



CPT/Inf (2012) 13

Rapport

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

du 28 novembre au 10 décembre 2010

Le Gouvernement de la République française a demandé la publication du rapport susmentionné du CPT et de sa réponse (CPT/Inf (2012) 14), 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

TABLE DES MATIERES

Copie de la lettre transmettant le rapport du CPT	4
I. INTRODUCTION.....	5
A. Dates de la visite et composition de la délégation.....	5
B. Etablissements visités.....	5
C. Consultations et coopération.....	6
D. Mise en place d'un mécanisme national de prévention	9
II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES .	10
A. Etablissements relevant des forces de l'ordre	10
1. Mauvais traitements.....	10
2. Garanties contre les mauvais traitements	13
3. Conditions de détention	18
B. Centres de rétention administrative.....	21
1. Remarques préliminaires	21
2. Mauvais traitements.....	22
3. Conditions de rétention.....	23
4. Services de santé.....	25
5. Autres questions	27
C. Etablissements pénitentiaires.....	30
1. Remarques préliminaires	30
2. Mauvais traitements.....	32
3. Détenus soumis à des régimes de détention spéciaux	33
a. détenus particulièrement signalés	33
b. détenus placés à l'isolement sur décision administrative.....	35
4. Conditions de détention de la population carcérale générale	37
a. conditions matérielles.....	37
b. régime de détention	39
5. Services de santé.....	41
6. Autres questions	46
a. ressources en personnel.....	46
b. discipline	47
c. fouilles de sécurité.....	49
d. moyens de contrainte.....	50
e. contacts avec le monde extérieur	51
f. informations sur les droits.....	53
g. expression des détenus	53

D. Etablissements psychiatriques	54
1. Remarques préliminaires	54
2. Mauvais traitements.....	56
3. Prise en charge des patients « difficiles ».....	57
4. Patients pris en charge en unité de soins intensifs psychiatriques.....	60
5. Prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier	62
6. Prise en charge des patients en service de psychiatrie générale	65
7. Ressources en personnel.....	68
8. Mise en chambre d'isolement et mise sous contention	71
9. Garanties	75
ANNEXE I : Liste des recommandations, commentaires et demandes d'informations du CPT.....	82
ANNEXE II : Liste des autorités nationales, autres instances et organisations rencontrées par la délégation du CPT.....	103

Copie de la lettre transmettant le rapport du CPT

Monsieur Jerry Sainte Rose
13 avenue de Villard
78150 LE CHESNAY

Strasbourg, le 29 juillet 2011

Monsieur,

Conformément à l'article 10, paragraphe 1, de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, j'ai l'honneur de vous adresser le rapport au Gouvernement de la République française établi par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) à l'issue de la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. Le rapport a été adopté par le CPT lors de sa 75^e réunion, qui s'est tenue du 4 au 8 juillet 2011.

Les recommandations, commentaires et demandes d'informations du CPT figurent à l'annexe I. En ce qui concerne plus particulièrement ses recommandations, le Comité demande aux autorités françaises, eu égard à l'article 10 de la Convention, de fournir dans un délai de **six mois** une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises pour les mettre en œuvre.

Le CPT espère vivement qu'il sera également possible pour les autorités françaises de fournir, dans cette réponse, leurs réactions aux commentaires formulés dans ce rapport et résumés dans l'Annexe I, ainsi que des réponses aux demandes d'informations.

En ce qui concerne les informations demandées aux paragraphes 14, 140 et 151, le Comité souhaite recevoir une réponse dans un délai de **trois mois**.

Je reste à votre entière disposition pour toute question que vous souhaiteriez poser au sujet du rapport ou de la procédure à venir.

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

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

I. INTRODUCTION

A. Dates de la visite et composition de la délégation

1. Conformément à l'article 7 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après « la Convention »), une délégation du CPT a effectué 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 onzième visite du Comité en France.¹

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

- Marc NEVE, chef de la délégation
- Dan DERMENGIU
- Anna LAMPEROVÁ
- Joan Miquel RASCAGNERES.

Ils étaient secondés par Johan FRIESTEDT et Muriel ISELI, du Secrétariat du Comité, et assistés de :

- Timothy HARDING, psychiatre, ancien directeur de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève
- Christian-Nils ROBERT, professeur honoraire de droit pénal à l'université de Genève.

