en œuvre des actions de formation et de sensibilisation des personnels d'encadrement afin d'accompagner au mieux les agents d'affectation récente.

Recommandation (§64, p.33)

Le CPT recommande aux autorités françaises d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie concrète pour traiter le problème de l'intimidation et de la violence entre détenus au centre pénitentiaire du Havre, à la lumière des remarques suivantes, formulées au §64 :

« (Le Comité) rappelle également que, pour qu'une stratégie visant à prévenir et/ou régler le problème de l'intimidation et de la violence entre détenus soit efficace, il importe que le personnel pénitentiaire soit formé de manière appropriée pour intervenir lorsque cela est nécessaire. Les programmes de formation initiale et continue du personnel, tous rangs confondus, doivent donc traiter la question de la gestion de la violence entre détenus. Le personnel pénitentiaire doit en outre être en mesure d'exercer son autorité d'une façon appropriée ; dans ce but, les effectifs pénitentiaires doivent être suffisants (de jour comme de nuit) pour que les membres du personnel puissent surveiller comme il convient les activités des détenus et se soutenir mutuellement dans l'exercice de leurs fonctions. »

La commission pluridisciplinaire unique (CPU), qui se réunit chaque semaine, traite de la situation en détention des personnes détenues. Elle permet, par l'échange entre les services et les partenaires intervenant en détention, de repérer et suivre les personnes détenues vulnérables. Par ailleurs, la CPU propose des affectations en détention adaptées au profil des personnes détenues.

La généralisation de l'utilisation du cahier électronique de liaison contenant les observations formulées par les surveillants, les personnels d'encadrement et les partenaires institutionnels facilite également l'identification et le traitement des situations de violences en détention.

3. Détenus soumis à des régimes de détention spéciaux

a) Détenus particulièrement signalés

Recommandation (§66, p.34)

Le Comité recommande aux autorités françaises de revoir la procédure d'inscription au (et de radiation du) répertoire des détenus particulièrement signalés afin de garantir que toutes les décisions d'inscrire et de maintenir l'inscription à ce répertoire soient dûment motivées et communiquées par écrit aux détenus concernés ; cela permettra notamment à ces derniers de faire un usage effectif des voies de recours dont ils disposent contre ces décisions. De plus, la situation de tous les détenus inscrits à ce répertoire doit être réexaminée à intervalles réguliers, au moins tous les six mois. Il importe en outre que les détenus concernés soient entendus dans le cadre de ces procédures.

Une nouvelle circulaire est en cours de finalisation s'agissant des modalités d'inscription, de maintien ou de radiation au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS).

Les décisions de maintien ou d'inscription au répertoire, qui doivent être motivées, sont systématiquement notifiées à la personne détenue qui peut être assistée par un avocat tout au long de la procédure. Les mesures sont prises après organisation d'une procédure contradictoire au cours de laquelle la personne détenue est informée des motifs qui fondent la proposition d'inscription ou de maintien au registre et dispose d'un délai pour préparer sa défense (un délai d'au moins huit jours est préconisé). Les personnes détenues peuvent faire valoir leurs observations par voie écrite ou orale.

La situation de toute personne détenue inscrite au répertoire DPS est réexaminée au moins une fois par année civile.

Commentaire (§66, p.34)

De plus, le cadre juridique régissant l'inscription au répertoire des détenus particulièrement signalés devrait être complété et mentionner expressément les modalités de recours contre les décisions d'inscription (et du maintien de l'inscription) à ce répertoire, d'une part, et l'autorité en charge du réexamen de la situation des détenus particulièrement signalés, d'autre part.

Les décisions de maintien ou d'inscription comportent la mention selon laquelle un recours devant la juridiction administrative peut être exercé dans le délai de deux mois à compter de la notification par application de l'article R 421-1 du code de justice administrative.

Recommandation (§67, p.35)

[Le CPT] recommande de revoir les modalités de la surveillance nocturne des détenus particulièrement signalés, dans tous les établissements pénitentiaires en France. En particulier, l'éclairage des cellules ne devrait être allumé, la nuit, qu'en cas de nécessité avérée.

L'article D. 272 du code de procédure pénale dispose que « *des rondes sont faites après le coucher et au cours de la nuit, suivant un horaire fixé, et quotidiennement modifié, par le chef de détention sous l'autorité du chef d'établissement* ».

La note DAP n° 000350 du 31 juillet 2009 (définition des modalités de surveillance spécifique des personnes détenues) et la note DAP n° 000493 du 15 octobre 2010 (les surveillances spécifiques) viennent préciser les modalités de contrôle des personnes détenues la nuit.

Par construction, les personnes détenues inscrites au répertoire DPS sont considérées présenter un risque d'évasion ou de dangerosité particulier et font l'objet, à ce titre, d'une surveillance spécifique dont les modalités sont arrêtées en commission pluridisciplinaire unique.

Cette surveillance implique la mise en œuvre des modalités suivantes. Chaque ronde de nuit donne lieu à un contrôle visuel de la cellule réalisé au moyen de l'œilleton dans le but s'assurer de la présence de la personne détenue et de la visibilité du barreaudage. En cas de doute, et dans ce cas seulement, les agents sont autorisés à allumer la veilleuse de la cellule le temps strictement nécessaire à leur vérification, et sans qu'il soit demandé à la personne détenue d'effectuer un quelconque mouvement. Les agents ont également pour consigne de signaler sans délai au gradé de nuit tout comportement anormal.

b) Détenus placés à l'isolement sur décision administrative

Recommandation (§71, p.36)

Le CPT recommande aux autorités françaises de repenser la conception des cours de promenade des quartiers d'isolement dans tous les établissements qui seront construits ou rénovés. Ces cours devraient être suffisamment spacieuses et équipées de manière à permettre aux détenus de pratiquer un exercice physique, et non seulement d'arpenter un espace clos.

La mesure de placement à l'isolement s'entend d'une mesure prise par protection ou sécurité. En conséquence, l'article R.57-7-62 du code de procédure pénale dispose que la personne détenue isolée « *ne peut participer aux promenades et activités collectives auxquelles peuvent prétendre les personnes détenues soumises au régime de détention ordinaire, sauf autorisation, pour une activité spécifique, donnée par le chef d'établissement* ».

Ce même article dispose toutefois, en son dernier alinéa que « *la personne détenue placée à l'isolement bénéficie d'au moins une heure quotidienne de promenade à l'air libre* ».

Aux fins de la meilleure application possible de ces dispositions, les cours de promenade des quartiers d'isolement des nouvelles constructions (NPI) seront agrémentés d'une végétation basse et dotés d'équipements sportifs fixes. Par ailleurs, leur surface sera portée à 40 m² et leur nombre augmenté pour atteindre un ratio de 3 cours pour 10 cellules. Lors de la rénovation de sites existants, et dans toute la mesure des possibilités techniques, les standards devront tendre à égaler les exigences du NPI.

Recommandation (§72, p.36)

Le CPT recommande qu'au centre pénitentiaire du Havre, tous les détenus placés dans le quartier d'isolement bénéficient chaque jour, y compris les samedis et les dimanches, d'une heure au moins d'exercice en plein air.

Au centre pénitentiaire du Havre, les détenus placés au quartier d'isolement ont la possibilité de se rendre en promenade deux fois par jour, du lundi au dimanche. Organisées le matin et après-midi, ces promenades peuvent éventuellement être regroupées après accord du chef de détention. Par ailleurs, les détenus placés à l'isolement ont accès à la bibliothèque et à une salle d'exercices physiques, selon des créneaux horaires mentionnés dans le règlement intérieur du secteur.

Recommandation (§73, p.37)

Le CPT appelle les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires en vue de développer les activités, y compris les activités communes, offertes aux détenus placés à l'isolement sur décision administrative.

Comme il a été dit plus haut, si l'article R.57-7-62 du code de procédure pénale prévoit que la personne détenue à l'isolement « *ne peut participer aux promenades et activités collectives auxquelles peuvent prétendre les personnes détenues soumises au régime de détention ordinaire, sauf autorisation, pour une activité spécifique, donnée par le chef d'établissement* », ce même article précise toutefois que « *le chef d'établissement organise, dans toute la mesure du possible et en fonction de la personnalité de la personne détenue, des activités communes aux personnes détenues placées à l'isolement* ».

Le placement au quartier d'isolement (QI) ne constitue pas une mesure disciplinaire et doit en conséquence garantir à la personne détenue le plein exercice de ses droits et lui assurer une prise en charge la plus proche possible du régime applicable en détention « classique ».

Les chefs d'établissement et de SPIP ont la responsabilité d'assurer notamment la mise en œuvre d'activités au sein du QI ou d'associer aux activités proposées à l'ensemble de la détention les personnes placées au QI.

Les activités au QI sont soumises aux mêmes problématiques que le recours aux activités en détention « classique » (intérêt des personnes détenues, coût de l'activité, mobilisation de partenaires proches, configuration des locaux, profil des personnes détenues accueillies...).

Ainsi, la direction de l'administration pénitentiaire est particulièrement attentive à développer l'accès aux activités pour toutes les personnes détenues. Des orientations sont données aux services déconcentrés pour développer l'accès des personnes les plus fragiles aux activités et certaines conventions nationales le prévoient d'ores et déjà.

4. Conditions de détention de la population carcérale générale

a) Conditions matérielles

Demande d'informations (§74, p.37)

Le CPT souhaite recevoir des informations sur le projet de construction du nouvel établissement pénitentiaire à Poissy.

La construction d'une nouvelle prison aux normes actuelles en substitution de la maison centrale de Poissy est prévue dans le cadre du NPI. L'échéance prévue pour sa construction est fixée à l'année 2016.

Commentaire (§74, p.37)

Dans ce contexte, il invite les autorités à augmenter les dimensions des cellules pour les détenus purgeant de longues peines.

La surface des cellules pour les personnes détenues en quartier maison centrale sera augmentée pour atteindre 10,5 m² (au lieu de 8,5 m² pour les cellules en quartier maison d'arrêt et centre de détention).

Recommandation (§74, p.37)

De plus, aussi longtemps que la maison centrale de Poissy sera en service, le CPT recommande de continuer à procéder aux travaux d'entretien courants nécessaires. Des mesures doivent en outre être prises en vue d'assurer que, par temps froid, les cellules et les espaces de vie soient correctement chauffés.

Comme il a été indiqué plus haut en réponse à la demande d'information du Comité (§74), la construction d'une nouvelle prison se substituant à l'actuelle maison centrale de Poissy est prévue d'ici à 2016. Dans l'intervalle, des travaux sont néanmoins prévus afin de maintenir en condition opérationnelle cet établissement. Seront à ce titre réalisés au cours de l'année 2012 le double vitrage et isolation des combles (pour un montant de 200 000 €), la ventilation des douches (72 000 €) et la remise en état de la plomberie des douches (70 000 €).

Recommandation (§75, p.38)

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que tous les détenus de la maison centrale de Poissy disposent d'une quantité suffisante de produits d'hygiène personnelle de base (y compris, le cas échéant, de couches-culottes pour les détenus placés dans l'unité « sanitaire »).

La loi du 24 novembre 2009 rappelle que la lutte contre la pauvreté en détention est un enjeu prioritaire pour l'administration pénitentiaire. Le chef d'établissement pénitentiaire est responsable de la mise en place des actions visant à améliorer les conditions d'existence des personnes sans ressources suffisantes. La mise à disposition mensuelle d'un kit hygiène, mais aussi le versement d'une aide de 20 € par mois à toute personne détenue qui en remplit les conditions d'attribution, répondent à cet enjeu. La personne détenue peut également demander au chef d'établissement pénitentiaire tout produit supplémentaire que sa situation personnelle recommande, à l'inclusion des couches-culottes mentionnées par le Comité.

Commentaire (§76, p.38)

Le CPT invite la direction de la maison centrale de Poissy à vérifier les quantités de nourriture servies aux détenus.

A la maison centrale de Poissy, la restauration est assurée « en liaison froide » par la société EUREST, titulaire du marché jusqu'au 31 décembre 2012. L'établissement est équipé d'une cuisine relais dont l'unique fonction consiste en la remise en température des plats dans des chariots chauffants. Les repas sont conditionnés individuellement dans des barquettes plastiques operculées. Les menus sont élaborés selon un cycle de six semaines et sont affichés en détention, avec une possibilité d'option pour le plat principal. Les livraisons sont effectuées la veille pour le lendemain, sous réserve du stock équivalent à deux services dont l'établissement dispose pour faire face à une éventuelle interruption.

Il incombe par ailleurs au technicien de cuisine d'effectuer un contrôle de qualité des repas et de s'assurer du respect des grammages et de la bonne quantité livrée. Un récent contrôle effectué en octobre 2011 a permis de vérifier le respect des exigences attendues, en particulier pour les 17 personnes détenues bénéficiaient d'un régime alimentaire médical.

Par ailleurs, les personnes détenues peuvent se procurer en achat extérieur de la viande crue, emballée sous vide, des fruits, des légumes et des laitages. L'offre de produits en cantine est ainsi extrêmement diversifiée.

Commentaire (§78, p.38)

(Au centre pénitentiaire du Havre) les dimensions des cellules – 10,5 m² pour les cellules individuelles et 13,5 m² pour les cellules doubles, annexes sanitaires (2 m² environ) comprises – étaient en principe satisfaisantes. Cela étant, (compte tenu de la présence de 242 détenus pour 210 places dans la maison d'arrêt), il était prévu que les cellules individuelles de la maison d'arrêt soient occupées par deux détenus ; de l'avis du CPT, un tel taux d'occupation est acceptable sous réserve que les détenus aient la possibilité de passer une partie raisonnable de la journée, au moins huit heures, hors de leur cellule (voir paragraphe 83).

Les personnes détenues au centre pénitentiaire du Havre ont la possibilité de se rendre en promenade deux fois par jour, sans préjudice de la faculté qui leur est offerte, sur leur demande, de participer aux activités sportives et socioculturelles proposées ou de suivre une activité d'enseignement, de formation professionnelle ou de travail. Le cumul de ces activités permet à la personne détenue qui le souhaite de se trouver hors de sa cellule une large partie de la journée.

Recommandation (§78, p.38)

(Dans les cellules du centre pénitentiaire du Havre occupées par plus d'un détenu) le CPT recommande que les annexes sanitaires soient entièrement cloisonnées.

Faute d'avoir été prévu dans le programme de construction initiale, le cloisonnage intégral des annexes sanitaires ne peut être envisagé que dans le cadre d'une demande de travaux ou de modifications. Sans être hostile au principe d'un tel aménagement, le Gouvernement note qu'aucune norme pénitentiaire ne fixe cette obligation.

Recommandation (§79, p.39)

Le CPT recommande de procéder aux travaux nécessaires afin de maintenir le centre pénitentiaire du Havre dans un bon état d'entretien. Des mesures doivent en outre être prises en vue d'assurer que les locaux soient correctement chauffés par temps froid.

Tous les incidents et dysfonctionnements constatés doivent faire l'objet d'un signalement. Localement, des réunions hebdomadaires et mensuelles doivent permettre de régler les désordres constatés. Des audits sont programmés pour évaluer les fonctions entretien et maintenance.

S'agissant de la question du chauffage, le programme fixe une température de référence dans les cellules de 19°C. Outre les signalements, des mesures sont faites trimestriellement sur un échantillon correspondant à 20% des locaux afin de vérifier le respect de cette norme de température.

Demande d'informations (§80, p.39)

Le CPT souhaite savoir si une solution a pu être apportée au problème de la qualité des repas servis aux détenus du centre pénitentiaire du Havre.

Localement, des mesures ont été décidées pour améliorer le taux de prise des repas en favorisant certains aliments (par exemple : plus de gratinés, moins d'abats).

Au niveau national, un audit est mené depuis 2011 sur la fonction de restauration dans les établissements pénitentiaires en gestion déléguée, notamment aux fins d'établir des critères d'évaluation de l'offre alimentaire (qualité des produits, des menus, des grammages et des animations). Cet audit débouchera sur un plan d'actions ayant vocation à être mis en œuvre au niveau interrégional et national.

b) Régime de détention

Commentaire (§81, p.39)

Le CPT encourage la direction de la maison centrale de Poissy à poursuivre ses efforts en vue d'augmenter les activités rémunérées proposées aux détenus. Il serait également souhaitable d'étoffer l'offre de formations professionnelles.

S'agissant, en premier lieu, des **activités rémunérées**, le Comité voudra bien noter qu'en moyenne sur l'année 2011, 62 % des personnes détenues à la maison centrale de Poissy (soit 140 personnes sur 225) exerçaient chaque mois une activité rémunérée. En moyenne toujours, les effectifs se répartissaient de la manière suivante :

- 30 personnes détenues étaient employées dans les ateliers pour le compte de concessionnaires privés (conditionnement, assemblage) ;
- 30 personnes détenues travaillaient pour le compte du SEP RIEP (numérisation d'archives sonores et photographiques) ;
- 53 personnes détenues étaient employées au service général (nettoyage, maintenance) ;
- 21 personnes détenues accomplissaient une formation professionnelle rémunérée (cuisine, pâtisserie, hôtellerie) ;
- 6 personnes détenues travaillaient pour le compte d'une association.

Des durées d'attente de classement au travail très variables sont constatées à la maison centrale de Poissy, qui dépendent essentiellement des postes sollicités (déjà pourvus, pour lesquels une attente est à prévoir ou à pourvoir immédiatement). Toutes choses égales par ailleurs, le fait que cet établissement accueille en majorité des détenus accomplissant de longues peines a pour conséquence mécanique que les personnes détenues classées sur un poste ont vocation à l'occuper de façon durable. Il en résulte une disponibilité des postes par le jeu des rotations bien moindre que dans d'autres établissements, notamment les maisons d'arrêt.

Les relevés de commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) ont été examinés pour l'année 2010. Cet examen révèle des durées d'attentes variables, allant d'une journée pour un poste d'auxiliaire « sport » (CPU du 2 mars 2010) à onze mois pour un classement à un poste d'opérateur en atelier (CPU du même jour).