B. Etablissements visités

3. La délégation a visité les lieux suivants :

Etablissements relevant du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration

- Service accueil, recherche et investigation judiciaire (SARIJ), 18^e arrondissement, Paris
- Hôtel de police de Béthune (Pas-de-Calais)
- Hôtel de police de Bobigny (Seine-Saint-Denis)
- Hôtel de police de Lille (Nord)
- Hôtel de police de Rouen (Seine Maritime)
- Hôtel de police de Vénissieux/Saint-Fons (Rhône)

¹ Les précédentes visites périodiques du CPT en France ont eu lieu en octobre/novembre 1991, en octobre 1996, en mai 2000 et en septembre/octobre 2006. En outre, le Comité a effectué six visites « ad hoc », en juillet 1994 (deux visites), en juin 2002, en juin 2003, en décembre 2004 et en décembre 2008. Tous les rapports de visite du CPT et les réponses du Gouvernement français ont été publiés et sont disponibles sur le site Internet du Comité (www.cpt.coe.int).

- Brigade territoriale de proximité chef-lieu de la gendarmerie nationale de Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais)
- Centre de rétention administrative de Paris-Vincennes
- Centre de rétention administrative de Rouen-Oissel (Seine Maritime)

Etablissements relevant du ministère de la Justice et des Libertés

- Centre pénitentiaire du Havre (Seine Maritime)
- Maison centrale de Poissy (Yvelines)

Etablissements relevant du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

- Groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne), y compris l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin
- Etablissement public de santé mentale Val de Lys-Artois à Saint-Venant (Pas-de-Calais)
- Centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron (Rhône), en particulier l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour l'accueil des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques et l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

C. Consultations et coopération

4. La délégation a eu des consultations avec François MOLINS, directeur de cabinet du garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Libertés, Marguerite BERARD-ANDRIEU, directrice de cabinet du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et Guillaume LARRIVE, directeur-adjoint du cabinet du ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration, ainsi qu'avec d'autres hauts fonctionnaires de ces ministères.²

De plus, la délégation a rencontré Jean-Marie DELARUE, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ainsi que des membres de la Commission nationale consultative des droits de l'homme et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité, et des représentants du Médiateur de la République. Elle a également eu des entretiens avec des membres d'organisations non gouvernementales actives dans des domaines intéressant le CPT.

La liste des autorités nationales, des instances et des organisations rencontrées lors de la visite figure à l'annexe II au présent rapport.

² Les ministres concernés, qui venaient d'être nommés à la suite d'un remaniement ministériel peu avant la visite, n'ont pas pu rencontrer la délégation. Celle-ci avait été informée que leur présence était requise dans le cadre du 13^e Conseil des ministres franco-allemand du 10 décembre 2010 à Fribourg-en-Brisgau, en Allemagne.

5. Mises à part les deux exceptions mentionnées dans ce même paragraphe, la délégation a bénéficié d'une excellente coopération tout au long de la visite. Plus précisément, elle a généralement obtenu un accès rapide aux lieux de privation de liberté et à l'ensemble des documents nécessaires à l'accomplissement de sa tâche, et elle a pu s'entretenir sans témoin avec les personnes privées de liberté qu'elle a souhaité rencontrer. La coopération peut même être qualifiée d'exemplaire en ce qui concerne l'établissement public de santé mentale Val de Lys-Artois à Saint-Venant ; ce point mérite d'autant plus d'être souligné que la direction de l'établissement n'avait apparemment reçu aucune information au préalable sur le mandat et les compétences du CPT de la part des autorités centrales ou régionales de santé.

La première exception vise le personnel médical de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) travaillant dans la maison centrale de Poissy, lequel a initialement refusé de fournir à la délégation toute information à caractère médical. La situation a pu être débloquée à la suite de l'intervention d'un agent de liaison. La deuxième exception concerne le centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron, dont le directeur a refusé l'accès de la délégation à l'établissement pendant plus d'une heure et a ensuite remis en question les prérogatives du Comité. Ainsi, la visite effective des lieux a été retardée d'environ deux heures et n'a pu avoir lieu qu'après l'intervention de deux agents de liaison. **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.**

6. Alors que la délégation venait d'entamer sa visite en France, elle a eu connaissance du décès d'un homme lors de son interpellation le 29 novembre 2010 à Colombes, dans le département des Hauts-de-Seine (voir paragraphe 12). A l'issue de la visite, la délégation a demandé à être informée, dans un délai de deux mois, des premiers résultats des enquêtes menées suite à ce décès et recevoir copie des enregistrements vidéo de l'interpellation, du rapport d'autopsie et de tous examens complémentaires. Cette demande a été confirmée par lettre du Président du CPT en date du 14 janvier 2011.

Par courrier du 14 mars 2011, les autorités françaises ont indiqué qu'une information judiciaire avait été ouverte par le Parquet de Nanterre le 27 décembre 2010 et que l'enquête avait été confiée à un magistrat instructeur du tribunal de grande instance de Nanterre. Dans ce même courrier, les autorités ont fait savoir que cette information judiciaire étant toujours en cours, les éléments d'enquête disponibles étaient couverts par le secret de l'instruction et n'étaient donc pas susceptibles d'être communiqués au Comité. Par ailleurs, les autorités françaises n'ont pas fourni de renseignements sur les premiers résultats d'autres enquêtes (administratives, par exemple) qui auraient éventuellement été menées.

Le CPT tient à souligner que l'examen de l'effectivité des mesures prises par les autorités chargées de l'enquête ou de l'instruction en pareil cas fait partie intégrante du mandat du Comité, eu égard aux répercussions qu'ont de telles mesures pour le comportement futur des agents de l'Etat. En vertu de l'article 8, paragraphe 2, alinéa d, de la Convention, les Parties sont dans l'obligation de fournir au CPT toute information à leur disposition qui est nécessaire à l'accomplissement de sa tâche. Naturellement, en recherchant cette information, le Comité tient compte des règles de droit et de déontologie applicables au niveau national et respecte son éventuel caractère confidentiel. Ceci peut avoir des implications s'agissant de la manière dont l'information recherchée est fournie au Comité. Toutefois, rien ne peut justifier un refus pur et simple de fournir les informations pertinentes dans le cadre des activités du CPT. **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.** Dans ce contexte, il est fait référence à la demande formulée au paragraphe 14.

7. Il convient de souligner que le principe de coopération entre les Parties à la Convention et le CPT ne se limite pas aux mesures prises pour faciliter la tâche d'une délégation qui effectue une visite et à la communication d'informations nécessaires à l'exercice de son mandat. Il exige également que des mesures témoignant d'une ferme détermination soient prises en vue d'améliorer la situation à la lumière des recommandations du CPT. A cet égard, le Comité relève avec satisfaction un certain nombre d'évolutions encourageantes. Des réformes avaient été adoptées ou étaient engagées, au moment de la visite de 2010, dans plusieurs domaines intéressant de près le CPT. Toutefois, certaines préoccupations du Comité, parfois exprimées de longue date, n'ont trouvé au mieux qu'un écho partiel dans le cadre de l'action menée par les autorités françaises.

A titre d'illustration, la nouvelle loi relative à la garde à vue du 14 avril 2011, en débat au Parlement lors de la visite, permet désormais de garantir à toute personne placée en garde à vue le droit d'être assistée par un avocat dès le début de la mesure. Cela étant, la possibilité de différer l'exercice de ce droit vide en partie de son sens la démarche des autorités françaises en la matière.

Dans le domaine carcéral, le Comité prend acte de l'entrée en vigueur, environ un an avant la visite, de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Toutefois, certains types de situations ayant donné lieu à de vives préoccupations de la part du CPT, telles que les conditions dans lesquelles les détenus étaient transférés en établissement de santé de proximité et y recevaient des soins médicaux, étaient toujours d'actualité lors de la visite de 2010.

Dans le domaine de la prise en charge psychiatrique sans consentement, d'importantes avancées ont été constatées. Les mesures visant à permettre un contrôle judiciaire systématique et régulier en font partie. Cependant, certaines situations, ayant notamment trait à la prise en charge des patients « difficiles » en attente de placement en unité de soins sécurisée ou des personnes détenues admises en secteur de psychiatrie générale, doivent trouver une solution de toute urgence.

Il est impératif de prendre des mesures résolues afin d'améliorer la situation de l'ensemble des personnes privées de liberté, à la lumière des recommandations formulées dans ce rapport, dans le respect du principe de coopération qui est au cœur de la Convention.

D. Mise en place d'un mécanisme national de prévention

8. Dans leur réponse au rapport du CPT relatif à la visite de 2006, les autorités françaises ont fait part au Comité d'un développement majeur en matière de prévention de la torture et autres formes de mauvais traitements en France, à savoir la promulgation de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté,³ en application du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Au cours de la visite de 2010, la délégation du CPT a pu constater que ce mécanisme était unanimement reconnu pour sa contribution à l'amélioration du traitement des personnes privées de liberté en France.