Toutefois, il convient d'apporter un tempérament à ce constat, dès lors que les personnes détenues peuvent solliciter simultanément plusieurs classements au travail et bénéficier de classements consécutifs sur différents postes. En pareil hypothèse, les périodes d'attente doivent ainsi s'apprécier en tenant compte du fait qu'une personne sollicitant son classement sur un poste donné peut occuper un autre poste jusqu'à ce que sa demande initiale soit satisfaite.

S'agissant, en second lieu, de la de la **formation professionnelle**, il y a lieu de rappeler l'existence à la maison centrale de Poissy d'une filière de formation professionnelle rémunérée centrée sur les métiers de bouche, de l'hôtellerie et de la restauration. L'offre de formation comprend un CAP cuisine, un BEP hôtellerie option cuisine et un CAP pâtisserie, à quoi s'ajoute une « plateforme de remobilisation » centrée sur les métiers de bouche.

Ce type de formations qualifiantes et relativement longues (de 8 à 10 mois) est particulièrement adapté au profil « longue peine » des personnes détenues à la maison centrale de Poissy.

Enfin, des agents du « service de l'emploi pénitentiaire / régie industrielle des établissements pénitentiaires » (SEP-RIEP) organisent des sessions d'adaptation à l'emploi sous la forme d'ateliers de formation au traitement du son et de l'image et à la restauration de films.

L'effectif total prévu en 2012 pour ce dispositif de formation est de 204 personnes, pour un volume horaire annuel de 35 090 heures.

Recommandation (§83, p.40)

Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les efforts entrepris au centre pénitentiaire du Havre en vue d'étoffer le programme des activités proposées aux détenus soient vigoureusement poursuivis. L'objectif devrait être d'assurer que tous les détenus (prévenus et condamnés) puissent passer une partie raisonnable de la journée hors de leur cellule, occupés à des activités motivantes et variées (travail, formation professionnelle, études, sport et loisirs).

S'agissant des **activités rémunérées**, il apparaît qu'en moyenne sur l'année 2011, environ 44% des personnes détenues au centre pénitentiaire du Havre (soit 272 personnes sur 613 au total) exerçaient chaque mois une activité rémunérée, et cela selon la répartition suivante :

- 94 détenus (dont 28 en quartier maison d'arrêt et 66 en quartier centre de détention) employés dans les ateliers pour le compte de concessionnaires privés, essentiellement dans les domaines de l'emballage et de la confection ;
- 83 détenus (dont 31 en quartier maison d'arrêt et 52 en quartier centre de détention) employées au service général ;
- 23 détenus accomplissant une formation professionnelle rémunérée ;
- 72 détenus du quartier maison d'arrêt effectuant diverses activités, selon un régime de travail non précisé.

En outre, le dispositif de **formation professionnelle** mis en place dans cet établissement se révèle varié, avec une prédominance des formations relativement courtes (236 heures en moyenne) concernant un effectif prévisionnel élevé (255 personnes prévues). Ces formations, essentiellement dispensées dans les domaines du magasinage, du bâtiment et de la restauration, comprennent également une « plateforme métiers ». Elles représentent au total un horaire prévisionnel total de 53 900 heures pour l'année 2012.

En outre, 8 400 heures de formation non rémunérées, destinées à 1090 personnes, sont programmées pour l'année 2012. Ces formations ont pour objet, l'engagement dans un dispositif de définition de projet, la mise en œuvre d'une démarche HACCP⁸ ou encore l'accomplissement de stages en entreprise (actions de remobilisation et bilans d'évaluation et d'orientation de la personne détenue).

⁸ Hazard Analysis Critical Control Point, Analyse des risques pour la maîtrise du point critique

Demande d'informations (§84, p.41)

Le CPT souhaite recevoir des informations détaillées sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du projet pédagogique, et en particulier du programme d'activités, pour les mineurs détenus au centre pénitentiaire du Havre.

Début décembre 2011, les sept mineurs détenus au centre pénitentiaire du Havre étaient scolarisés et bénéficiaient en moyenne de 14 heures de cours hebdomadaires.

Depuis la visite du Comité, deux groupes de niveaux ont été constitués aux fins d'organiser les activités d'enseignement.

Le programme pédagogique comporte, en premier lieu, un volet d'enseignement général correspondant à un volume horaire hebdomadaire de 10h30 et se décomposant de la manière suivante :

- *Mathématiques et Français* (en binôme) le lundi matin (3h) ;
- *Arts plastiques et Informatique* (en binôme) le mercredi matin (3h) ;
- *Histoire et Géographie* (par groupe) le vendredi matin (3h) ;
- *Education physique et sportive* (EPS) le samedi après midi (3h) ;

S'y ajoute un second volet consacré à la découverte professionnelle et au projet d'insertion des mineurs détenus, représentant un total de 3 à 4 heures hebdomadaires et s'articulant autour des activités suivantes :

- *Un atelier de découverte* par groupe organisé, par alternance entre les groupes, durant 2h le lundi après midi et durant 3 heures le jeudi après midi. La différence de durée entre ces deux ateliers résulte de la disponibilité des créneaux réservés aux mineurs pour l'utilisation des locaux spécifiques et/ou des terrains de football et du gymnase, sans mixité avec les détenus majeurs). Un renouvellement régulier de chaque groupe est réalisé dans le but d'égaliser pour chacun le volume horaire total de cette activité. Par ailleurs, les mineurs ne souhaitant pas participer aux activités à caractère sportif se voient proposer des entretiens avec la conseillère d'orientation sur le même créneau horaire ;
- *Des entretiens individuels de définition du projet professionnel et d'insertion* menés avec la conseillère d'orientation et psychologue intervenant au centre deux demi-journées par semaine (lundi après midi et mardi) matin. Il est veillé à ce que chaque mineur bénéficie au moins d'une heure d'entretien hebdomadaire.

Enfin, l'équipe pédagogique recherche actuellement un intervenant supplémentaire afin d'étoffer son offre de d'enseignement général, idéalement par l'introduction de cours d'anglais permettant aux mineurs de présenter dans les meilleurs conditions possibles les épreuves du Diplôme National du Brevet, série professionnelle.

5. Services de santé

Recommandation (§88, p.42)

A la lumière des (des constatations faites dans les deux établissements visités), le CPT recommande :

1°) à la maison centrale de Poissy, de pourvoir les postes vacants de psychologues et d'infirmiers et de renforcer les temps de présence des psychiatres. Une présence infirmière devrait en outre être assurée sept jours sur sept ; si nécessaire, les effectifs en personnel infirmier devraient être renforcés ;

De manière générale, la gestion des effectifs relève de la compétence de la direction des établissements de santé, en fonction des orientations stratégiques qui sont définies dans le projet d'établissement. Les dotations sont accordées aux pôles de soins en fonction de ces priorités. Selon les nouvelles règles de gestion, il est délicat de porter une appréciation objective sur la situation des postes dits « vacants », dans la mesure où le suivi des effectifs s'effectue en masse salariale. Les bureaux de gestion de ressources humaines continuent à élaborer des tableaux d'emplois, comme outil de travail, mais ils ne constituent plus des documents opposables ou à faire approuver par les instances de l'établissement. Enfin, la situation des effectifs doit être également appréciée au regard de l'organisation des unités, de la formation et de l'expérience des équipes soignantes. En ce sens, elle ne concerne que très indirectement la question des droits des patients et de la protection des libertés publiques et il n'y a pas sur ce sujet de différence avec la situation générale dans les établissements de santé.

Nonobstant cette remarque d'ordre général, on peut constater que les postes d'infirmiers à la maison centrale de **Poissy** sont globalement pourvus ; le protocole signé entre l'hôpital de rattachement et l'établissement pénitentiaire organise la continuité des soins : il est fait appel au centre 15 en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA.

La présence insuffisante de psychiatres témoigne, en revanche, d'une difficulté réelle à fidéliser le corps médical en milieu carcéral. Des mesures ont été mises en place pour faciliter le recrutement des médecins, parmi lesquelles l'attribution d'une indemnité aux psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur activité sectorielle et de liaison (arrêté du 28 mars 2007) et des incitations à ouvrir des postes d'internes dans les UCSA.

2°) au centre pénitentiaire du Havre, de pourvoir les postes vacants de médecins généralistes, d'addictologues, de psychiatre, de dentiste et d'infirmiers, et de revoir le temps de présence du technicien en radiologie.

S'agissant du centre pénitentiaire du Havre, une consultation supplémentaire de gastro-entérologie est assurée depuis le mois de septembre par des médecins spécialistes. Les emplois en personnel infirmier sont par ailleurs tous pourvus. Enfin, l'activité du technicien en radiologie est ciblée sur la radiologie conventionnelle, cependant que des examens d'imagerie médicale sont effectués à l'hôpital lorsque la prescription implique l'utilisation d'un appareillage spécifique et la présence d'un médecin radiologue.

Recommandation (§89, p.42)

Le CPT recommande que, dans tous les établissements pénitentiaires, des mesures soient prises en vue d'assurer que, par temps froid, les locaux des unités de soins et de consultations ambulatoires soient correctement chauffés.

Tous les locaux des UCSA sont actuellement pourvus d'un système de chauffage opérationnel. Toutefois, au vu de la vétusté de certaines installations, des difficultés ponctuelles de maintien en températures peuvent apparaître. Pour y remédier, des travaux sont réalisés régulièrement afin de corriger les défaillances constatées.

Dans les établissements en gestion déléguée, des objectifs de performance sont par ailleurs assignés aux titulaires du marché et font l'objet de contrôles périodiques.

Commentaire (§89, p.42)

De plus, il serait souhaitable qu'à la maison centrale de Poissy, l'unité de soins et de consultations ambulatoires dispose d'un cabinet pour les consultations psychiatriques.

Cette demande sera étudiée en lien avec le centre hospitalier de rattachement.

Demande d'informations (§91, p.43)

La prise en charge sanitaire des personnes détenues était régie par un guide méthodologique du ministère de la Santé et du ministère de la Justice du mois de septembre 2004. Suite aux nombreuses modifications législatives intervenues depuis cette date en matière pénitentiaire et sanitaire, le CPT souhaite savoir s'il est prévu de mettre à jour ce guide méthodologique.

Elaboré en 1998 et actualisé en 2004, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues fait actuellement l'objet d'une nouvelle révision.

Ce travail de mise à jour a été confié à un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère de la santé et associant les directions compétentes de ce même ministère, ainsi que la direction de l'administration pénitentiaire (DAP). La version actualisée du guide méthodologique devrait être finalisée dans le courant du 1^{er} semestre 2012.

Recommandation (§92, p.43)

Le CPT recommande qu'au centre pénitentiaire du Havre, le personnel infirmier délivre quotidiennement les traitements aux détenus.

La délivrance des médicaments ne peut être assurée que par le personnel de santé, pour des raisons de qualité des soins et de respect du secret médical. En principe, les traitements peuvent être délivrés en cellule, dans toute la mesure où les conditions d'organisation et de sécurité du personnel infirmier le permettent.

En l'espèce, cependant, il est exact que les traitements substitutifs sont délivrés aux personnes détenues à l'UCSA, essentiellement pour des raisons de sûreté et de disponibilité des personnels infirmiers.

Le Gouvernement convient que cette situation n'est pas satisfaisante mais souligne qu'un dialogue est actuellement en cours entre l'administration pénitentiaire et les services compétents du Ministère en charge de la santé sur les conditions de délivrance des médicaments et la nécessité d'y procéder quotidiennement, en particulier lorsque ces médicaments sont délivrés à des personnes fragiles, susceptibles de présenter un risque suicidaire. Ce dialogue a également pour but de garantir que soient organisées des permanences sanitaires de fin de semaine dans les établissements qui n'en disposent pas à l'heure actuelle.

Commentaire (§93, p.43)

Des mesures devraient être prises, au centre pénitentiaire du Havre, en vue d'assurer que les détenus qui le souhaitent puissent contacter le personnel de santé sans intermédiaire.

Compte tenu de la configuration des bâtiments, la procédure en cours au sein du centre prévoit que les personnes détenues souhaitant consulter un professionnel de santé en formulent la demande sur papier libre ou sous enveloppe cachetée qu'elles remettent au surveillant. Ce dernier dépose les demandes dans la boîte aux lettres de l'UCSA dont seuls les personnels soignants ont les clés.

En outre, il y a lieu de souligner que des bornes informatiques sont mises à la disposition des personnes détenues, par la voie desquelles ces derniers peuvent prendre rendez-vous directement auprès des structures sanitaires. L'administration pénitentiaire n'a pas accès aux informations échangées par la voie de tels dispositifs.

Enfin, en cas de demande urgente, la personne détenue dispose toujours de la faculté de se signaler auprès du personnel pénitentiaire qui prend alors contact avec le service médical et recueille auprès de ce dernier les indications quant aux suites à réserver à cette demande.

Recommandation (§95, p.44)

Dans les deux établissements visités, les dossiers médicaux étaient conservés dans les locaux des UCSA, accessibles uniquement au personnel de santé. A la maison centrale de Poissy, le secret médical était appliqué de manière tellement stricte que des détenus n'avaient pas accès aux informations médicales contenues dans leurs propres dossiers médicaux. Une telle pratique est contraire au droit d'être informé sur son état de santé, posé notamment par l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique. Le CPT recommande d'y mettre fin.

A titre préliminaire, il convient de rappeler que les dossiers médicaux sont créés et renseignés par les personnels de santé et que l'administration pénitentiaire n'a pas à en connaître la teneur.

L'accès de la personne détenue aux informations médicales qui concernent son état de santé se fait par l'intermédiaire du dossier médical qui lui est remis en mains propres par le médecin.

Il suffit donc au détenu d'obtenir un rendez-vous médical pour avoir un plein accès à son dossier.

Demande d'informations (§96, p.44)

Le CPT souhaite savoir quelles mesures ont été prises en vue de concilier le principe du secret médical et les exigences de l'administration pénitentiaire dans le cadre de la mise en œuvre d'outils de partage d'informations pluridisciplinaires.

Dans les établissements de **Poissy** et du **Havre**, le cahier électronique de liaison (CEL) a été mis en place par l'administration pénitentiaire. Les éléments couverts par le secret médical ne peuvent en aucun cas y figurer. Les données partagées peuvent être saisies par les professionnels de l'administration pénitentiaire, sous réserve de l'information et de l'accord de la personne détenue concernée. Les réunions de la commission pluridisciplinaire unique (CPU) se tiennent en présence d'un cadre de santé. Au centre pénitentiaire du Havre, notamment, la psychologue participe aux réunions de la CPU des mineurs.

Plus largement, des mesures d'ordre législatif, règlementaire et technique ont été prises au niveau national en vue d'opérer la conciliation à laquelle fait référence le Comité :

- L'article L. 6141-5 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008, prévoit, dans les cas où il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de l'établissement pénitentiaire, que les personnels soignants sont tenus de le signaler et de transmettre, dans le respect du secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.
- Le décret portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE) n° 2011-817 du 6 juillet 2011 encadre l'utilisation du cahier électronique de liaison (CEL) dans le respect des dispositions du principe du secret médical.
- Dans l'application des peines insertion et probation (APPI), les données de type médical sont répertoriées dans l'étape 4 d'un module d'évaluation intitulé « diagnostic à visée criminologique » (DAVC). Elles sont renseignées au travers de propositions prédéfinies dans des menus déroulants en fonction des déclarations de la personne placée sous main de justice. Le choix de menus déroulants et non de champs de saisie libre permet d'éviter la saisie de données subjectives ou d'informations couvertes par le secret médical.
- La rubrique relative à la compatibilité de la situation médicale de l'intéressé avec la prise en charge du SPIP est remplie sur la base d'une appréciation des personnels d'insertion et de probation. Ces éléments sont ensuite visualisés par le magistrat mandant qui peut y adjoindre des commentaires, des avis ou des décisions.

- Le recueil de ces informations se fait conformément à l'article R. 57-4-3 du code de procédure pénale qui précise : « *Est autorisé l'enregistrement de données de la nature de celles mentionnées au I de l'article 8 de la loi du 6 janvier 1978 lorsque ces données ont été recueillies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation à la demande des autorités judiciaires pour l'évaluation de la situation de la personne suivie et qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre des dispositions relatives à l'application des peines* ». Ce traitement n'a donc pas vocation à laisser apparaître des données médicales précises mais bien de permettre d'évaluer les modalités de prise en charge liées au suivi d'une mesure et qui sont nécessaires à l'individualisation de la peine.
- Un champ commentaire est présent dans la partie « évolution » qui permet de compléter le DAVC initial en cas d'évolution de la situation de la personne suivie. Y figurent des éléments significatifs sur le suivi de la personne en adéquation avec la délibération du 14 janvier 2010, dans laquelle la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) indiquait que « *s'agissant des données 'sensibles', la commission observe que les données considérées sont susceptibles d'être utilisées pour évaluer la pertinence de l'octroi ou non de telle ou telle mesure liée à l'application d'une peine et considère qu'elles font partie des éléments d'information nécessaires à l'individualisation de la peine* ».

Par ailleurs, un groupe de travail interministériel associant la direction de l'administration pénitentiaire et la direction générale de la santé s'est réuni durant plusieurs mois en vue de parvenir à l'adoption d'une circulaire conjointe santé-justice ayant pour objet :

- d'une part, de préciser les modalités selon lesquelles les professionnels de santé exerçant au sein des établissements pénitentiaires sont appelés à participer à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) de ces établissements, comme le prévoit l'article D.90 du code de procédure pénale ; à cet égard, la circulaire vise à harmonisation des pratiques dans le respect des domaines de compétence et cadres d'intervention respectifs des professionnels de santé et des professionnels de l'administration pénitentiaire ;
- d'autre part, à organiser et encadrer le partage d'informations entre les professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse, notamment via le dispositif du cahier électronique de liaison (CEL) ;

Cette circulaire conjointe, dont la rédaction est en voie de finalisation, devrait être publiée dans le courant du premier trimestre de l'année 2012.