³ Loi n° 2007-1545 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté publiée au Journal officiel le 31 octobre 2007.

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES

A. Etablissements relevant des forces de l'ordre

9. La délégation du CPT s'est rendue dans un certain nombre d'établissements relevant des forces de l'ordre, en grande partie de la police nationale, à Paris et dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais, du Rhône, de Seine-Maritime et de Seine-Saint-Denis.

Lors de la visite, le régime de la garde à vue faisait l'objet d'une importante réforme, laquelle a abouti à l'adoption de la loi relative à la garde à vue du 14 avril 2011.⁴ L'un des objectifs de la loi consistait à maîtriser le nombre de gardes à vue. A cette fin, la nouvelle législation encadre davantage le recours à cette mesure et, le cas échéant, son renouvellement, sans modifier la durée de la garde à vue.⁵ Un autre objectif de la loi était d'accroître les droits des personnes gardées à vue, notamment en ce qui concerne l'assistance de l'avocat aux auditions et confrontations.

1. Mauvais traitements

10. La plupart des personnes qui étaient ou avaient récemment été privées de liberté par les forces de l'ordre ont indiqué avoir été traitées correctement tant au moment de leur interpellation que lors des auditions qui ont suivi.

Cependant, la délégation a recueilli quelques allégations d'usage excessif de la force au moment de l'interpellation ainsi que de coups assénés peu après l'interpellation (notamment des gifles, des coups de poing et/ou des coups de pied une fois la personne maîtrisée). En outre, un certain nombre de personnes rencontrées se sont plaintes d'avoir fait l'objet d'un menottage excessivement serré, en dépit de leurs plaintes répétées auprès des agents interpellateurs. L'ensemble de ces allégations visaient des fonctionnaires de divers services de la police nationale. Certaines d'entre elles concernaient des personnes mineures et des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

⁴ Loi n° 2011-392 relative à la garde à vue, publiée au Journal officiel le 15 avril 2011, dont l'entrée en vigueur était prévue le 1^{er} juin 2011. Suite à quatre arrêts de la Cour de Cassation le 15 avril 2011 ayant trait au droit d'être assisté par un avocat dès le début de la garde à vue, le Gouvernement français a décidé de faire appliquer les nouvelles dispositions en la matière sans attendre.

⁵ Dans le cadre du *régime de garde à vue de droit commun*, une personne soupçonnée d'avoir commis ou tenté de commettre une infraction pénale peut être placée en garde à vue par un officier de police judiciaire pour une période allant jusqu'à 24 heures (le début de la mesure étant fixée, le cas échéant, à l'heure à laquelle la personne a été appréhendée), renouvelable une fois sur autorisation écrite et motivée du procureur, portant ainsi la durée maximale de garde à vue à 48 heures avant présentation devant un juge (voir article 63 du Code de procédure pénale). Dans le cadre du *régime dérogatoire de la garde à vue* (criminalité et délinquance organisées), un juge peut, à titre exceptionnel et suite à la présentation de la personne gardée à vue devant lui, décider de la prolongation de la mesure pour une période pouvant aller jusqu'à 48 heures supplémentaires. En outre, s'il ressort des premiers éléments de l'enquête ou de la garde à vue elle-même qu'il existe un risque sérieux de l'imminence d'une action terroriste en France ou à l'étranger ou que les nécessités de la coopération internationale le requièrent impérativement, le juge peut, à titre exceptionnel et sur présentation de l'intéressé, décider de prolonger à nouveau la garde à vue jusqu'à 48 heures supplémentaires (voir articles 706-73, 706-88 et 706-88-1 du Code de procédure pénale dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} juin 2011).

Dans plusieurs cas, les médecins de la délégation ont constaté l'existence de blessures et/ou de marques aux poignets compatibles avec les allégations recueillies.

11. Les efforts des autorités françaises visant à réduire les risques de violences policières se sont traduits ces dernières années à différents niveaux, notamment par le biais d'un rappel des prescriptions quant à l'usage maîtrisé de la force au moment de l'interpellation et d'une réadaptation du dispositif de formation. **Le CPT recommande aux autorités françaises de poursuivre leur action en la matière 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).**

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.