Demande d'informations (§97, p.44)

(A la date à laquelle le CPT a effectué sa visite), il existait de très nombreux formats de dossiers médicaux, ce qui rendait difficile le suivi des détenus/patients, en particulier lorsque ces derniers étaient transférés. A cet égard, le CPT a pris note qu'en application de l'article 54 de la loi pénitentiaire, il était prévu de constituer un dossier médical unique pour chaque personne détenue, et ce, au plus tard à la fin de l'année 2011. Le CPT souhaite recevoir confirmation que ce dossier médical unique a été créé.

A ce jour, le dossier médical unique (en version papier) n'est pas généralisé, et sa forme électronique reste à concevoir.

La création d'un dossier médical unique pour chaque personne détenue, sous un format électronique, est en effet en cours d'étude. Le dossier somatique devrait en être le pivot, auquel seront agrégées les données de psychiatrie. Dans le cadre du *Plan d'actions stratégiques 2010-2014* « *Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* », l'action 10.2 prévoit de doter les UCSA des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations. Une étude de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) est actuellement en cours, dont les premiers éléments révèlent que les difficultés portent notamment sur la transmission sécurisée des informations présentant un caractère confidentiel et sur l'interfaçage des systèmes (données somatiques, psychiatriques et pénitentiaires).

Recommandation (§98, p.44)

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin que les consultations spécialisées dans les hôpitaux de proximité puissent avoir lieu dans des délais raisonnables.

Les retards d'accès aux consultations spécialisées peuvent admettre des causes de deux ordres.

Du côté de l'offre de soins, tout d'abord, des difficultés ponctuelles de recrutement dans certaines spécialités, mais aussi, parfois, la nécessité de recourir à un diagnostic préalable dans un autre hôpital que celui auquel est rattaché l'établissement pénitentiaire, peuvent concourir à allonger le délai d'accès à une consultation spécialisée.

Des dispositions sont néanmoins prises pour raccourcir ces délais. Ainsi, le groupe hospitalier du Havre a mis en place des créneaux horaires spécifiques de consultations pour accueillir les personnes dans de meilleures conditions de sécurité et dans des délais plus courts.

Des dysfonctionnements peuvent également survenir **au sein des établissements pénitentiaires** qui, s'ils ont normalement connaissance des dates de rendez-vous et s'organisent pour les assurer, peuvent parfois être confrontés à des difficultés de constitution des escortes telles qu'elles les contraignent à reporter le rendez-vous.

Le suivi et la mesure de ce phénomène sont assurés localement et font l'objet de vérifications systématiques lors des contrôles de fonctionnement des établissements pénitentiaires opérés par le service d'inspection de la direction de l'administration pénitentiaire. Des recommandations sont alors formulées pour en réduire la fréquence.

Recommandation (§100, p.45)

Le CPT appelle les autorités françaises à amender sans tarder les normes régissant les extractions médicales (transport, escorte et garde) des personnes détenues, à la lumière des considérations suivantes, formulées aux §§ 99 et 100 :

« (...) le CPT est très préoccupé par l'absence d'amélioration des conditions dans lesquelles se déroulaient les transferts et les soins prodigués en milieu hospitalier extérieur. En dépit des recommandations qu'il a formulées de longue date, les dispositifs de sécurité mis en place sont apparus, dans nombre de cas, disproportionnés et non conformes à la déontologie médicale. En particulier, il ressort des informations recueillies durant la visite que la majorité des détenus étaient menottés et entravés lors des extractions médicales. De surcroît, les dispositifs de sécurité (moyens de contrainte et présence de membres de l'escorte) étaient souvent maintenus lors des consultations médicales/interventions chirurgicales – parfois même lorsque le personnel de santé s'y opposait. A titre d'exemple, un détenu de la maison centrale de Poissy a allégué avoir fait l'objet d'une coloscopie, menotté et (contre l'avis du médecin) en présence de quatre membres des forces de l'ordre, dans une salle d'hôpital dénuée de fenêtre et ne disposant que d'une porte d'accès ; un autre détenu du même établissement a indiqué être toujours menotté aux poignets, entravé aux chevilles et placé sous la surveillance de quatre membres de l'escorte durant les examens/soins médicaux (extraction d'une dent et échographie des testicules, par exemple).

Ces dispositifs de sécurité étaient systématiquement appliqués aux détenus ayant le statut de DPS. Ils visaient cependant également de nombreux autres détenus, et certains d'entre eux refusaient des extractions médicales pour ne pas avoir à se soumettre à de telles mesures.

Le CPT reconnaît la nécessité de prendre convenablement en compte les considérations de sécurité. Toutefois, le principe de confidentialité exige que les examens et les soins médicaux soient pratiqués hors de l'écoute et – sauf demande contraire du médecin dans un cas donné – hors de la vue du personnel d'escorte (pénitentiaire ou de police). Pour préserver la confidentialité des examens et des soins médicaux, il est essentiel que toutes les structures de soins susceptibles d'accueillir des détenus disposent d'une pièce adéquate désignée à cet effet. Cette pièce devrait, entre autres, être sécurisée, c'est-à-dire être un lieu aménagé de manière à limiter les risques d'évasion ; cela permettrait de parer aux problèmes de sécurité. 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 que du point de vue clinique ; en dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel de santé. »

Les mesures de contrainte applicables lors du transfert et du séjour à l'hôpital des personnes détenues ont été précisées par une circulaire du Ministère de la justice du 18 novembre 2004. Celle-ci prévoit notamment « *qu'il appartient au chef d'établissement, en considération de la dangerosité de la personne détenue pour autrui ou lui-même, des risques d'évasion, et de son état de santé, de définir si la personne détenue doit ou non faire l'objet de moyens de contrainte et d'en préciser leur nature* ».

En ce qui concerne la consultation médicale, il est prévu trois niveaux de surveillance selon le profil et la personnalité de la personne détenue. Ce n'est que dans les cas où la personnalité du détenu et ses antécédents font craindre un risque de fuite ou de violence que le chef d'établissement peut envisager que la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyen de contrainte lorsque cela se justifie au regard des risques encourus. Il est par ailleurs précisé dans la circulaire que le dispositif de sécurité mis en œuvre doit être appliqué sans perturber l'exercice des soins prodigués au malade détenu.

Le Conseil d'Etat a validé les dispositions de cette circulaire, sous réserve que l'état de santé de la personne détenue soit prise en compte lors des extractions hospitalières et, qu'en toute hypothèse, la confidentialité de la relation entre le détenu et le médecin soit assurée.

Cette exigence a été rappelée par le Comité consultatif national d'éthique. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) exige, pour sa part, que les soins reçus par les personnes détenues soient dispensés de manière adéquate et respectueuse de leur dignité.

Enfin, il convient de souligner que les questions relatives à la sécurité et à la confidentialité des soins sont abordées au niveau local dans le cadre du comité de coordination santé-justice. Les modalités d'organisation des extractions hospitalières y sont en particulier examinées. La concertation entre l'établissement de santé, le médecin responsable de l'examen médical, et le chef de l'établissement pénitentiaire, permet de tenir compte des prescriptions médicales. Ce dossier est aussi régulièrement inscrit à l'ordre du jour de la commission régionale Santé-Justice. La réunion de ces instances permettent aux services pénitentiaires et de santé d'arrêter des mesures concrètes propres à garantir le respect des droits des patients, et de nature aussi diverse que l'installation des stores occultants, la sensibilisation des professionnels aux particularités de la prise en charge des personnes détenues, ou encore le rappel auprès des personnels de certaines obligations telles que la fermeture obligatoire des portes des chambres lors de la dispensation des soins.

Demande d'informations (§101, p.45)

Lors des entretiens de fin de visite, la délégation a été informée que des discussions étaient en cours en vue de répartir les missions de transferts des détenus vers les/des structures hospitalières entre les forces de l'ordre et les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Le CPT souhaite recevoir des informations détaillées et mises à jour à ce sujet.

Historiquement, la responsabilité du transfert des personnes détenues vers un établissement hospitalier incombait aux forces de police et de gendarmerie.

En décembre 2006, il a été décidé d'expérimenter la prise en charge par l'administration pénitentiaire, à compter du 1er avril 2007, des missions exercées par la police et la gendarmerie dans les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) de Marseille et de Toulouse. Une mission d'audit de modernisation a également été mise en place, qui a rendu ses conclusions au mois de juillet 2007. En 2009, l'UHSI de la Pitié Salpêtrière a été concernée dès son ouverture par ce dispositif, étendu ultérieurement aux UHSI de Lyon (septembre 2010), de Lille (avril 2011) puis de Bordeaux et de Nancy (19 septembre 2011).

A l'heure actuelle, la prise en charge des transferts par l'administration pénitentiaire est applicable à l'ensemble des UHSI en fonctionnement, ainsi qu'aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Au sein de ces unités, les personnels pénitentiaires ont pour mission la garde et l'escorte des personnes détenues sur les plateaux techniques des hôpitaux, le transfert des personnes détenues entre les établissements pénitentiaires et les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), la sécurité périmétrique des locaux de l'unité hospitalière et le contrôle des accès.

Toutefois, en cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée ou présentant un risque d'atteinte grave à l'ordre public, les forces de sécurité intérieure sont appelées à prêter leur concours à l'escorte pénitentiaire.

Hors ces hypothèses, les gardes lors des hospitalisations restent de la compétence des forces de sécurité intérieure, conformément aux dispositions de l'article D 394 du code de procédure pénale.

Aucune évolution de ce dispositif n'est prévue à brève échéance.

Demande d'informations (§102, p.46)

A l'évidence, l'unité dite sanitaire de la maison centrale de Poissy ne disposait pas des infrastructures et des équipements adaptés, ni des ressources en personnel nécessaires pour répondre aux besoins des deux détenus à mobilité fortement réduite qui y étaient hébergés au moment de la visite. Dans ces circonstances, de l'avis du CPT, l'état de santé de ces deux détenus ne semble guère compatible avec leur détention dans cet établissement. Il souhaite recevoir les remarques des autorités à ce sujet.

S'agissant de la situation particulière évoquée par le Comité à la maison centrale de **Poissy**, certains aménagements ont été effectués pour tenir compte de l'état réduit de mobilité des deux détenus concernés, cependant que le médecin de l'UCSA se prononce de façon régulière sur la compatibilité de leur état de santé avec leur maintien en détention. Des solutions alternatives sont recherchées par les administrations pénitentiaire et sanitaire ainsi que par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France, qui pourraient prendre la forme d'une prise en charge provisoire par l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Fresnes ou par la passation d'une convention d'accueil avec des structures adaptées.

Plus généralement, le Gouvernement entend souligner que l'accueil et la prise en charge des personnes à mobilité réduite en milieu carcéral fait l'objet d'une attention particulière de la part de la direction de l'administration pénitentiaire. Ainsi, afin d'assurer un hébergement et des conditions de vie en détention plus adaptés, un guide technique a été élaboré pour un aménagement type des cellules accueillant de tels détenus. Un programme d'accessibilité dans les anciens établissements pénitentiaires est également en projet dans la continuité de la loi de 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'un des axes de travail consiste à adapter la prise en charge de ces personnes à leur situation de dépendance, en leur fournissant des aides analogues à celles qui leur seraient accessibles en milieu libre. Ainsi, en complément de la prise en charge médicale assurée dans chaque établissement pénitentiaire par une équipe hospitalière, l'intervention de services extérieurs de maintien à domicile ou de tierces personnes est développée, si nécessaire.

Ces mesures sont enfin mises en œuvre sans préjudice des dispositions légales permettant de prononcer, pour raisons médicales, des mesures de suspension de peine au bénéfice des personnes détenues présentant un état de santé incompatible avec le maintien en détention. De manière générale, la direction de l'administration pénitentiaire encourage la pleine application de ce dispositif quand la situation de dépendance lui apparaît durablement incompatible avec la détention. Ces décisions sont initiées par les services médicaux opérant au sein des établissements pénitentiaires et ordonnées par le juge d'application des peines.

6. Autres questions

a) Ressources en personnel

Commentaire (§103, p.46)

Il serait souhaitable de pourvoir les [huit] postes vacants de surveillants [sur 180] à la maison centrale de Poissy.

Les postes vacants sont pourvus par des procédures d'affectation des personnels qui permettent normalement de couvrir les besoins. Des vacances peuvent transitoirement résulter de difficultés à pourvoir les postes, notamment dans les établissements et régions les moins attractives du point de vue des personnels. Des procédures d'affectation de jeunes fonctionnaires permettent alors généralement de combler le besoin.

Le Gouvernement a par ailleurs l'honneur d'indiquer au Comité qu'aucun poste de surveillant n'est vacant à ce jour à la **maison centrale de Poissy**.

Recommandation (§104, p.47)

Le CPT recommande d'accroître de manière significative l'effectif en personnel de surveillance au centre pénitentiaire du Havre.

Un audit sur les effectifs a été réalisé en octobre 2011 par la direction de l'administration pénitentiaire qui a fixé les besoins de fonctionnement à 182 ETP de surveillants ce qui correspond à l'organigramme de référence. L'effectif est donc adapté aux contraintes et exigences de cette structure. Cet effectif de référence est aujourd'hui couvert à 94 % par 171 surveillants. Le différentiel entre l'organigramme de référence et les effectifs disponibles sera réduit avec l'arrivée des surveillants de la 181^o promotion dont la prise de fonction est prévue en février 2012.

Par ailleurs, une réorganisation interne est engagée visant à mutualiser certains postes, adapter les cycles de travail et réduire l'absentéisme de façon à optimiser l'emploi des ressources réelles affectées sur cet établissement.

b) Discipline

Demande d'informations (§105, p.47)

Le CPT souhaite savoir si (dans le cadre des règles et garanties fixées par le nouvel article 726 du code de procédure pénale, ainsi que par le décret en Conseil d'Etat du 23 décembre 2010 pris pour son application) les personnes détenues à l'encontre desquelles une procédure disciplinaire a été engagée ont la possibilité de citer des témoins à décharge et de faire contre-interroger des témoins à charge.

Les personnes détenues peuvent solliciter l'audition de témoins à charge ou à décharge. La circulaire du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures précise que « *si la personne détenue fait une telle demande, elle doit être consignée sur la procédure disciplinaire* ». Le président de la commission de discipline apprécie en opportunité si leur audition est utile à la manifestation de la vérité. Les témoins sont interrogés par le président de la commission de discipline en présence de l'avocat de la personne détenue. Le président peut poser les questions soulevées par la personne mise en cause ou son avocat au témoin qu'il auditionne. Les déclarations des témoins sont portées à la connaissance de la personne détenue mise en cause qui peut réagir en formulant les observations qu'elle estime utiles.

Commentaire (§106, p.48)

La réduction de la durée maximum de la mise à l'isolement en cellule disciplinaire (résultant de la modification de l'article 726 du code de procédure pénale) est à saluer. Toutefois, de l'avis du CPT, cette durée est encore trop longue.

La question de la durée des sanctions de cellule disciplinaire a donné lieu à de nombreux débats au parlement français lors de l'élaboration de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Le législateur français a souhaité abaisser la durée maximale de placement en cellule disciplinaire tout en conservant des sanctions dont la durée soit suffisamment dissuasive afin d'éviter la commission d'actes graves.

Recommandation (§106, p.48)

Le CPT rappelle en outre que toute forme d'isolement de mineurs peut compromettre leur bien-être physique et/ou mental. En conséquence, une telle mesure doit être considérée comme très exceptionnelle et ne pas durer plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire. De surcroît, les mineurs placés à l'isolement doivent bénéficier d'un soutien socio-éducatif et de contacts humains appropriés pendant la durée de la mesure. Le CPT recommande de tenir compte de ces principes lorsqu'une mesure de placement en cellule disciplinaire est envisagée ou prononcée à l'encontre de mineurs.

Les dispositions du décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 tiennent pleinement compte des principes évoqués par le Comité.

Le **caractère exceptionnel** de la sanction de cellule disciplinaire est pleinement garanti par le fait qu'une telle sanction ne peut être prononcée qu'à l'encontre des mineurs de plus de 16 ans et uniquement pour les fautes les plus graves. Ne sont ainsi concernées que 11 parmi les 40 fautes que prévoit le code de procédure pénale. Sont essentiellement concernés des faits de violence ou qui compromettent la sécurité des personnes ou de l'établissement, ou constituent des menaces. Les quanta maximaux de cette sanction sont abaissés à sept et cinq jours. Le mineur placé en cellule disciplinaire conserve le bénéfice de l'accès à l'enseignement et à la formation. Le soutien socio-éducatif est assuré par les personnels de la protection judiciaire de la jeunesse qui continuent à le rencontrer et à le suivre pendant la durée d'exécution de la sanction. La sanction n'emporte aucune restriction à son droit de recevoir les visites de sa famille et, de manière plus générale, de toute personne participant à son éducation et à son insertion.

Recommandation (§108, p.48)

Le CPT recommande de prendre les mesures nécessaires afin de garantir que, dans tous les établissements pénitentiaires, les détenus bénéficient réellement d'une heure au moins de promenade quotidienne, et de préférence davantage s'agissant des mineurs.

L'article D.359 du code de procédure pénale prescrit que tout détenu doit pouvoir effectuer chaque jour une promenade d'au moins une heure à l'air libre.

L'article R57-7-45 du même code prévoit que les personnes placées en cellule disciplinaire bénéficient d'au moins une heure quotidienne de promenade individuelle dans une cour dédiée à cet effet.

Ces dispositions sont applicables aux mineurs détenus.

Demande d'informations (§108, p.48)

De plus, le CPT souhaite savoir si les détenus placés en quartier disciplinaire sont autorisés à recevoir de la lecture.