12. Comme le CPT l'a déjà évoqué au paragraphe 6, la délégation a eu connaissance du décès d'un homme peu après son interpellation le 29 novembre 2010 à Colombes, interpellation au cours de laquelle des fonctionnaires de police auraient notamment fait usage de pistolets à impulsions électriques (PIE) et d'autres moyens de « force intermédiaire » (bombes de produit incapacitant, bâtons de défense) afin de maîtriser la personne en question.

13. Le même jour, lors d'une première rencontre avec des hauts fonctionnaires du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration, la délégation a été informée des mesures prises au niveau des forces de l'ordre en vue de réduire les risques liés à l'usage des PIE. A titre d'illustration, la nouvelle instruction d'emploi relative à l'utilisation de ce type d'armement, en date du 26 janvier 2009 et émanant du directeur général de la police nationale, apporte des précisions quant aux conditions juridiques d'utilisation, aux dispositifs de contrôle (traçabilité), aux modalités pratiques d'emploi, à la conduite à tenir après utilisation, à la formation et au suivi.

Sur nombre de points, l'instruction précitée rejoint les éléments de réflexion et les préconisations du Comité en ce qui concerne les armes à impulsions électriques.⁶ 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.⁷ 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.⁸ 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.⁹ 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.

Le CPT recommande de revoir l'ensemble des instructions d'emploi relatives à l'utilisation des PIE, à la lumière des remarques qui précèdent. 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.

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.

⁶ Voir les paragraphes 65 à 84 du 20^e [Rapport général du CPT](#).

⁷ Les agents de police municipale sont désormais autorisés à utiliser ce type d'armement (voir décret ministériel n° 2010-544 du 26 mai 2010 modifiant le décret n° 2000-276 du 24 mars 2000 fixant les modalités d'application de l'article L. 412-51 du code des communes et relatif à l'armement des agents de police municipale, et arrêté ministériel du 26 mai 2010 relatif aux précautions d'emploi du pistolet à impulsions électriques par les agents de police municipale). Au moment de la visite, 13 communes étaient concernées. Deux autres communes allaient s'ajouter à cette liste, une fois les agents de police municipale formés et habilités à utiliser le PIE.

⁸ Il convient de signaler à cet égard que les agents de police municipale ne peuvent utiliser ce type d'armement qu'en situation de légitime défense.

⁹ Le Comité relève que, dans le cas des agents de police municipale, l'usage de ces armes est interdit, entre autres, à l'égard des enfants et des femmes visiblement enceintes (voir circulaire du 11 juin 2010 relative aux recommandations d'emploi relatives à l'utilisation par les agents de police municipale du pistolet à impulsions électriques).

14. Il importe également que les enquêtes portant sur les possibles utilisations abusives des moyens de « force intermédiaire » (y compris les PIE) soient menées conformément aux critères d'« effectivité » établis dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et mis en avant par le CPT dans son 14^e Rapport général. 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.**

15. Lors de la visite de 2010, la délégation a été informée que les démarches visant à éviter tout recours excessif aux fouilles intégrales de sécurité des gardés à vue, notamment en exigeant des fonctionnaires de police qu'ils agissent avec davantage de discernement en la matière, n'avaient pas porté leurs fruits. Le CPT relève avec intérêt que la loi relative à la garde à vue du 14 avril 2011 proscrit ce type de mesure.¹⁰

2. Garanties contre les mauvais traitements

16. Le droit de toute personne en garde à vue à un avocat dès le début de la mesure est, de l'avis du CPT, l'une des garanties les plus fondamentales contre les mauvais traitements. La reconnaissance de ce droit constitue une recommandation phare formulée par le Comité depuis sa première visite en France en 1991.

17. La loi relative à la garde à vue du 14 avril 2011 comporte sans conteste certaines avancées en la matière.¹¹ Elle comprend trois volets essentiels du point de vue de la prévention des mauvais traitements : (i) la possibilité, étendue en principe à tout gardé à vue, d'avoir un entretien confidentiel avec un avocat dès le début de la mesure et, le cas échéant, dès le début de sa prolongation ; (ii) l'accès de l'avocat au procès verbal constatant la notification de la garde à vue et les droits qui y sont rattachés, les certificats médicaux et les procès-verbaux d'audition de la personne qu'il assiste ; (iii) l'assistance de l'avocat aux auditions et confrontations de la personne gardée à vue.¹²

¹⁰ L'article 63-6 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011 prévoit que les mesures de sécurité ayant pour objet de s'assurer que la personne gardée à vue ne détient aucun objet dangereux pour elle-même ou pour autrui « ne peuvent consister en une fouille intégrale ». En revanche, lorsqu'il est indispensable pour les nécessités de l'enquête de procéder à une fouille intégrale d'une personne gardée à vue, celle-ci doit être décidée par un officier de police judiciaire et réalisée dans un espace fermé par une personne de même sexe que la personne faisant l'objet de la fouille. La fouille intégrale n'est possible que si la fouille par palpation ou l'utilisation des moyens de détection électronique ne peut être réalisée (voir article 63-7 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011).

¹¹ Certaines dispositions font en partie suite à une décision du Conseil constitutionnel rendue dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité en application de l'article 61-1 de la Constitution (voir décision n° 2010-14/22 QPC du 30 juillet 2010). Voir également les arrêts n^{os} 5699, 5700 et 5701 rendus par la Cour de Cassation le 19 octobre 2010.

¹² Voir les articles 63-3-1, 63-4, 63-4-1 et 63-4-2 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011.

En ce qui concerne ce dernier volet, la loi dispose que la première audition ne peut débiter sans la présence de l'avocat choisi ou commis d'office avant l'expiration d'un délai de deux heures suivant la demande formulée par la personne gardée à vue d'être assistée par un avocat. Toutefois, lorsque les nécessités de l'enquête exigent une audition immédiate de la personne, le procureur peut autoriser, par décision écrite et motivée, que l'audition débute sans attendre l'expiration de ce délai ; **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.**

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.**

18. Le CPT relève avec préoccupation que la loi offre à un magistrat la possibilité de différer la présence d'un avocat lors des auditions et confrontations, voire tout contact de la personne gardée à vue avec un avocat.

Dans le cadre du *régime de droit commun de la garde à vue*,¹³ la présence de l'avocat lors des auditions et confrontations peut être différée pendant une période allant jusqu'à 12 heures, sur autorisation du procureur ou du juge, 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. Lorsque la personne est gardée à vue pour un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement supérieure ou égale à cinq ans, le juge peut différer la présence de l'avocat lors des auditions et confrontations jusqu'à 24 heures.¹⁴

Dans le cadre du *régime dérogatoire de la garde à vue*, tout contact avec l'avocat peut être différé 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, pendant une durée maximale de 48 heures. Lorsqu'il s'agit d'une infraction liée au trafic de stupéfiants ou au terrorisme, le juge peut différer la présence d'un avocat pendant une durée maximale de 72 heures.¹⁵

¹³ Voir note de bas de page 5.

¹⁴ Article 63-4-2 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011. Cette mesure n'affecte pas la possibilité, pour tout gardé à vue, d'avoir un entretien confidentiel avec un avocat dès le début de la mesure et, le cas échéant, dès le début de sa prolongation, en vertu de l'article 63-4 du même code.

¹⁵ Article 706-88 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011.

19. Depuis plus de vingt ans, le CPT a fait le même constat à travers l'Europe : les personnes privées de liberté par les forces de l'ordre courent un risque accru de mauvais traitements au cours de la période qui suit immédiatement l'interpellation. L'existence du droit de tout gardé à vue d'être assisté par un avocat dès le début de la mesure a un effet dissuasif sur ceux qui seraient enclins à maltraiter les personnes gardées à vue. En outre, un avocat est bien placé pour prendre les mesures qui s'imposent si de telles personnes sont ou ont récemment été maltraitées. Le Comité conçoit très bien que, à titre exceptionnel et dans les intérêts légitimes de l'enquête, il puisse être nécessaire de différer l'accès d'une personne gardée à vue à l'avocat de son choix. En revanche, une telle mesure ne doit pas avoir pour conséquence le refus total du droit à l'accès à un avocat pendant la période de privation de liberté. **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.**

20. Lors de la visite de 2010, nombre d'interlocuteurs, y compris au niveau des forces de l'ordre, ont fait part de leurs inquiétudes quant à la capacité des avocats à intervenir dès le début de la garde à vue lorsque le nouveau dispositif serait en place. Sous l'empire des textes en vigueur au moment de la visite, la consultation des registres et des « billets » de garde à vue a confirmé ces inquiétudes ; les avocats n'intervenaient pas toujours lorsqu'ils étaient appelés. **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.).**

21. Il est apparu lors de la visite de 2010 que le droit d'être examiné par un médecin était généralement observé. Dans les grandes villes, les membres des forces de l'ordre faisaient généralement appel aux médecins travaillant pour le compte d'associations de permanence de soins (SOS médecins notamment) ou aux médecins des unités médico-judiciaires. En dehors des grandes villes, des difficultés pouvaient intervenir lorsqu'il fallait faire appel à des médecins la nuit. En cas d'indisponibilité des médecins contactés, la personne gardée à vue était escortée en milieu hospitalier.