Les personnes détenues ont le droit de lire en cellule disciplinaire. La circulaire du 9 juin 2011 susvisée précise les modalités d'exercice de ce droit. Les personnes détenues peuvent se faire remettre les différents ouvrages qu'elles détiennent dans leur cellule ou leur vestiaire. Elles se voient proposer un choix de livres, journaux et périodiques parmi les ouvrages de la médiathèque. Elles continuent à recevoir les journaux, revues et publications auxquels elles étaient abonnées avant le prononcé de la sanction. Enfin, cette sanction n'emportant aucune restriction à leur droit de correspondance, elles continuent à recevoir leur courrier en cellule disciplinaire.

Recommandation (§109, p.49)

Le CPT recommande 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 soient visités chaque jour par un membre du personnel de santé.

La liste des personnes détenues au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales. Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 du code de procédure pénale, les médecins visitent sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine, et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin. La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé, le médecin adresse un avis à l'autorité pénitentiaire sur l'opportunité de mettre fin à la mesure d'isolement. Toutes les visites du médecin font l'objet d'une mention au dossier médical.

c) Fouilles de sécurité

Demande d'informations (§110, p.49)

(Compte tenu des règles et garanties fixées par la loi pénitentiaire et par le décret n°2010-1634 pris modifiant le code de procédure pénale), le CPT souhaite recevoir des précisions sur les dispositions prises afin que les fouilles de sécurité soient effectuées dans des conditions qui préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine, y compris dans le cadre d'investigations corporelles internes. A cet égard, il souhaite recevoir copie des éventuelles circulaires et/ou consignes en la matière adoptées à la suite de l'entrée en vigueur de la loi pénitentiaire et de ses décrets d'application.

La circulaire du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues précise les conditions dans lesquelles les fouilles doivent être réalisées.

A ce titre, elle prévoit et rappelle notamment :

- que les personnes détenues peuvent être fouillées uniquement par des agents de leur sexe et dans des conditions qui préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ;
- que toute fouille intégrale doit être effectuée dans un local réservé à cet effet, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes (propreté, température), et hors la vue de toute autre personne que les agents ayant en charge la mesure ;
- que, dans l'hypothèse où les contraintes architecturales ne permettraient pas de disposer d'un local de fouille individuel, la personne détenue faisant l'objet d'une fouille intégrale doit être isolée du reste de la population détenue, mais aussi des agents, au moyen d'un système mobile de séparation ;
- que les investigations corporelles internes relèvent d'une décision de l'autorité judiciaire, sont exclusivement de la compétence du personnel médical et ne peuvent pas être réalisées par un médecin exerçant au sein de l'établissement pénitentiaire.

Une copie de cette circulaire est fournie en annexe à la présente réponse pour la parfaite information du Comité.

Demande d'informations (§111, p.50)

Bien que le Conseil d'Etat ait considéré que l'article 57 de la loi pénitentiaire était d'application immédiate (ordonnance n° 339259 du 20 mai 2010), les détenus faisaient encore au moment de la visite systématiquement l'objet d'une fouille intégrale après les parloirs, dans les deux établissements visités. Cette pratique paraît peu conforme au texte de l'article 57 de la loi pénitentiaire ; le CPT souhaite recevoir les remarques des autorités françaises à ce sujet.

L'article 57 de la loi de 2009 et les articles R. 57-7-79 à R. 57-7-82 du code de procédure pénale énoncent les critères de **nécessité** et de **proportionnalité** au regard desquels les différents types de fouilles (fouilles par palpation, fouille intégrale, investigations corporelles internes) peuvent être pratiquées. Ces dispositions précisent également que seules peuvent justifier de procéder à une fouille la présomption d'une infraction ou le risque que le comportement d'une personne détenue est susceptible puisse nuire à la sécurité des personnes ou au maintien du bon ordre dans l'établissement.

Si la référence au principe de nécessité a pour conséquence de mettre fin aux fouilles systématiques, elle n'interdit pas pour autant le recours aux mesures de fouille chaque fois que nécessaire. La fouille intégrale demeure une pratique professionnelle essentielle concourant à la sécurité des établissements pénitentiaires.

A l'occasion des contacts avec l'extérieur (notamment lors des parloirs), il existe par nature un risque de danger potentiel pour la sécurité des personnes et le bon ordre de l'établissement, du fait de la possible introduction d'objets ou de substances prohibés ou dangereux à l'intérieur de l'établissement. Dans ces circonstances, et dans le respect des principes ci-dessus énoncés, il n'est pas anormal que les mesures de fouille intégrale soient plus fréquemment ordonnées à l'issue des passages au parloir qui s'effectuent dans l'immense majorité des cas sans aucun dispositif de séparation.

d) Moyens de contrainte

Demande d'informations (§112, p.50)

Le CPT souhaite savoir si des circulaires et/ou des instructions ont été adoptées pour préciser l'article R. 57-7-83 du Code de procédure pénale (moyens de contrainte). Le cas échéant, il souhaite en recevoir copie.

Le décret n° 2011-980 en date du 23 août 2011 règlemente les conditions de l'acquisition, de la détention et de la conservation d'armes par l'administration pénitentiaire en vue de leur remise à ses personnels pour l'exercice de leurs missions.

Il définit les armes que l'administration pénitentiaire peut acquérir, détermine les missions pour lesquelles ses personnels sont autorisés à les porter, fixe le régime des autorisations et prévoit la formation des personnels à leur maniement. Il précise également les modalités de transport et de stockage des armes acquises par l'administration pénitentiaire.

La circulaire relative à l'usage de la force et des armes dans l'administration pénitentiaire est en cours d'actualisation. Elle a pour objet :

- de déterminer les catégories d'armement et les matériels de sécurité dont sont dotés les agents de l'administration pénitentiaire,
- d'en rappeler les conditions de stockage, de renouvellement, de suivi et de port ;
- de fixer les conditions d'usage de la force et des armes en fonction des missions ;
- de déterminer les conditions de la formation des agents en la matière.

Par ailleurs, les dispositions applicables au sein des établissements de santé habilités à recevoir des personnes détenues ont été précisées par trois notes dont le Comité voudra bien trouver copie en annexe à la présente réponse. Ces trois notes sont les suivantes :

- Note DAP n° 000278 du 3 novembre 2011 : « UHSI – Harmonisation des pratiques relatives à l’armement des personnels dans les UHSI ayant repris les missions de garde et de sécurité » ;
- Note DAP 000179 du 27 juin 2011 : « UHSA – Préparation des ouvertures, fiche relative à l’armement et à l’usage de la force et des armes » ;
- Note DAP n°00001 du 2 janvier 2012 : « EPSNF – Usage des armes à feu ».

Recommandation (§113, p.51)

Le CPT recommande qu’au centre pénitentiaire du Havre, des mesures soient prises en vue de garantir que le personnel de surveillance fasse un usage proportionné et strictement nécessaire des moyens de contrainte.

Conformément aux dispositions de l’article 803 du code de procédure pénale, les personnels pénitentiaires n’ont recours aux moyens de contrainte, en l’occurrence aux menottes, que lorsque la personne détenue est considérée soit comme dangereuse pour autrui ou pour elle-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite.

L’article D. 283-3 du code de procédure pénale dispose, en outre, que, sur ordre du chef d’établissement, les moyens de contrainte peuvent être utilisés s’il n’existe pas d’autre possibilité pour maîtriser une personne détenue, l’empêcher de causer des dommages, ou prévenir toute atteinte à elle-même ou à autrui.

Par ailleurs, l’article R 57-7-83 du code de procédure pénale précise les conditions d’usage de la force et des moyens de contrainte dans les termes suivants : « *les personnels pénitentiaires ne doivent utiliser la force envers les personnes détenues qu’en cas de légitime défense, de tentative d’évasion, de résistance violente ou par inertie physique aux ordres donnés, sous réserve que cet usage soit proportionné et strictement nécessaire à la prévention des évasions ou au rétablissement de l’ordre* ».

Dans les exemples cités, le Gouvernement n’a pas connaissance d’éléments laissant à penser que les personnels soient intervenus autrement que dans le strict respect de ces dispositions.

Recommandation (§113, p.51)

Le CPT recommande également que, dans tous les établissements pénitentiaires, tout recours à des moyens de contrainte soit consigné dans un registre spécifique, avec indication des moyens utilisés, des motifs et de la durée d’utilisation ainsi que de la personne ayant ordonné ou autorisé l’utilisation de ces moyens.

Le recours aux moyens de contrainte est consigné sur des formulaires individuels : la fiche de suivi d’extraction et la fiche de mise en cellule disciplinaire.

Les formulaires précisent la nature des moyens de contrainte utilisés, les circonstances et horaires de leur emploi, et l’identité de la personne ayant pris la décision d’y recourir.

e) Contacts avec le monde extérieur

Commentaire (§116, p.52)

Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts en matière d'implantation d'unités de vie familiale dans les établissements pénitentiaires.

L'article 36 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 ouvre l'accès aux unités de vie familiale (UVF) et aux parloirs familiaux (PF) à toutes les catégories de personnes détenues.

Leur objet principal étant le maintien ou la reconstruction des liens familiaux dans un objectif de réinsertion, toute personne détenue doit pouvoir bénéficier à sa demande d'au moins une visite trimestrielle dans une UVF ou un PF, et cela pour une durée tenant compte de l'éloignement du visiteur. Pour les prévenus, ce droit s'exerce sous réserve de l'accord de l'autorité judiciaire compétente.

Ces dispositifs ont vocation à être mis en place au sein des établissements pour peines aussi bien que dans les maisons d'arrêt.

Dans ce cadre, un premier travail a été mené au cours du 1^{er} trimestre 2011 afin d'identifier, pour chaque établissement pénitentiaire existant, la faisabilité et le coût de construction de tels équipements.

La réalisation de ce programme se déroulera en trois vagues successives, dont la première concernera par priorité les établissements pour peines non encore équipés. Les études de faisabilité et études de maîtrise d'œuvre correspondantes sont programmées sur l'année 2012 à hauteur de 3,7 M€ d'autorisations d'engagement.

La fin de réalisation prévisionnelle est prévue en 2016.

Demande d'informations (§117, p.52)

Comme l'avaient annoncé les autorités françaises après la visite de 2006, le droit de téléphoner, y compris pour les prévenus, a été inscrit dans la loi pénitentiaire. Il s'agit là d'un développement positif. Toutefois, l'article 39 de la loi pénitentiaire prévoit que les prévenus doivent « dans tous les cas » obtenir l'autorisation de l'autorité judiciaire. Le CPT rappelle qu'aux termes des Règles pénitentiaires européennes, les prévenus doivent être autorisés à communiquer avec leur famille et d'autres personnes dans les mêmes conditions que les détenus condamnés – sauf dans les cas où une autorité judiciaire a « dans un cas individuel, prononcé une interdiction spécifique pour une période donnée » (Règle 99). Lors de la visite, la délégation a été informée que l'accès au téléphone deviendrait effectif, pour les prévenus, après l'entrée en vigueur du décret d'application de la loi pénitentiaire. Ce décret ayant été publié à la fin du mois de décembre 2010, le CPT souhaite recevoir confirmation que, dans tous les établissements pénitentiaires, les personnes prévenues peuvent avoir accès au téléphone conformément aux remarques qui précèdent.

L'article R. 57-8-21 du code de procédure pénale, issu du décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010, dispose que le magistrat en charge du dossier de la procédure peut autoriser un prévenu à téléphoner aux membres de sa famille ainsi qu'à d'autres personnes en vue de préparer sa réinsertion. Ce magistrat peut refuser, suspendre ou retirer à une personne prévenue l'autorisation de téléphoner à un membre de sa famille, par décision motivée et notifiée à l'intéressé par tout moyen.

Afin de répondre à cette nouvelle faculté, 222 points de téléphones supplémentaires ont été installés par le prestataire SAGI au cours de l'année 2011.

Vingt-six établissements doivent encore être équipés au premier trimestre 2012 pour permettre à l'ensemble des prévenus de téléphoner. Toutefois, dans ces structures non encore équipées, tout est mis en œuvre pour que le prévenu qui le souhaite puisse téléphoner (organisation et facilitation des mouvements).

Par conséquent, l'administration pénitentiaire est en mesure de confirmer qu'au 1^{er} janvier 2012, l'ensemble des prévenus peut avoir accès au téléphone sous réserve de l'accord de l'autorité judiciaire.

Demande d'informations (§118, p.52)

Le CPT ne saisit pas la nécessité, pour des besoins de sécurité, d'exiger des personnes détenues qu'elles fournissent une facture des titulaires des numéros de téléphone qu'elles désirent appeler. Il souhaite savoir si, suite à la publication du décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire, la circulaire du 13 juillet 2009 relative à l'usage du téléphone par les personnes détenues condamnées est toujours en vigueur. Dans l'affirmative, il souhaite être informé des motifs de l'exigence susmentionnée imposée aux détenus.

La circulaire du 13 juillet 2009, toujours en vigueur, a été complétée par la circulaire du 9 juin 2011.

Par conséquent, chaque personne détenue condamnée, qui souhaite téléphoner, transmet au chef de l'établissement dans lequel elle est écrouée une liste nominative et limitative de numéros de téléphone.

Un justificatif, ou une facture des titulaires des numéros de téléphone qu'elle désire appeler, peut lui être demandé par le chef d'établissement afin qu'il puisse contrôler l'adéquation entre l'identité annoncée du correspondant et le numéro que la personne détenue souhaite inscrire parmi les numéros qu'elle est autorisée à appeler.

Il convient toutefois de tenir compte de la différence entre la situation en établissement pour peine et en maison d'arrêt. Le contrôle des listes de numéros de chaque personne détenue en établissement pour peines est systématique et préalable.

En maison d'arrêt, la rotation étant plus importante, les demandes de justificatifs se font au cas par cas, et le cas échéant, a posteriori, sauf nécessités liées à la sécurité des personnes et au bon ordre de l'établissement pouvant justifier par exception un contrôle a priori et systématique.

Demande d'informations (§119, p.53)

Dans les deux établissements visités, la délégation a recueilli des plaintes concernant la cherté des appels téléphoniques. En particulier, à la maison centrale de Poissy, le coût de ces appels aurait considérablement augmenté suite à l'installation, récente, d'un nouveau système tarifaire. De l'avis du CPT, le tarif des communications téléphoniques applicable en milieu carcéral devrait être comparable aux prix pratiqués en milieu libre. Le CPT souhaite recevoir les remarques des autorités françaises sur cette question.

Il est exact qu'à plusieurs reprises, l'opérateur téléphonique prestataire (France Télécom) a révisé à la hausse son tarif « publiphone ». Les cabines téléphoniques installées dans les établissements pénitentiaires par le prestataire SAGI relèvent de cette catégorie d'installations et sont donc soumises à ces révisions tarifaires.

A cet égard, il convient de noter que le prestataire se rémunère sur le prix de vente des communications téléphoniques aux personnes détenues, et non sur des fonds publics gérés par l'administration pénitentiaire comme dans le cadre d'un marché public classique. Le prix de référence qu'il applique est obligatoirement indexé sur les prix publics, sur lesquels l'administration pénitentiaire ne dispose d'aucune influence.

Cela étant, le contrat liant SAGI à la DAP permet un financement des appels par les détenus dans des conditions plus favorables que celles qui prévalent hors établissement puisqu'une réduction de 15% est appliquée par l'opérateur par rapport aux tarifs « publics » des cabines téléphoniques installées en France.

f) Informations sur les droits

Demande d'informations (§120, p.53)

Des délégués du Médiateur de la République assuraient en outre régulièrement des permanences à Poissy et au Havre. Le Défenseur des droits ayant succédé au Médiateur de la République à compter du 1er mai 2011, le CPT souhaite savoir si cette nouvelle autorité indépendante tiendra des consultations dans les établissements pénitentiaires.

Des délégués du Défenseur des droits interviennent à la maison centrale de Poissy ainsi qu'au centre pénitentiaire du Havre dans le cadre de leur mission de médiation avec les services publics.

Demande d'informations (§120, p.53)

De plus, le CPT souhaite savoir si un dispositif de consultations juridiques gratuites a été mis en place dans tous les établissements pénitentiaires, conformément à l'article 24 de la loi pénitentiaire.

Des points d'accès au droit existent dans la plupart des établissements pénitentiaires depuis plus de quinze ans.

Ils ont pour objectifs d'apporter aux personnes détenues des informations juridiques intéressant divers domaines (logement, travail, famille, succession...), de les accompagner dans leurs démarches juridiques ou administratives et, le cas échéant, de faciliter les conditions dans lesquelles elles peuvent saisir les délégués du Défenseur des droits.

Les personnes peuvent bénéficier de permanences d'un agent d'accès au droit et/ou d'une consultation juridique gratuite (avocat, notaire ou huissier) pour des situations personnelles, à l'exception de l'affaire pour laquelle elles se trouvent incarcérées ou des procédures dans lesquelles un avocat est déjà constitué.

g) Expression des détenus

Demande d'informations (§121, p.53)

La délégation a en outre été informée qu'une réflexion sur le droit d'expression collective des personnes détenues était en cours au sein de l'Administration pénitentiaire. Un rapport à ce sujet, demandé en octobre 2009, avait été déposé en 2010 ; plusieurs « propositions et pistes d'actions pour une mise en œuvre formalisée du droit d'expression des personnes détenues » y étaient énoncées. Le CPT souhaite recevoir des informations sur les suites que les autorités françaises envisagent de donner à ce rapport.

A la suite du rapport de février 2010 relatif au droit d'expression collective des personnes détenues, une expérimentation a été menée sur le plan national dans dix établissements pénitentiaires pilotes représentant l'ensemble des régions pénitentiaires. Le rapport rendant compte de cette expérimentation et de ses enseignements pour l'avenir est actuellement à l'étude par la direction de l'administration pénitentiaire.