Les médecins examinaient les personnes détenues dans le respect de la confidentialité, déterminaient la compatibilité de leur état de santé avec le maintien en garde à vue, procédaient aux constatations utiles (blessures, etc.) et dispensaient les soins nécessaires. Toutefois, il ressort des observations de la délégation que les consultations médicales étaient souvent sommaires (absence d'examens physiques) et les soins prodigués pouvaient parfois laisser à désirer. A titre d'illustration, sur ce dernier point, un membre médical de la délégation a observé à l'hôtel de police de Rouen que les blessures d'une personne gardée à vue n'avaient été ni désinfectées, ni pansées ; or, la personne en question avait été examinée à deux reprises par un médecin depuis son placement en garde à vue. **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.**

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.**

22. En ce qui concerne le droit de faire prévenir un proche de la situation de la personne gardée à vue, la délégation n'a en général pas constaté de problèmes particuliers au cours de la visite de 2010. La nouvelle législation précise par ailleurs que les diligences incombant aux enquêteurs en la matière doivent intervenir, sauf en cas de circonstance insurmontable, au plus tard dans un délai de trois heures à compter du moment où la personne a formulé la demande d'aviser un proche.¹⁶

Il convient de rappeler également que si l'officier de police judiciaire estime, en raison des nécessités de l'enquête, ne pas devoir faire droit à cette demande, il doit en référer sans délai au procureur qui décide, s'il y a lieu, d'y faire droit.¹⁷ Bien évidemment, le CPT reconnaît que l'exercice du droit de faire prévenir un proche peut être soumis à certaines exceptions, destinées à protéger les intérêts légitimes de l'enquête. De telles exceptions doivent toutefois être clairement définies et strictement limitées dans le temps. **Le Comité souhaite recevoir des précisions sur la définition des « nécessités de l'enquête » qui peuvent justifier l'imposition d'une telle mesure.**

De plus, **le CPT recommande que la possibilité de ne pas faire droit à la demande de faire prévenir un proche soit limitée à une période maximale de 48 heures, et ce quel que soit le type d'infraction en cause** ; ceci constituerait un juste équilibre entre les nécessités de l'enquête et les intérêts de la personne gardée à vue.

23. Dans l'ensemble, il est apparu lors de la visite que les personnes placées en garde à vue avaient rapidement bénéficié d'informations sur leurs droits, y compris sur les trois droits évoqués plus haut.

La délégation a toutefois constaté que l'information relative aux droits avait été différée dans le cas de personnes gardées à vue ne maîtrisant pas le français, dans l'attente d'un interprète permettant la notification de ces droits dans leur langue. Aucun formulaire, dans une langue qu'elles comprenaient, ne leur avait été fourni ; de plus, elles avaient parfois reçu oralement (en anglais) des informations erronées sur leurs droits. **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.**

¹⁶ Article 63-2 du Code de procédure pénale en vigueur le 1^{er} juin 2011.

¹⁷ Articles 63-2 et 706-88-1 du Code de procédure pénale.

24. Au cours de la visite de 2010, la délégation a rencontré des mineurs qui n'auraient pas bénéficié d'informations sur leurs droits, et auraient été auditionnés par la police et amenés à signer des documents en l'absence d'une personne adulte de confiance ou d'un avocat (aucun enregistrement audiovisuel des auditions n'aurait par ailleurs été réalisé, contrairement à ce qui est prévu par les dispositions légales en vigueur¹⁸). **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.**

25. La tenue des registres de garde à vue et d'écrou pour ivresse publique manifeste comme des « billets » de garde à vue était variable d'un établissement visité à l'autre. Dans certains établissements, les informations consignées reflétaient divers aspects de la privation de liberté et permettaient un suivi précis du respect de l'exercice des droits des personnes gardées à vue. En revanche, dans d'autres établissements (à l'hôtel de police de Vénissieux/Saint Fons, par exemple), la traçabilité des placements en cellule de garde à vue ou de dégrisement laissaient sérieusement à désirer (absence de dates et/ou d'heures de transfert ou remise en liberté, etc.). Dans ces mêmes établissements, le contrôle de l'exercice des droits était souvent impossible ; il est apparu lors de discussions avec des fonctionnaires de police que l'enregistrement de ces informations n'était qu'une formalité et que le suivi de l'exercice des droits et sa traçabilité étaient exclusivement du ressort des officiers de police judiciaire. Le CPT se doit de rappeler que l'enregistrement de ces informations n'est pas seulement une exigence administrative, mais il est également une garantie contre les mauvais traitements. **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.**

¹⁸ Voir l'article 4 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, tel que modifiée par la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, publiée au Journal officiel du 16 juin 2000.