D. Etablissements psychiatriques

1. Remarques préliminaires

2. Mauvais traitements

Recommandation (§130, p.56)

[Compte tenu des allégations de mauvais traitements qu'il a recueillies, et eu égard à la priorité que constitue pour les autorités françaises la lutte contre la maltraitance en milieu hospitalier] le CPT recommande qu'il soit clairement et régulièrement rappelé à l'ensemble des personnels soignants de l'UMD Henri Colin et des unités fermées de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'EPSM Val de Lys-Artois qu'aucune forme de violence (qu'elle soit de nature physique ou verbale) à l'encontre de patients ne sera tolérée. Tout membre du personnel qui a connaissance de ce type d'agissement doit le signaler par les voies appropriées.

En outre, le dispositif de formation ayant trait à la prévention et à la gestion des situations à risque et aux techniques appropriées de contrôle manuel des patients hétéroagressifs et/ou agités doit être renforcé dans ces deux établissements.

A l'issue de ses visites dans les établissements autorisés en psychiatrie, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a souligné le besoin d'une meilleure qualification des équipes soignantes à la prévention des situations de violence. Le dispositif de tutorat des infirmiers nouvellement en exercice en psychiatrie répond à ce besoin. Il a été initié dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et a fait l'objet d'un accompagnement financier important : 25 M€ par an ont été alloués aux ARS à ce titre. La formation a été mise en œuvre par appels à projets lancés auprès des établissements de santé. Un rapport d'évaluation de l'impact de cette formation a été remis en 2010 au Ministre de la santé. Les auteurs ont souligné les effets très positifs du tutorat dans le processus de professionnalisation du soignant. Il a permis aux infirmiers d'acquiescer de l'assurance et de développer leurs compétences à partir de l'analyse de leurs pratiques.

La démarche de tutorat a été intégrée dans le programme de formation des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) mis en place depuis septembre 2009. Le déroulement des stages intégrés à la formation s'en inspire : le maître de stage et l'élève infirmier investissent un processus d'analyse des pratiques et des savoir-faire identique à celui du binôme tuteur/tutoré. Le tutorat sera également pris en compte dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) qui fait partie des dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » et constitue une obligation pour tous les professionnels de santé. Il est prévu de l'inscrire dans l'arrêté du Ministre de la santé fixant les orientations du DPC.

Par ailleurs, dans le cadre de la certification des établissements, le manuel de certification Haute Autorité de Santé (HAS) retient la prévention de la maltraitance et la promotion de la « bientraitance » comme critère 10a. La certification est l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Dans ce cadre, il est demandé aux établissements d'organiser les modalités de signalement des cas de maltraitances, d'intégrer la promotion de la bientraitance dans les projets d'établissements, et mettre en œuvre des actions de sensibilisation des professionnels.

Les très rares interventions pour contenir les patients se font dans le cadre d'une prescription médicale et selon un protocole respectant les recommandations de la HAS et préalablement agréé par les instances de l'établissement, et notamment par la Commission médicale de celui-ci. Ces interventions sont justifiées par la pathologie grave dont souffrent ces patients, à l'origine de troubles sévères du comportement qui n'ont pu être améliorés. Une formation a été mise en place à **l'UMD H. Colin** afin de prévenir l'hétéro-agressivité des patients et de protéger les agents si elle survient malgré tout. Les agents de l'UMD sont formateurs pour l'ensemble de l'établissement.

Le critère 10a de prévention de la maltraitance ayant fait l'objet d'une cotation « C », à la suite de l'autoévaluation HAS réalisée en 2010 au **groupe hospitalier P. Guiraud**, un plan d'action a été mis en œuvre. La prévention de la maltraitance a été inscrite comme axe prioritaire du plan de formation, la promotion de la bientraitance prise en compte dans le projet d'établissement et une procédure de signalement des cas de maltraitance formalisée. **L'EPSM Val de Lys-Artois** de Saint-Venant a bénéficié d'une certification définitive de la HAS en septembre 2010. Le critère 10a a reçu une cotation « A » sans être assorti d'aucune observation particulière.

A la suite du cas exceptionnel de maltraitance survenu à l'EPSM, le Chef de service a réuni l'ensemble des personnels soignants pour exprimer sa préoccupation face à ce dérapage motivé par la peur. Les méthodes pour faire face à l'agressivité éventuelle des patients ont été rappelées et plusieurs actions de prévention et de gestion des situations à risque ont été menées :

- un travail pluridisciplinaire sur la bientraitance a été engagé et un plan d'action est prévu : une demi-journée consacrée à ce thème a déjà été proposée à tous les agents de l'EPSM ;
- le groupe Gestion des risques a abordé la question de la violence et de sa prévention ;
- les fiches d'évènements indésirables permettant la remontée des incidents ont été revues.

Les formations sur la violence se poursuivent dans l'établissement, qui envisage en 2012 de s'inscrire dans le dispositif OMEGA. Initiée au Canada, cette formation qui a pour objectif de prévenir la violence et éviter le passage à l'acte, est développée dans la région Nord-Pas-de-Calais à l'initiative de l'EPSM d'Armentières. L'établissement prévoit également de rejoindre l'Observatoire des violences du Nord, dispositif de suivi mis en place par les trois EPSM du département du Nord en vue de procéder à un recueil de tous les évènements violents et d'en analyser les causes. Enfin, une expérience des « Médiateurs Pairs » initiée par l'OMS, va contribuer à la prévention de la maltraitance.

Recommandation (§131, p.57)

Le CPT recommande de prendre les mesures qui s'imposent afin que les interventions du personnel pénitentiaire dans la zone de soins de l'UHSA du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron soient déclenchées de manière exceptionnelle, lorsque l'ensemble du personnel de santé n'est pas en mesure de faire face à une situation à risque, et se déroulent de manière proportionnée et dans le plein respect de la dignité des patients. Il est également renvoyé au paragraphe 161 et au quatrième sous-paragraphe du paragraphe 163.

La circulaire du 18 mars 2011 relative au fonctionnement des UHSA précise que « *les personnels pénitentiaires ne sont pas présents dans les unités de soins de manière permanente. Les zones de soins et d'hébergement sont sous la responsabilité des personnels soignants. Les personnels pénitentiaires n'ont accès aux locaux de soins et aux chambres des patients que pour assurer la fouille des locaux, le contrôle des équipements et aménagements spéciaux et à la demande du personnel hospitalier, lorsque la sécurité des personnes et des biens est compromise* » et que « *l'administration pénitentiaire peut procéder aux fouilles des personnes détenues hospitalisées, si elles sont nécessaires et proportionnées au regard des circonstances et dans les conditions prévues par le code de procédure pénale. Elles doivent être adaptées à l'état de santé du patient détenu et à sa dangerosité* ».

Lors des premiers mois de fonctionnement de l'UHSA de Bron, des ajustements ont été opérés pour que les interventions pénitentiaires soient limitées aux seuls cas nécessaires et proportionnées à l'incident qui les a déclenchées. Pour permettre une gestion adéquate des interventions, il a été décidé lors du Comité de pilotage mensuel de fonctionnement du 25 novembre 2010 (rassemblant les directions pénitentiaires et hospitalières), que toutes les demandes d'intervention injustifiées feraient l'objet d'une analyse lors des réunions hebdomadaires entre équipes soignantes et pénitentiaires. Ce travail commun a permis de progresser vers un fonctionnement harmonisé où missions de sécurité et de soins ne se confondent pas. En mars 2011, une délégation de représentants des ministères de la Justice et de la Santé s'est rendue sur place et a noté avec satisfaction que le nombre d'interventions avait sensiblement diminué. Ainsi, sur les six premiers mois de l'année 2011, seules deux interventions ont eu lieu chaque mois en moyenne, contre quatre au second semestre 2010.

3. Prise en charge des patients « difficiles »

Commentaire (§134, p.58)

Les conditions de séjour dans les pavillons de l'UMD étaient dans l'ensemble d'un très haut niveau. La quasi-totalité des patients étaient hébergés dans des chambres individuelles, lesquelles étaient spacieuses (14 m², par exemple), lumineuses, bien aérées et bien aménagées (avec une annexe sanitaire). L'ensemble des locaux, d'une propreté irréprochable, étaient dotés de divers espaces sociaux et de détente (en intérieur et en plein air) et d'ateliers. Cela étant, les chambres n° 3 et n° 4 du pavillon 37 étaient sujettes à d'importantes infiltrations d'eau lorsque la salle d'eau voisine était utilisée. En outre, des affaissements au niveau du sol étaient visibles dans ces mêmes chambres. Il convient de remédier à ces imperfections.

Commentaire (§134, p.58)

Par ailleurs, la délégation a observé que les chambres du pavillon 38 étaient austères et que les patients étaient généralement privés d'objets personnels. Des efforts devraient être réalisés afin d'offrir un environnement plus accueillant et personnalisé aux patients du pavillon 38 de l'UMD.

Notant avec satisfaction l'appréciation manifestée par le Comité quant aux conditions générales de séjour à l'UMD H. Colin, le Gouvernement estime nécessaire de préciser, à titre d'indication générale, que la certification des établissements de santé accorde une place importante au « Respect de la dignité et de l'intimité du patient », lequel constitue le critère 10b du manuel de certification de la HAS. Ce critère s'applique aux soins dispensés aux patients, y compris aux soins d'hygiène, mais aussi aux projets d'établissement (secteurs d'activité, projets architecturaux, conditions d'hébergement). Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté met pour sa part l'accent sur la nécessité de rénover certaines installations anciennes. L'IGAS partage ce constat : les projets de constructions et de rénovation doivent être conduits avec le souci d'améliorer la qualité de l'hébergement.

S'agissant de l'UMD Henri Colin, le Gouvernement a l'honneur d'indiquer au Comité que des travaux ont été demandés pour corriger les erreurs de conception ou de réalisation constatées aux pavillons 37 et 38.

L'autoévaluation HAS menée par cet établissement a conduit à une cotation « B » du critère 10b ci-dessus évoqué. Cette évaluation a conduit à l'élaboration d'un plan d'actions déclinés selon les objectifs suivants :

- prise en compte du respect de l'intimité et de la dignité du patient dans les projets de restructuration des pavillons,
- sensibilisation des personnels soignants à l'approche interculturelle,
- validation par la Commission médicale d'établissement des procédures de bonne pratique sur la contention et la mise en chambre d'isolement.

Recommandation (§135, p.58)

Le Comité recommande de revoir la pratique vestimentaire à l'égard des patients dans les deux premières phases de leur prise en charge au sein de l'UMD afin d'assurer une meilleure individualisation de l'habillement.

La tenue des patients a été améliorée à l'UMD H. Colin, notamment au pavillon 38. Les nouveaux vêtements fournis aux patients ne sont pas des pyjamas mais des tenues de sport.

Recommandation (§136, p.58)

Le Comité recommande que des mesures soient prises à l'égard des patients présentant de fortes tendances suicidaires au sein de l'UMD Henri Colin, à la lumière des considérations suivantes, formulées au §136 :

« Au pavillon 36, la délégation s'est interrogée sur la nécessité de maintenir une patiente totalement dénudée lors des périodes de repos en chambre (la nuit et en journée). Elle s'est plainte du froid, auquel il a été remédié par la suite, et s'est dite gênée par sa nudité devant le personnel. Ce dernier a évoqué ses difficultés à répondre au risque suicidaire majeur qu'elle présentait. Le CPT comprend que tout patient présentant de fortes tendances suicidaires doit être placé dans des conditions qui assurent sa sécurité et ne lui permettent pas d'avoir accès à un moyen d'attenter à sa vie. Toutefois, il importe également de veiller à la proportionnalité des mesures prises et à ce que celles-ci n'entament pas la dignité et l'estime de soi du patient ; par exemple, des pyjamas à usage unique en papier, dépourvu d'élastique, peuvent être mis à sa disposition. »

Dans le cadre de la certification des établissements, le manuel de certification HAS retient le critère 19c le risque suicidaire, traduisant ainsi le fait que la prévention du suicide constitue une priorité de santé publique. L'établissement est incité à améliorer le repérage des patients présentant un risque de cette nature et à améliorer l'organisation de leur prise en charge. Il doit aussi assurer la coordination des professionnels concernés ainsi que leur formation.

En matière de prévention du risque suicidaire, l'établissement cherche en permanence à concilier sécurité et dignité des patients. Ainsi, les dispositifs anti-défenestration et anti-fugue ont été généralisés, et les fenêtres munies de plaques de plexiglas pour éviter la sensation d'enfermement et faciliter la vue sur l'extérieur. Le critère 19c de la certification HAS de l'UMD **H. Colin** a fait l'objet d'une cotation « A ». Un projet d'évaluation des pratiques professionnelles est également en cours, centré sur la prise en charge des patients aux urgences suite à une tentative de suicide.

Recommandation (§137, p.59)

Le CPT recommande de mettre en place, pour les patients devant séjourner de manière prolongée au pavillon 38 de l'UMD Henri Colin, une gamme d'activités thérapeutiques diversifiées et adaptées aux besoins individuels.

Des activités de psychomotricité et d'ergothérapie sont en cours de déploiement au pavillon 38 de l'UMD H. Colin.

Commentaire (§138, p.59)

Pour tout recours à la sismothérapie, le consentement éclairé et écrit du patient (ou de son tuteur ou curateur, lorsque la personne concernée fait l'objet d'une mesure de protection) – fondé sur une information exhaustive et compréhensible – doit être sollicité et conservé dans le dossier du patient. Le traitement ne devrait pas être administré tant que ce consentement n'a pas été obtenu. Il convient également de mettre en place un registre spécifique destiné à recenser les recours à ce type de soins.

De façon générale comme dans le cas particulier de l'UMD Henri Colin, la sismothérapie a été améliorée en termes de traçabilité et d'indication, d'arguments cliniques et de critères de surveillance et d'évaluation.

En outre, le Gouvernement prend note des constatations du Comité selon lesquelles, dans tous les cas portés à sa connaissance, le consentement préalable des patients au traitement sismothérapeutique avait été recueilli.

Cela étant, si les plus récentes conventions du Conseil de l'Europe, et notamment la convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine, prescrivent qu'une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé, aucune n'impose de formalités particulières quant à son recueil. Ces mêmes instruments prévoient, au demeurant, qu'une personne atteinte d'un trouble mental grave peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé.

Demande d'informations (§140, p.60)

La délégation a été informée que les autorités françaises avaient l'intention d'ouvrir plusieurs UMD supplémentaires avec un double objectif : accroître le nombre de places disponibles et mieux quadriller le territoire (permettant ainsi un meilleur contact entre les équipes de santé concernées). Cela étant, de l'avis du CPT, il est également impératif de veiller à ce que les demandes de placement en UMD constituent toujours l'ultime recours et que des alternatives soient développées, et ce afin d'assurer la prise en charge la plus adaptée possible en situation d'échec thérapeutique durable et d'éviter de placer des patients dans des situations telles que celles évoquées au paragraphe 139. Le CPT appelle les autorités françaises à prendre des mesures d'urgence à la lumière des remarques qui précèdent et souhaite recevoir des informations détaillées sur les dispositions prises et/ou envisagées en la matière, sous la forme d'un plan d'action le cas échéant.

Le Comité souhaite également recevoir des précisions sur l'ouverture envisagée de nouvelles UMD en France.

A titre préliminaire, le Gouvernement souhaite rappeler qu'aux termes de l'article L.3222-3 du code de la santé publique, les unités pour malades difficiles ont vocation à accueillir les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète et qui « *présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* ».

L'admission en UMD est prononcée par arrêté du préfet sur la base d'un certificat médical établi par un psychiatre et précisant les motifs de la demande d'hospitalisation en UMD (article R.3222-2 du code de la santé publique).

La commission du suivi médical mentionnée à l'article R.3222-6 du code de la santé publique peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans une telle unité. Cette commission est indépendante et composée de médecins psychiatres extérieurs à l'UMD. Elle se réunit au moins une fois par mois dans l'établissement et examine tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé à l'UMD.

La procédure d'admission dans une telle unité, à laquelle président toujours des considérations thérapeutiques, est ainsi entourée de garanties fortes quant à leur prononcé et leur maintien.

Au cours de sa visite, le CPT indique avoir eu connaissance de plusieurs cas de patients en attente de placement en UMD maintenus en chambre d'isolement dans les services de psychiatrie générale pendant une durée importante et dans des conditions contraires à l'intérêt thérapeutique, voire constitutives de traitements inhumains ou dégradants.

En réponse à cette préoccupation, le Gouvernement souhaite informer le Comité de ce que la question des patients en attente de place à l'unité pour malades difficiles fait actuellement l'objet d'une réflexion au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud. Le développement d'un pôle de soins intensifs en psychiatrie à partir de l'UMD Henri Colin est ainsi envisagé, qui comprendrait, fonctionnant sur le site de Villejuif et en amont des UMD, deux unités de soins intensifs en psychiatrie de quinze lits à vocation régionale, permettant des admissions dans des délais plus brefs et, par conséquent, à des phases moins aiguës de pathologie. Par ailleurs, la capacité de l'unité pour malades difficiles Henri Colin serait augmentée d'une unité fonctionnelle de quinze lits, à laquelle viendrait s'ajouter la création d'une unité de sismothérapie. Une telle évolution permettrait une régionalisation des admissions, et favoriserait le maintien des liens des patients avec leur famille, d'une part, et, d'autre part, avec les équipes de psychiatrie qui les ont adressés à l'UMD et qui ont vocation, une fois l'amélioration acquise, à les accueillir de nouveau.

En cela, la réflexion au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud apparaît constituer le reflet des préoccupations des autorités sanitaires à un niveau plus large.

Le Gouvernement confirme, à cet égard, au Comité que cinq nouvelles UMD vont ouvrir entre la fin de l'année 2011 et le début de l'année 2012 en Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Haute-Normandie et Limousin. Leur capacité cumulée sera de 200 places, qui viendront s'ajouter aux 456 lits existant dans les cinq UMD actuellement en fonctionnement. Par cet effort important, le Gouvernement entend faciliter l'admission en unité pour malades difficiles dans la structure la plus proche du lieu d'hospitalisation des patients, tout en maintenant le principe d'une absence de ressort géographique, garant d'une meilleure adéquation entre les besoins thérapeutiques et les capacités d'hospitalisation des UMD.

4. Patients pris en charge en unité de soins intensifs psychiatriques

Commentaire (§142, p.60)

Il convient de placer les instruments de contention à l'abri des regards dans les chambres d'isolement de la « zone 2 » de l'USIP de Bron.

Le caractère intimidant, voire comminatoire, du matériel de contention, et éventuellement du port du pyjama, est atténué par la volonté pédagogique de dédramatiser le soin psychiatrique et d'expliquer de manière positive au patient le déroulement d'une séquence de soins à l'USIP. L'équipe soignante recherche avant tout l'alliance thérapeutique avec le patient. L'admission en zone d'isolement puis, de façon progressive au fur et à mesure du séjour, vers zones de plus en plus ouvertes, est constitutive du projet médical de cette unité.

Recommandation (§142, p.61)

En outre, les patients de l'USIP étaient obligés de porter en permanence des pyjamas. La recommandation figurant au paragraphe 135 s'applique également à cette unité.

S'il prend note de la recommandation du Comité, sur laquelle il a attiré l'attention des équipes médicales de l'USIP de Bron, le Gouvernement relève toutefois que la question de la tenue des patients ne saurait s'analyser isolément de l'ensemble des stratégies thérapeutiques mises en œuvre, ni suffire à conclure au caractère inapproprié de celles-ci.

Recommandation (§143, p.61)

Le CPT recommande de diversifier l'offre d'activités à portée thérapeutique au sein de l'USIP de Bron.

L'offre d'activités psychosociales de réinsertion à l'USIP comporte des séances d'art thérapie, de relaxation et d'acquisition de la capacité à participer à une activité de groupe qui sont animées par des infirmiers. L'éventail de ces activités, pour relativement limité qu'il puisse paraître, doit toutefois s'apprécier au regard de la brièveté des séjours à l'USIP, dont l'objectif premier consiste en une stabilisation comportementale du patient. Des programmes plus concrets et étoffés de réhabilitation psychosociale sont ensuite proposés aux patients dès leur retour dans leur service d'origine.

Demande d'informations (§144, p.61)

A court terme, l'approche suivie par l'USIP semblait efficace. Il n'y avait que très peu de passages à l'acte dans l'unité. En revanche, certains patients de retour dans leur service d'origine semblaient reposer les mêmes difficultés de prise en charge à moyen terme et séjournaient à nouveau dans l'USIP. Dans ce contexte, le CPT souhaite savoir si une évaluation indépendante de l'efficacité des USIP a été effectuée au(x) niveau(x) régional et/ou national.

Les USIP ne correspondent, en tant que tels, à aucune catégorie juridiquement définie. Une réflexion d'ensemble sera prochainement engagée sur la place de telles unités par rapport aux UMD et aux unités traditionnelles de psychiatrie qui, par vocation, sont régulièrement appelées à prendre en charge les situations de violences.

Commentaire (§145, p.61)

Si projet d'USIP au sein de l'EPSM Val de Lys-Artois voit le jour, il est indispensable que l'attention se porte sur une offre de soins intensifs psychiatriques aussi diversifiés que possible et que le placement dans cette structure soit toujours une mesure exceptionnelle. Il importe également que l'USIP en projet accueille les patients concernés sur la base de leur état de santé, et non sur la seule base d'un statut juridique particulier (« patients D. 398 », par exemple).

La création d'une USIP est inscrite dans le nouveau projet médical 2011-2016 de l'EPSM Val de Lys-Artois. La réflexion sur le projet architectural et le fonctionnement de cette unité est en cours. Il est prévu que cette unité aura une capacité de 20 places et accueillera les patients dont les pathologies nécessitent une prise en charge particulière. L'admission au sein de l'USIP devra être programmée et nécessitera l'accord du médecin responsable de l'unité. Chaque patient bénéficiera d'un projet de soins personnalisé. Le placement d'un patient dans cette structure restera une mesure exceptionnelle.

Dans le cadre du projet qualité de l'établissement, un groupe de travail a par ailleurs été mis en place aux fins d'améliorer la prise en charge des personnes détenues. Les questions abordées dans ce cadre concernent aussi bien l'accueil du patient (travail en amont avec l'établissement pénitentiaire, droits du patient détenu, conditions requises pour la mise en chambre d'isolement et la contention) que les conditions de son transport (transfert du patient de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé, recommandations de bonnes pratiques sur la sortie du patient).

5. Prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier

Commentaire (§148, p.62)

De l'avis du CPT, les fenêtres des chambres des patients des UHSA ne devraient pas être équipées de barreaux, et ce afin de faire prévaloir une logique de soins plutôt qu'une logique pénale. D'autres dispositifs de sécurité permettent une protection équivalente.

Le cahier des charges techniques du 11 octobre 2006, validé par les administrations hospitalière et pénitentiaire, a prévu le « barreaudage » des fenêtres extérieures de l'UHSA. S'il apparaît difficile, au moins à brève échéance, de remettre en cause ces aménagements répondant à des considérations de sécurité, il n'en demeure pas moins que la logique de soins prévaut de façon incontestable à l'UHSA, et cela sans que la seule présence de barreaux puisse suffire à remettre en cause ce constat.

Commentaire (§148, p.63)

Il convient de relever également que la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA prévoit la possibilité d'équiper des chambres de caméras de vidéosurveillance afin d'assister le personnel soignant. De tels équipements sont à proscrire dans les chambres ordinaires des patients afin de préserver un minimum d'intimité.

La possibilité d'installer des caméras de vidéosurveillance dans des chambres ou locaux de soins est mentionnée dans la circulaire interministérielle relative au fonctionnement des UHSA. Dans ce cas, cette surveillance est obligatoirement exercée par du personnel infirmier.

A ce jour, aucune caméra n'a été installée dans les chambres de l'UHSA du centre hospitalier Le Vinatier, non plus que dans aucune autre des UHSA construites dans le cadre du programme de développement de ces unités.

De fait, il n'existe raison pour que de tels équipements soient installés dans les chambres ordinaires. On ne peut exclure cependant qu'une caméra puisse être ponctuellement installée dans une chambre pour prévenir la survenance d'incidents, par exemple dans le cas d'un patient présentant un fort risque « d'auto-agressivité ».

Recommandation (§149, p.63)

Le programme thérapeutique était incomplet lors de la visite. Si les traitements médicamenteux individualisés n'appelaient pas d'observations particulières, la plupart des autres options thérapeutiques n'étaient toujours pas disponibles. Les espaces réservés aux activités étaient donc quasiment inutilisés. Les patients passaient le plus clair de leur temps à regarder la télévision ou converser entre eux pendant les horaires d'ouverture des portes des chambres (jusqu'à quatre heures par jour dans les unités A et B). Le CPT recommande de veiller à la mise en œuvre rapide d'un programme thérapeutique complet et individualisé, comprenant un large éventail d'activités psychosociales, de réinsertion et de loisirs.

La première UHSA de l'établissement du Vinatier a ouvert en mai 2010. Elle comporte trois unités de 20 chambres individuelles, chacune de ces unités répondant à des fonctions spécifiques. L'unité A, destinée à l'accueil et à l'observation des patients nécessitant une prise en charge intensive, a été ouverte le 18 mai 2010. L'unité B, destinées aux soins individualisés en cas d'épisodes aigus ainsi qu'à l'accueil des personnes nécessitant une protection, a été ouverte le 19 juillet 2010. L'unité C, destinée à assurer la prise en charge des pathologies de longue évolution et à préparer les personnes détenues à leur sortie, est opérationnelle depuis le 1^{er} décembre 2010.

Le taux d'occupation a évolué avec l'ouverture progressive de trois unités, passant de 80 % en moyenne sur l'année 2010 à 83 % au cours du premier semestre 2011. La durée moyenne de séjour est de 45 jours, et la durée médiane de 27 jours, selon les statistiques établies à partir de la situation des patients ayant quitté l'UHSA au cours du premier semestre 2011.

L'un des objectifs assigné à cette unité est que la majorité des hospitalisations soient réalisées avec le consentement des patients. En 2011, 59 % des hospitalisations ont été effectuées avec leur consentement, contre 52% en 2010. Si l'on observe que le « taux de consentement » à l'admission en soins psychiatriques s'établit à 85 % dans la population générale, et que l'on tient compte par ailleurs des pathologies psychiatriques propres à la population détenue, il n'est pas déraisonnable d'estimer cet objectif est en passe d'être atteint. Seule permettra toutefois de le vérifier avec certitude la montée en charge progressive du programme d'ouverture des autres UHSA. (à propos duquel des informations plus détaillées sont fournies en réponse à la demande d'information formulée par le Comité au §151).

Lors de la visite du CPT, la 3^{ème} unité de l'UHSA venait d'ouvrir, ce qui explique que l'ensemble des emplois n'était pas pourvu, notamment les emplois socio-éducatifs. En outre, le plateau sportif n'était pas complètement occupé, des travaux complémentaires de sécurisation ayant été demandés. Dans ces conditions, il était difficile à la mission d'appréhender le programme dans sa globalité. Selon les termes du projet médical, une large palette de soins institutionnels, basés sur l'expression ou les activités occupationnelles ou artistiques, est proposée : centrage sur le corps avec l'importance de la psychomotricité et d'une réappropriation corporelle par de la balnéothérapie ; travail psychique avec les diverses formes de psychothérapie individuelle ou groupale ; travail de réappropriation des habiletés et de la vie sociale avec l'ergothérapie et par le biais d'activités éducatives (buanderie, activité cuisine...) ; ouverture sur le monde par le biais d'une médiathèque ; plateau sportif varié (voir ci-après).

Recommandation (§149, p.63)

Les espaces verts étaient bien équipés et aménagés, mais semblaient peu fréquentés. Nombre de patients avaient en fait accès à une « cour exutoire » de 50 m², de conception relativement oppressante (appelée « la cage » par certains patients), située à l'étage. En outre, plusieurs patients se sont plaints qu'ils n'avaient accès à la cour qu'une demi-heure par jour. Le CPT recommande de prendre les mesures qui s'imposent afin que les patients aient accès, sauf contre-indication médicale, à l'exercice en plein air au moins une heure par jour ; il conviendrait, autant que possible, d'utiliser les espaces prévus à cet effet situés au niveau du sol.

L'accès à la cour et au plateau sportif a évolué : la cour-jardin du rez-de-chaussée est utilisée de 9h30 à 16h30. L'accès dure 30 minutes par patient. Quatre patients peuvent y accéder en même temps, sans présence soignante ; au-delà, ils sont accompagnés par des soignants. La cour-jardin de l'unité A est en accès libre. Le plateau sportif est utilisé de manière fixe ou aléatoire par chacune des unités, en présence d'un moniteur sportif. Six patients accompagnés de soignants peuvent s'y trouver de manière concomitante.

Demande d'informations (§151, p.64)

Avec une seule UHSA opérationnelle sur l'ensemble du territoire français, les besoins des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier étaient encore loin d'être satisfaits au moment de la visite. Or, ces besoins nécessitent une réponse immédiate de la part des autorités. Le CPT appelle les autorités françaises à adopter des mesures d'urgence permettant un accès à des soins appropriés pour toute personne incarcérée souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier et ne pouvant pas être accueillis en UHSA. Il souhaite recevoir des informations précises, sous la forme d'un plan d'action le cas échéant, sur les dispositions prises et/ou envisagées en la matière.

En outre, le Comité souhaite recevoir des informations actualisées sur le programme de construction des UHSA.

Concernant les UHSA, il doit être rappelé que l'une des avancées essentielles liée à leur création consiste en la possibilité d'organiser l'hospitalisation en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, non plus sur la seule base de l'article D.398 du code de procédure pénale, mais sur celle des articles L.3214-1 à L.3214-5 du code de la santé publique, récemment modifiés par la loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques. Ces nouvelles dispositions prévoient la possibilité de soins prodigués avec ou sans le consentement du patient, c'est à dire sous la forme d'une hospitalisation d'office prononcée par le préfet ou sous la forme d'une hospitalisation « libre » décidée conjointement par le psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire et le psychiatre de l'UHSA d'accueil.

Plus généralement, la prise en charge des patients détenus au sein d'unités sécurisées a vocation à permettre la mise en œuvre de thérapies adaptées et déployées dans les meilleures conditions. Le Comité voudra bien trouver en annexe, pour sa parfaite information, un exemplaire de la circulaire interministérielle n°105 du 18 mars 2011 relative au fonctionnement des UHSA, ainsi que les fiches thématiques y afférentes.

Les autorités françaises, conscientes des bénéfices que représentent de telles unités, ont engagé un programme pluriannuel visant à en accroître le nombre et la capacité sur l'ensemble du territoire.

La première tranche de ce programme, prévue pour s'étaler jusqu'en 2014, aboutira à la création de 440 places d'hospitalisation en UHSA, réparties de façon équilibrée sur le territoire. Sur le modèle de l'UHSA de Lyon-Le Vinatier, qui compte 60 places, trois nouvelles unités de 40 places ouvriront à Nancy et Toulouse au début de l'année 2012, et à Orléans au dernier semestre de cette même année. S'y ajouteront, dès le premier semestre 2013, deux UHSA d'une capacité de 60 places chacune à Paris et à Lille, ainsi qu'une unité de 40 places à Rennes. Enfin, ouvriront en 2014 les UHSA de Marseille (60 places) et de Cadillac (40 places).

La seconde tranche de construction, au-delà de 2014, devrait quant à elle permettre la création de 265 places supplémentaires, correspondant à neuf unités dont l'implantation et la capacité doivent encore faire l'objet d'études pour tenir compte du programme immobilier de la direction de l'administration pénitentiaire, actuellement en cours de révision.

Déterminées à assurer l'exécution complète de ce programme, les autorités françaises ont également entendu prendre, sans attendre sa réalisation, des mesures propres à améliorer la prise en charge médicale des détenus souffrants de troubles psychiatriques.

Il leur est notamment apparu nécessaire de rappeler les droits des patients hospitalisés sous l'empire des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale. A cette fin, un document est actuellement en cours de rédaction, dont la diffusion aura pour finalité :

- d'alerter les établissements autorisés à accueillir ces patients sur les risques associés à une prise en charge trop rigide et inadaptée ;
- de prévenir les recours abusifs aux mesures d'isolement et de contention dictées par des considérations de sécurité, en soulignant que de telles mesures sont souvent incompatibles avec la poursuite des stratégies thérapeutiques adaptées aux patients détenus ;
- de rappeler les particularités propres à cette catégorie de patients, ainsi que les règles qui leur sont spécifiquement applicables en matière d'accès au téléphone et au courrier, de droit de visite, de liberté de mouvement, et de respect de l'intimité comme du secret médical.

Par ailleurs, une réflexion d'ensemble est actuellement menée sur l'organisation actuelle du système de soins et sur les adaptations qu'il conviendrait de lui apporter dans l'attente de l'aboutissement du programme de construction des UHSA. Les conclusions de ces travaux ne sont toutefois pas connues à l'heure où le Gouvernement est appelé à transmettre sa réponse au rapport du Comité.

6. Prise en charge des patients en service de psychiatrie générale

Recommandations (§155, p.66)

Le CPT recommande aux autorités françaises de redoubler d'efforts en vue de résoudre le problème de la gestion des lits dans les services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'EPSM Val de Lys-Artois, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie exposé à ce problème. Ces efforts nécessitent notamment de veiller à l'adéquation du nombre de lits avec les besoins, 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 la prise en charge en unité d'hospitalisation temps plein afin que la durée de séjour des patients soit réduite au strict minimum nécessaire à leur état de santé.

Demande d'informations (§155, p.66)

En outre, le Comité souhaite être informé des avancées dans la mise en œuvre des programmes de rénovation/construction des locaux des services de psychiatrie générale au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'EPSM Val de Lys-Artois à Saint-Venant.

Dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé, les agences régionales de santé (ARS) peuvent prévoir, en lien avec les professionnels, toute évolution des capacités d'hospitalisation à temps plein. En l'espèce, cependant, la question posée concerne moins le rééquilibrage des capacités entre établissements que la mise en place sur un territoire donné d'une offre de soins et d'accompagnement médicosocial coordonnée et complémentaire.

Dans l'établissement de santé **Val de Lys-Artois**, la nouvelle configuration en pôles d'activités cliniques regroupant plusieurs secteurs de psychiatrie géographiquement proches devrait permettre d'apporter une réponse adéquate à la gestion des lits. Une des actions du projet de soins porte sur l'élaboration d'une politique d'accueil de qualité centrée sur les besoins des patients. Dans le cadre du projet médical d'établissement, les services développent des projets individuels ou d'intersectorialité et s'appuient sur les structures extérieures : centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et hôpital de jour.

Un projet de rénovation des locaux de la psychiatrie adulte est par ailleurs en cours à l'EPSM. Des abris contre les intempéries vont être installés dans les espaces de promenade rattachés aux unités d'hospitalisation fermées, tandis que les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale se sont rapprochés pour repenser leurs projets de prise en charge et envisager des constructions communes.

Par ailleurs, le projet d'établissement s'est fixé pour objectif l'amélioration du parcours de soins du patient. Une sous-commission de la commission médicale d'établissement a été créée pour identifier avec précision les besoins en lits de chaque secteur. Elle rendra prochainement son évaluation, étant précisé que les autorisations sont délivrées par l'ARS en fonction des besoins des établissements. Un projet médical concernant les patients au long cours et polyhandicapés a été récemment formulé. L'ouverture d'une unité dédiée à la prise en charge de ces patients permettra la libération de 30 lits de psychiatrie. Ce travail s'appuie sur une évaluation de la pertinence de la prolongation de l'hospitalisation au-delà de 290 jours, étude réalisée et réactualisée annuellement dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Le **groupe hospitalier P. Guiraud**, quant à lui, dispose à ce jour de 55 structures extrahospitalières (CMP et CATTP) dont le personnel est composé de 449 ETP de personnel non médical et de 53 ETP de personnel médical. Leurs activités cumulées représentent 80 % de l'activité totale du groupe hospitalier.

Le projet médical de l'établissement prévoit de nombreuses opérations de travaux pour améliorer les espaces dédiés à la prise en charge extrahospitalière. Le schéma directeur immobilier de l'hôpital intègre cette problématique et planifie la réalisation des projets correspondants sur les cinq années à venir. Dix-huit places d'hospitalisation à domicile (HAD) ont notamment été autorisées, cependant qu'un d'HAD intersectorielle est actuellement à l'étude. L'établissement s'efforce également de maintenir le service fourni par l'unité d'accueil familial thérapeutique (AFT).

Enfin, le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'établissement énonce l'objectif d'une meilleure articulation entre les dispositifs intra- et extra- hospitalier. Des opérations de rénovation sont par ailleurs menées par le groupe hospitalier, qui prévoit de rénover l'ensemble de ses pavillons. Des travaux d'aménagement et d'équipement des chambres visent également à l'optimisation de l'espace, de la luminosité et de la ventilation. Enfin, les chambres d'isolement thérapeutiques sont progressivement rénovées en vue de répondre aux normes définies par la haute autorité de santé (HAS).

Demande d'informations (§155, p.66)

A ce propos, la loi 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 prévoit de nouvelles formes de prise en charge sans consentement (autres que l'hospitalisation complète). Le CPT souhaite recevoir des précisions sur ces nouvelles formes de soins sans consentement et, en particulier, sur les modalités pratiques de mise en œuvre.

Les personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et sur décision du préfet peuvent effectivement être prises en charge autrement que sous la forme d'une hospitalisation complète. Il appartient au psychiatre de décider du cadre de ces soins (en hospitalisation complète ou sous une autre forme), étant entendu que tout patient pris en charge selon une autre modalité que l'hospitalisation complète bénéficie d'un programme de soins précisant la nature, le lieu et la périodicité de ceux-ci. Des prises en charge diversifiées sont organisées qui associent hospitalisation, activité à temps partiel, consultations et accueil dans des centres médico-psychologiques (CMP), et cela au plus près des lieux de vie des patients.

L'offre de prise charge par secteur est ainsi diversifiée et comprend, outre l'hospitalisation complète, des prises en charge ambulatoire ou à temps partiel, selon les modalités ci-dessous exposées.

La prise en charge ambulatoire

L'offre ambulatoire comprend essentiellement les prises en charge en centre médico-psychologique (CMP), dont seuls les établissements sectorisés peuvent disposer. Le CMP est le dispositif pivot du secteur. Il a pour mission d'assurer la continuité de la prise en charge sur le territoire, d'organiser et de coordonner toutes les activités extrahospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation. A côté de la mission de consultation traditionnelle, il offre aussi des plages horaires d'ouverture durant lesquelles les patients peuvent se présenter sans rendez-vous. Par ailleurs, il assure le suivi des patients à leur domicile ou dans les institutions de substitution telles que les structures médico-sociales. La diversité des missions suppose la pluridisciplinarité de l'équipe, associant médecins, psychologues, infirmiers et professionnels de santé ou médico-sociaux, ce qui d'ailleurs n'est pas sans incidence sur le coût de fonctionnement d'une telle structure.

La prise en charge à temps partiel

Les prises en charge à temps partiel regroupent toutes les formes de soins qui ne comportent pas d'hospitalisation incluant une journée et une nuit consécutives. Elles comprennent quatre formes, définies dans les décrets et arrêtés du 14 mars 1986, dont seule la première est ouverte aux établissements privés, les trois autres relevant exclusivement des établissements sectorisés :

- *l'hôpital de jour* qui assure des soins polyvalents et intensifs à temps partiel ;
- *les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)* qui ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ;
- *les ateliers thérapeutiques*, orientés vers la réinsertion professionnelle et sociale et comprenant des médecins, des infirmiers, des ergothérapeutes et des professionnels techniciens ;
- *les hôpitaux de nuit* qui assurent une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale la nuit, pour les patients ayant acquis une certaine autonomie la journée.

Recommandation (§156, p.67)

L'individualisation de l'habillement des patients était généralement respectée à l'EPSM Val de Lys-Artois. Un pyjama ne devait être porté que dans des cas particuliers (mise en chambre d'isolement, par exemple). En revanche, la mise en pyjama était quasi-systématique lors de l'admission au groupe hospitalier Paul Guiraud et nombre de patients pouvaient rester en pyjama ou en robe de chambre pour des périodes allant jusqu'à plusieurs semaines d'affilée. La recommandation formulée au paragraphe 135 s'applique également aux services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif.

Le choix du port du pyjama et de l'arrêt de celui-ci relève d'une appréciation thérapeutique médicale. Il n'est pas systématique et dépend des besoins de chaque patient.

L'attention des équipes du groupe hospitalier Paul Guiraud à néanmoins été attirée sur la recommandation du Comité.

Commentaire (§157, p.67)

Les patients hospitalisés dans les services visités pouvaient avoir accès quotidiennement à un espace de promenade relativement spacieux. Cela étant, les espaces de promenade rattachés à certaines unités d'hospitalisation fermées de l'EPSM Val de Lys-Artois ne disposaient pas d'abris. Il convient de remédier à cette insuffisance.

Comme le Gouvernement a eu l'honneur de l'indiquer dans ses observations relatives à la demande d'informations formulée au §155, un projet de rénovation des locaux de la psychiatrie adulte est en cours à l'EPSM Val de Lys-Artois, dans le cadre duquel les espaces de promenade rattachés aux unités d'hospitalisation fermées seront pourvus d'abris contre les intempéries.

Commentaire (§158, p.67)

Dans l'EPSM Val de Lys-Artois, l'immense majorité des patients avec lesquels la délégation s'est entretenue participaient à diverses activités thérapeutiques (psychothérapie individuelle, groupe de parole, ateliers d'ergothérapie, activités sportives, etc.). La consultation des feuilles d'occupation dans certains services montrait qu'au moins deux tiers des patients présents participaient à des activités thérapeutiques en semaine. Les efforts réalisés par les services de psychiatrie générale de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en vue de faire participer le plus grand nombre de patients à diverses activités thérapeutiques doivent continuer d'être soutenus.

Le Gouvernement prend acte de l'encouragement manifesté par le Comité aux initiatives de l'EPSM Val de Lys-Artois.

Recommandation (§158, p.67)

Au groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, l'offre d'activités thérapeutiques était variable d'un service à l'autre. Dans certains services visités, les patients avaient régulièrement accès à des ateliers d'ergothérapie et des groupes de parole. Dans d'autres, la plupart des patients se plaignaient de l'oisiveté ambiante et passaient leur temps dans leur chambre, à errer dans les couloirs ou à regarder la télévision. Le CPT recommande de veiller à ce que les options thérapeutiques disponibles soient aussi diversifiées que possible et que davantage de patients soient amenés à prendre part aux activités à portée thérapeutique dans l'ensemble des services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, et ce afin de les préparer à une existence autonome et/ou à leur retour dans leur famille.

De manière générale, les activités thérapeutiques proposées par les services du groupe hospitalier Paul Guiraud sont diverses (activités corporelles, activités fondées sur le langage ou tournées vers la socialisation du patient, ergothérapie, art-thérapie...) et organisées de manière régulière. Les espaces dédiés à ces activités étant plus larges en milieu extrahospitalier, l'offre est davantage centrée sur ce temps de la prise en charge. De plus, la réduction de la durée d'hospitalisation moyenne, comme la difficulté de faire profiter les patients en phase aiguë de ce type d'activité, incitent les unités à déployer cette offre de préférence en milieu extrahospitalier. Les activités à visée « socialisante », réalisées à partir du milieu intrahospitalier (notamment les sorties temporaires) n'ont pas de rythme prédéfini et sont organisées selon les besoins des patients. Leur périodicité dépend toutefois, pour partie, des ressources en personnel disponibles.

Les efforts réalisés par le groupe hospitalier se traduiront par une augmentation du rythme de ces activités.

7. Ressources en personnel

Recommandation (§163, p.70)

Le CPT recommande aux autorités françaises d'accorder une priorité au recrutement du personnel soignant permanent dans les secteurs de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif. Lorsque cela s'avère nécessaire, il convient de mettre au point un système de mesures incitatives afin de faciliter ce recrutement. En outre, il importe de veiller à ce que, dans l'ensemble des services de cet établissement, les psychologues et personnels socio-éducatifs interviennent davantage dans les unités d'hospitalisation fermées ; si besoin est, les effectifs de ce type de personnel doivent être renforcés dans certains services.

Commentaire (§163, p.70)

De même, il conviendrait de permettre l'intervention de personnels qualifiés au pavillon 38 de l'UMD Henri Colin du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, afin qu'ils prennent en charge certains patients y séjournant de manière prolongée.

Demande d'informations (§163, p.70)

Le poste de psychomotricien rattaché à l'UMD Henri Colin a-t-il été pourvu ?

Les recommandation, commentaire et demande d'information formulées ci-dessus au §63 du rapport appellent de la part du Gouvernement la réponse suivante.

Le recrutement du personnel soignant reste une des priorités du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif. Les effectifs non médicaux, qui étaient de 1.643 ETP au moment de la visite du CPT, ont été portés à 1.694 depuis lors. Entre octobre 2010 et octobre 2011, les seuls effectifs infirmiers ont augmenté de 25 ETP. Vingt-sept infirmiers pré-recrutés vont rejoindre le groupe hospitalier à l'issue de leur formation, fin décembre 2011.

L'établissement organise des séminaires d'intégration ouverts à l'ensemble des personnels, tandis qu'un tutorat et un parcours d'acquisition des connaissances sont mis en place à l'intention des nouveaux diplômés.

L'établissement est doté d'un effectif stable de 58 ETP de psychologues et s'efforce par ailleurs de maintenir un recrutement de personnel socio-éducatif satisfaisant. Le groupe hospitalier compte 41,65 ETP d'assistantes sociales et 8 ETP d'éducateurs spécialisés.

Recommandation (§163, p.70)

Le CPT recommande également de veiller à ce que la prise en charge des patients de l'UHSA du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron relève toujours de la compétence du personnel hospitalier dans la zone de soins. Chaque fois que l'intervention du personnel pénitentiaire est requise au sein des unités d'hospitalisation, cette intervention doit se dérouler conformément aux consignes du personnel hospitalier et sous son étroite surveillance.

L'appel en renfort des personnels pénitentiaires n'est déclenché que lorsque les difficultés rencontrées avec un ou plusieurs patients ne relèvent plus du soin (application des dispositions de l'article R.3214-8 du code de la santé publique). S'il s'agit d'un problème de soin, sa solution est recherchée, en mobilisant éventuellement le personnel des unités de soin autres que celle où s'est produit l'incident.

Lors de l'intervention des équipes pénitentiaires, la mise en retrait du personnel soignant n'est qu'une mesure technique visant à permettre à l'équipe d'intervention de remplir sa mission en assurant la protection de tous : patients, équipe d'intervention et soignants. Le soin n'est pas interrompu pour autant : les soignants continuent à s'occuper des autres patients éventuellement présents lors d'une intervention pénitentiaire.

Commentaire (§163, p.70)

Les autorités françaises devraient faire en sorte qu'à l'avenir, les équipes « psycho-sociales » des UHSA soient en place dès l'ouverture de ce type de structure.

Le souhait exprimé par le CPT que les équipes soient en place dès l'ouverture des UHSA, paraît difficilement réalisable. Dans le cas d'une structure nouvelle, l'ouverture progressive des unités la composant permet d'opérer les ajustements nécessaires entre personnel d'accueil et population prise en charge et d'adapter l'organisation au fur et à mesure.

Demande d'informations (§163, p.70)

L'équipe « psychosociale » de l'UHSA de Bron est-elle pleinement opérationnelle ?

A ce jour, en raison d'un léger « turn-over », les effectifs sont quasiment au complet à l'UHSA du centre hospitalier Le Vinatier.

8. Mise en chambre d'isolement et mise sous contention

Recommandation (§172, p.74)

Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de MCI et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant recours à la MCI et à la contention mécanique, à la lumière des considérations ci-dessus. A cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'élaboration de consignes écrites sur la procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer. En outre, il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués plus haut dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie.

Recommandation (§173, p.74)

Le Comité recommande que des mesures soient prises dans les services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif afin que toutes les informations pertinentes soient dûment consignées dans les dossiers des patients.

Recommandation (§174, p.74)

Le CPT appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). Les éléments à consigner dans ce 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 qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie.

Recommandation (§174, p.74)

Lorsque des moyens de « contention chimique » sont utilisés, ils doivent être assortis des mêmes exigences de traçabilité.

Les recommandations ci-dessus, relatives à la mise en chambre d'isolement et à la mise sous contention, appellent de la part du Gouvernement les observations suivantes.

Les protocoles de mise en chambre d'isolement doivent être conformes aux recommandations édictées par la haute autorité de santé (HAS), lesquelles prévoient notamment que tous les éléments relatifs à la mise en chambre d'isolement figurent dans le dossier du patient.

Il n'existe en revanche pas de recommandation prescrivant comme bonne pratique la mise en place d'un registre spécifique sur le recours aux chambres d'isolement. Cela étant, le recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie (« RIM-Psy ») permet de connaître pour chaque établissement la fréquence et les conditions de recours à ce type de prise en charge.

En outre, lors de la certification des établissements de santé, les experts visiteurs portent une attention particulière à la gestion des mesures de restriction de liberté, laquelle compte au nombre des pratiques exigibles prioritaires en psychiatrie. Un nouveau guide à l'intention des experts visiteurs est d'ailleurs en cours de réalisation, dans lequel il est insisté sur les éléments à contrôler systématiquement en cas de mise en place de mesure de restriction de liberté (existence d'un protocole précis, indications médicales, rythme des réévaluations et traçabilité dans le dossier du patient, formation des professionnels concernés).

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, deux recommandations ont été rédigées par le **groupe hospitalier Paul Guiraud** sur la mise en chambre d'isolement et mise sous contention. Elles s'appuient sur les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de juin 1998 et ont été validées par la Commission médicale d'établissement. Elles prévoient que la mise en chambre d'isolement doit être réalisée sur prescription médicale, que la fiche de prescription médicale doit être placée dans le dossier médical du patient et enfin que cette fiche doit nécessairement comporter les dates et heures du début et de la fin de la mise en chambre d'isolement. Il est également prévu que la prescription ne puisse excéder une période de 24 heures et que le patient reçoive toutes les explications nécessaires sur les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement thérapeutique. La mention du recours à l'isolement ou à la contention dans le dossier du patient, de même que celle des visites du médecin, sera effectuée à l'identique lors de la mise en œuvre des dossiers informatisés, ce qui permettra une amélioration de la traçabilité de ces mesures.

Le protocole de mise en chambre d'isolement élaboré par l'établissement de santé **Val de Lys-Artois** respecte lui aussi les recommandations de la haute autorité de santé (HAS). Il doit également être relevé que l'évaluation des pratiques professionnelles menée dans le cadre du projet qualité a permis de revoir les procédures et fiches de prescription. Toutes les mesures de mise en chambre d'isolement et de mise sous contention sont désormais consignées dans un registre unique et saisies informatiquement dans le dossier patient.

Enfin et de manière générale, le Comité doit être informé de ce que la HAS sera invitée à redéfinir les règles de bonnes pratiques en matière de recours à la contention et aux chambres d'isolement dans le cadre du plan « *Psychiatrie santé mentale* » actuellement en cours d'élaboration.

9. Garanties

Recommandation (§176, p.75)

Le CPT recommande de veiller à ce que le mode de prise en charge des patients admis en soins psychiatriques « libres » corresponde à leur situation réelle dans les unités d'hospitalisation fermées. A cet égard, lorsqu'un patient faisant l'objet de ce type de soins est retenu contre son gré dans l'établissement, son mode de prise en charge doit être revu afin qu'il puisse bénéficier des garanties offertes par la loi.

La situation des patients en soins « libres » pris en charge dans des unités fermées ne va pas sans poser de sérieuses difficultés pratiques quant au respect de la liberté d'aller et de venir de ces patients. L'hospitalisation au sein d'une même unité, de patients en hospitalisation libre et de patients hospitalisés sans leur consentement, peut en effet conduire les soignants à fermer les unités afin de limiter les allers et venues, et donc les risques de fugues.

La circulaire du 22 janvier 2009 relative à la sécurisation et à l'aménagement des établissements autorisés en psychiatrie, a alloué des financements à hauteur de 30M€ dans le cadre du plan de relance gouvernemental. Plus de 300 établissements ont bénéficié de financements et les investissements ont permis la création d'unités fermées ou pouvant être fermées en partie. Ce dispositif devrait permettre, à terme, d'accueillir les patients en soins sans consentement dans des zones fermées distinctes du reste de l'unité d'hospitalisation.

Par ailleurs, une réflexion est en cours dans les établissements autorisés en psychiatrie en vue de concevoir de nouvelles organisations propres à faciliter les déplacements des patients admis avec leur consentement (ouverture des portes à tout patient souhaitant sortir momentanément de l'unité, accueil des HO/HDT dans des parties fermées...). En tout état de cause, la loi du 5 juillet 2011 sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, prévoit la constitution de documents d'information sur les droits des patients en soins libres.

Recommandation (§177, p.76)

Le CPT appelle les autorités françaises à amender la législation afin que, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, les mesures provisoires d'admission en soins psychiatriques soient toujours arrêtées sur la base d'une évaluation médicale appropriée.

Le Gouvernement a l'honneur d'indiquer au Comité que les dispositions légales auquel il fait référence ont, depuis sa visite, été abrogées.

En effet, par sa décision du 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré l'article L.3213-2 du code de la santé publique en tant qu'il permettait au maire, ou, à Paris, au commissaire de police, de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris de privation de liberté, à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, sur le fondement « par défaut » de la seule « notoriété publique ». Le Conseil constitutionnel a limité pour le passé la portée de cette abrogation aux litiges non définitivement jugés au 7 octobre 2011.

Cette abrogation affecte également les dispositions actuelles de l'article L.3213-2, puisque le Conseil a censuré la possibilité de prendre une mesure de privation de liberté sur le seul fondement de la « notoriété publique ». Désormais, les mesures provisoires arrêtées par le maire et, à Paris, par les commissaires de police, ne peuvent l'être que sur le fondement d'un avis médical attestant le danger imminent pour la sûreté des personnes.

Demande d'informations (§178, p.76)

Dans le cas d'un placement sur décision du représentant de l'Etat, ce dernier, dans un délai de trois jours, prend sa décision compte tenu de la proposition du psychiatre et « des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public ». Cette formulation laisse penser que l'autorité publique aurait la possibilité de s'écarter de la proposition médicale relative à la forme de prise en charge psychiatrique (impliquant une privation de liberté ou non) pour des motifs qui seraient liés à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Le CPT souhaite recevoir des précisions en la matière de la part des autorités françaises.

L'article L.3213-1 du code de la santé publique dispose que « *Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical (...), le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L.3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L.3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète* ».

Cet article confirme la possibilité pour le préfet de ne pas suivre une proposition médicale relative aux modalités de prise en charge. Toutefois, ce point appelle deux précisions, la seconde étant essentielle :

- cette disposition n'est pas différente de ce que prévoyait la loi du 27 juin 1990 en matière d'autorisation de sorties d'essai (ce dispositif étant le cadre qui était alors utilisé, faute de mieux, pour permettre des prises en charge autres qu'en hospitalisation complète) ; pour les patients en hospitalisation d'office (HO), les sorties d'essai étaient soumises à une autorisation du préfet qui n'était nullement lié par l'avis du médecin ;

- la loi du 5 juillet 2011 a, en revanche, profondément modifié l'équilibre entre avis médical et avis préfectoral, en aménageant des procédures de règlement des divergences entre psychiatres traitants et préfets. Les dispositions de l'article L.3213-1 précitée doivent ainsi être lues au regard de ces procédures de conciliation prévues aux articles L.3213-9-1 et L.3213-5. En pratique, si un préfet refuse d'autoriser la prise en charge en soins ambulatoires d'un patient jusqu'alors pris en charge en hospitalisation complète, il devra en aviser le directeur de l'établissement de santé qui recueillera alors l'avis d'un second psychiatre. Si ce second avis confirme la possibilité d'une prise en charge autre que sous la forme d'une hospitalisation complète, le préfet devra prendre une décision conforme aux avis médicaux exprimés de façon concordante.

Recommandation (§179, p.77)

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre des mesures effectives visant à ce que les instances décidant du maintien des prises en charge psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation complète dans les services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud, comme celles chargées de contrôler le fondement de ces décisions, accordent une vigilance accrue à la production de certificats médicaux, dans les délais imposés par la législation, décrivant avec précision l'évolution de l'état de santé des patients. Il importe notamment que cette vigilance ne porte pas uniquement sur la sortie du dispositif de soins sans consentement.

Les certificats médicaux évoqués correspondent à deux situations distinctes :

- d'une part, les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre, au maintien, à la modification ou la levée d'une mesure de soins psychiatriques *sur décision du représentant de l'Etat* ;
- d'autre part, les certificats médicaux demandant la mise en œuvre, le maintien, la modification ou la levée d'une mesure de soins psychiatriques *sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent*.

Dans l'un et l'autre cas, le contrôle de l'administration sur la production de ces certificats ne peut porter que sur la conformité de ces certificats à la réglementation applicable, et en aucun cas sur l'appréciation faite de l'état de santé du malade. L'administration vérifie notamment que le certificat médical atteste que les conditions de l'article L.3212-1 du code de la santé publique (impossibilité du consentement et nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale) sont réunies. Lorsque le contenu des certificats médicaux ne correspond pas aux motifs définis par la loi, l'administration demande, soit un nouveau certificat pour clarifier les enjeux médicaux, soit la levée de la mesure.

Commentaire (§180, p.77)

Il convient de prendre les dispositions qui s'imposent afin que l'admission en UMD s'effectue sur des critères clairement définis et uniformisés.

Le Gouvernement prie le Comité de se reporter aux observations développées en réponse à la recommandation formulée au §140.

Commentaire (§182, p.77)

Le CPT encourage les autorités françaises à veiller à ce que les patients placés en UMD ne séjournent dans ce type de structure plus longtemps que ne l'exige leur état de santé.

Le Gouvernement prie le Comité de se reporter aux observations développées en réponse à la recommandation formulée au §140.

Recommandation (§183, 78)

Le Comité recommande d'informer par écrit les patients des décisions de placement ou de renouvellement du placement dans l'USIP de Bron, ainsi que des moyens de contester ces décisions.

Demande d'informations (§183, 78)

Le Comité souhaite recevoir des précisions sur les mesures prises au(x) niveau(x) national et/ou régional visant à réglementer le placement en USIP

La recommandation et la demande d'information formulées par le comité aux §183 appellent de la part du Gouvernement la réponse suivante.

Lors de son admission à l'USIP, le patient reçoit une information précise et circonstanciée. Un dossier de pré-admission est constitué donnant les éléments cliniques, et un certificat est adressé à l'ARS, précisant les arguments du psychiatre sur l'indication d'un séjour à l'USIP.

La durée du séjour se limite en principe à un mois ; si une prolongation du séjour est envisagée, le patient en est informé et cette information est inscrite dans son dossier médical.

Le patient admis à l'USIP dispose, en outre, de la totalité des garanties offertes aux patients relevant d'une mesure de soin psychiatrique sans consentement sous forme d'hospitalisation complète. En application de la loi du 5 juillet 2011 sur les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge des libertés et de la détention (JLD) est saisi dans les quinze jours suivant son admission à l'USIP.

Recommandation (§185, 78)

Le CPT recommande de prendre des dispositions afin qu'aucune hospitalisation sans consentement en UHSA ne soit levée en raison de l'adhésion du patient aux soins sans obtenir au préalable l'accord écrit du patient concerné. A l'évidence, l'accord écrit du patient doit également être fourni par le médecin demandeur lors d'une admission en UHSA avec consentement.

En application des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, le patient dispose du droit à être informé de toutes les décisions concernant sa prise en charge, ainsi que de la possibilité d'exprimer son avis sur les modalités de celle-ci. Dans toute la mesure du possible, selon son état de santé, l'avis du patient doit être pris en considération. En outre, le patient dispose de tous les moyens nécessaires à l'expression de ses droits, et en particulier de celui d'exercer son droit de recours relatif aux soins prodigués (saisine du directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UHSA, de la commission de conciliation et des autorités judiciaires). Les avis du patient sur sa prise en charge sont notés par écrit dans son dossier médical.

Commentaire (§186, p.79)

La décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, imposant la mise en place d'une procédure judiciaire de contrôle, systématique et régulier, des mesures de soins psychiatriques sans consentement, a été accueillie favorablement par l'ensemble des professionnels de santé (...). La mise en place d'un tel dispositif est une avancée en ce sens qu'il permettra l'accès des patients, à intervalles réguliers, à l'instance judiciaire (...). Cela étant, (*dans le cadre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement*), il serait souhaitable que l'avis du psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient soit celui d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Le Gouvernement note que, pour louable et fondée qu'elle soit dans son principe, la désignation d'un psychiatre tiers exerçant dans un autre établissement se heurte aux limites de l'offre de soins psychiatrique dans certains départements.

Demande d'informations (§ 187, p. 80)

Le CPT s'interroge sur certains choix qui ont été faits dans la mise en place du nouveau dispositif. Parmi ces interrogations figurent la première intervention potentiellement tardive du juge (dans les deux semaines suivant l'admission plutôt qu'au terme de la période d'observation et de soins initiale de 72 heures, par exemple), la possibilité d'utiliser des moyens de télécommunications audiovisuelles lors d'audiences, alors que ces moyens semblent peu appropriés (il serait en effet préférable que le juge se rende systématiquement dans l'établissement) et la lourdeur des procédures de sortie du dispositif de soins sans consentement (multitude des avis psychiatriques requis dans certains cas de figure, possibilité ouverte au ministère public d'assortir sa déclaration d'appel à l'encontre d'une ordonnance du juge quant à la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques d'une demande d'effet suspensif, etc.). Le Comité souhaite recevoir les remarques des autorités françaises sur ces points.

Il convient de noter, en premier lieu, que les **délais d'intervention du JLD** sont conformes à la décision du Conseil constitutionnel, dans laquelle celui-ci a considéré que la spécificité des troubles psychiatriques et des soins y afférents justifiait de retenir des délais particuliers. En effet, le Conseil constitutionnel a estimé « *que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible ; que, toutefois, les motifs médicaux et les finalités thérapeutiques qui justifient la privation de liberté des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement peuvent être pris en compte pour la fixation de ce délai ; qu'en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions de l'article L. 337 méconnaissent les exigences de l'article 66 de la Constitution ; qu'en outre, ni l'obligation faite à certains magistrats de l'autorité judiciaire de visiter périodiquement les établissements accueillant des personnes soignées pour des troubles mentaux, ni les recours juridictionnels dont disposent ces personnes pour faire annuler la mesure d'hospitalisation ou y mettre fin ne suffisent à satisfaire à ces exigences* ».

Il s'agit ainsi de permettre aux psychiatres de disposer des délais nécessaires pour évaluer si une hospitalisation complète doit être maintenue après que la « période de crise » éventuelle est passée, lorsque la prise en charge thérapeutique a pu produire des effets bénéfiques, ou si un autre mode de prise en charge qu'en hospitalisation complète ou une levée de la mesure peuvent être envisagés. En tout état de cause, quand bien même il aurait été prévu de soumettre au contrôle du JLD la situation des patients en hospitalisation complète dès le 3^{ème} jour, les délais nécessaires à la saisine du juge (recueil des divers, échanges entre les établissements de santé et les préfets, etc.), à l'examen du dossier par celui-ci et à l'organisation de l'audition n'auraient vraisemblablement pas permis de raccourcir les délais actuels qui voient le JLD être saisi sur la base d'un certificat établi le 6^{ème}, 7^{ème} ou, au plus tard, 8^{ème} jour de l'hospitalisation complète.

En deuxième lieu, le recours à des **moyens audio-visuels** lors des audiences n'est que l'une des modalités retenues pour élargir l'éventail des possibilités d'organisation des audiences devant le JLD en permettant une adaptation aux réalités locales. Le recours à cette modalité est, en outre, encadré par des garanties importantes (accord du patient, absence de contre-indications médicales...). De même, si la loi a prévu la possibilité pour le JLD de se déplacer au sein des établissements de santé pour tenir audience, la systématisation de cette pratique apparaît très improbable au vu de la charge des JLD et des implantations respectives des tribunaux de grande instance et des établissements psychiatriques. En tout état de cause, les modalités de déroulement des audiences feront l'objet d'un bilan dans le cadre du suivi de l'application de la loi, qui portera également sur les modalités de mise en œuvre du contrôle des JLD. Des mesures correctrices pourront alors être proposées en tant que de besoin.

En troisième lieu, la **complexité de certaines procédures** correspond à celle des situations que la loi doit traiter.

Cette complexité résulte notamment de l'attention accordée à la diversité des avis des personnels soignants, qu'ils soient exprimés par un collège (requis pour les patients ayant séjourné en UMD ou les patients ayant été déclarés irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux) ou par une pluralité de psychiatres. Cette diversité est en particulier nécessaire :

- pour renforcer le bien-fondé de l'avis des soignants par l'exercice de la collégialité, s'agissant de patients pour lesquels un avis erroné pourrait avoir des incidences graves au regard de la sécurité de ces patients ou des tiers ;
- pour assurer aux patients ayant séjourné en UMD ou les patients ayant été déclarés irresponsables pénalement les mêmes possibilités qu'aux autres en termes de soins ambulatoires ou de levée des mesures de soins ;
- pour donner enfin au JLD l'éclairage le plus complet possible sur l'état de santé mental du patient afin qu'il puisse juger du bien-fondé de la mesure d'hospitalisation complète sans avoir systématiquement recours à des experts psychiatres en nombre restreint ;

Concourt également à la complexité des procédures la possibilité de faire appel d'une décision de mainlevée assortie d'une demande d'effet suspensif, dans par le souci d'assurer la continuité de la prise en charge du patient entre la décision du JLD et la décision en appel. Cette disposition ne vise que les cas où la mesure est levée par le JLD sans tenir compte d'un avis unanime des psychiatres (et, le cas échéant, du collège et des experts) sur la nécessité de poursuivre les soins en hospitalisation complète, faute de quoi il y aurait un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui.

Demande d'informations (§187, p. 80)

En outre, le CPT souhaite savoir dans quelles conditions les patients bénéficieront de l'aide juridictionnelle.

L'article R.3211-13 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du décret du 18 juillet 2011 prévoit que la personne hospitalisée, lorsqu'elle est avisée de l'audience, est également avisée par le greffe de son droit de demander la désignation d'un avocat d'office (soit parce qu'elle souhaite être assistée, soit parce qu'elle doit être représentée dans le cas où des motifs médicaux s'opposent à son audition).

Il appartient à la personne concernée de formuler une demande d'aide juridictionnelle, soit directement au greffe, soit par l'intermédiaire du directeur d'établissement. La désignation est faite dans tous les cas par le bâtonnier à la demande de la juridiction. Une fois la désignation opérée, elle est transmise au bureau d'aide juridictionnelle (BAJ) qui apprécie si la personne peut bénéficier de cette aide, auquel cas les frais d'avocat incombent à l'Etat. Les ressources sont une condition d'octroi de cette aide mais les BAJ ont la possibilité de passer outre si la situation de la personne apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige.

Commentaire (§188, p.80)

Le CPT est d'avis que l'admission en soins sans consentement d'une personne capable de discernement dans un établissement/service de psychiatrie ne doit pas être interprétée comme autorisant automatiquement un soin particulier sans son consentement. Qu'elle soit hospitalisée de manière volontaire ou non, toute personne capable de discernement doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Il s'ensuit, entre autres, qu'elle devrait recevoir des informations complètes et exactes sur son état de santé et le traitement envisagé. Si un patient bien informé doit être traité contre son gré, il convient d'établir des critères précis en la matière et de mettre en place des procédures selon lesquelles de tels cas de figure peuvent être autorisés (procédures qui devraient permettre l'obtention d'un second avis médical, au-delà de celui du ou des médecins proposant le traitement). Le CPT invite les autorités françaises à prendre des mesures afin que ce principe soit clairement reflété dans la législation et respecté dans les faits (en ce qui concerne le recours à la sismothérapie, voir paragraphe 138).

Le fait d'aménager, pour les patients hospitalisés sans leur consentement, une procédure distincte de consentement aux traitements aurait pour inconvénient majeur de permettre, en cas de refus du patient de consentir aux soins, que ce dernier puisse simplement être retenu dans établissement de santé sans être autrement pris en charge d'un point de vue médical.

Certaines législations européennes prévoient cette possibilité. Ce choix n'a en revanche jamais été retenu en France où les législations successives exigent que tout patient hospitalisé sans son consentement reçoive les soins adaptés à son état. Les patients hospitalisés dans ce cadre le sont parce que leur état mental nécessite des soins mais ne leur permet pas d'en avoir conscience. Aussi serait-il difficilement justifiable, dès lors qu'un tel besoin a été médicalement constaté, que des personnes en souffrance ou empêchées de consentir à leur traitement en raison de leurs troubles mentaux, soient maintenues dans un établissement de santé sans bénéficier d'aucune prise en charge thérapeutique et, par voie de conséquence, à seule fin d'être internés.

Ainsi, et quoique les médecins soient toujours attachés à rechercher l'adhésion du patient à son traitement, il demeure toujours des circonstances particulières et difficiles dans lesquelles il leur est nécessaire de passer outre l'opposition du patient, en particulier lorsque ce dernier encourt un risque vital. Tel est l'équilibre voulu par la loi du 5 juillet 2011, aux termes de laquelle « *l'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible* » (article L.3211-3 du code de santé publique).

Commentaire (§189, p.81)

Le CPT invite les autorités françaises à veiller à ce que les patients bénéficient toujours 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 ce contexte, il convient d'une part d'améliorer la lisibilité des informations sur leur situation juridique, leurs droits et les voies de recours disponibles et d'autre part de veiller à ce que les patients puissent bénéficier d'explications de la part de personnes chargées de les assister (personnes de confiance, représentants d'organismes de défense des droits, etc.).

Dans les cas d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, il importe également d'informer systématiquement les tiers demandeurs des différentes étapes de la procédure de soins sans consentement ; ce n'était pas toujours le cas au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif lors de la visite de 2010.

L'information des patients sur leurs droits donne lieu à différentes actions :

- *des actions d'information à destination des patients*, pour lesquelles des plaquettes sur les droits et les possibilités de recours seront prochainement élaborées en concertation avec les associations d'usagers ;
- *des actions de formation pour les professionnels de santé intervenant dans les soins psychiatriques*, rappelant à ces derniers l'obligation d'informer les patients et de recueillir leur avis sur les mesures les concernant ; à cette fin, le ministère de la Santé participe à la conception de formations avec des organismes ad hoc et a mis en place sur son site internet du ministère un volet dédié à la loi du 5 juillet 2011 ayant vocation à être prochainement enrichi de documents sur les droits des usagers ;
- *des actions à l'attention des membres des commissions départementales des soins psychiatriques* pour lesquels une journée de formation a été organisée par la Direction générale de la santé en décembre 2011.

Enfin, une évaluation de l'impact de la loi est prévue, dans le cadre de laquelle l'efficacité de ces mesures aura vocation à être mesurée.