3. Conditions de détention

26. Sur plusieurs points, les cellules de l'hôtel de police de Lille offraient des conditions satisfaisantes aux personnes gardées à vue. Les 20 cellules individuelles mesuraient 7 m², les quatre cellules pour mineurs 7,6 m², et les sept cellules collectives entre 9,5 et 27,5 m². Les cellules étaient équipées d'un ou plusieurs bat-flanc(s), de toilettes partiellement cloisonnées et d'une arrivée d'eau. Le personnel pouvait actionner des rideaux situés à l'intérieur des façades vitrées des cellules afin de réduire, en période de repos, l'intensité de la lumière artificielle en provenance des couloirs. Les cellules étaient également équipées de systèmes d'appel et de vidéosurveillance.

Cependant, le système de chauffage était déficient, y compris dans les locaux du personnel (une température d'à peine plus de 10°C a été relevée dans certaines pièces et cellules au moment de la visite). De plus, les personnes placées en cellule de garde à vue n'avaient pas de couvertures, le personnel jugeant les quelques couvertures disponibles impropres à leur utilisation. En outre, les locaux étaient d'une saleté repoussante (flaques de sang coagulé au niveau du sol, vomissures séchées sur les bat-flancs, etc.). Par ailleurs, un certain nombre de cellules avaient été mises hors service (en raison de la dégradation des façades vitrées), sans que les réparations appropriées ne soient réalisées (faute de financement).

27. Certaines insuffisances évoquées plus haut ont également été observées dans les cellules de l'hôtel de police de Rouen, notamment le froid ambiant et l'impossibilité d'obtenir une couverture, voire un matelas, pour un certain nombre de gardés à vue. En outre, les cellules étaient mal aérées et sales. Les gardés à vue devaient en règle générale attendre une vingtaine de minutes avant d'avoir accès aux cabinets de toilettes, lesquels offraient également le seul point d'eau potable. Aucun produit d'hygiène personnelle, pas même du papier de toilette, n'avait été mis à la disposition des gardés à vue. Par ailleurs, les cellules n'étaient pas équipées de système d'appel.

28. Dans les cellules des autres locaux de police visités, qui étaient généralement plus anciens, il convient de signaler, outre le froid, voire le manque de couvertures, la taille réduite (4,5 m²), et même très réduite (2,5 m²), de certaines cellules de garde à vue,¹⁹ le manque d'aération et de propreté et l'impossibilité de prendre une douche et de disposer de produits d'hygiène personnelle, y compris lors de séjours prolongés²⁰. Les cellules n'étaient en général pas équipées de système d'appel ; le contrôle visuel par le personnel de police variait de tous les quarts d'heure à toutes les heures (outre le contrôle des cellules par le biais de la vidéosurveillance).

¹⁹ De telles cellules ont été vues au Service accueil, recherche et investigation judiciaire du 18^e arrondissement de Paris, à l'hôtel de police de Béthune et à l'hôtel de police de Vénissieux/Saint Fons.

²⁰ A l'hôtel de police de Bobigny, certaines personnes étaient en garde à vue depuis quatre jours.

29. Les chambres de sûreté de la Brigade territoriale de proximité chef-lieu (BTPCL) de la gendarmerie nationale de Saint-Pol-sur-Ternoise offraient une illustration de l'un des problèmes principaux rencontrés dans le passé : aucun système d'appel n'avait été installé alors que le bâtiment n'était pas occupé en permanence par les gendarmes. En l'absence de personnel dans le bâtiment, la sécurité des gardés à vue dépendait des quelques rondes d'un gendarme en provenance des bâtiments voisins.²¹

30. Dans l'ensemble des établissements de police et de gendarmerie visités, il ressort des constatations de la délégation qu'aucun espace approprié n'avait été prévu pour permettre l'exercice quotidien en plein air des personnes maintenues en garde à vue pendant des périodes prolongées.²²

31. A la lumière de ce qui précède, **le CPT recommande aux autorités françaises de faire en sorte que :**

- **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 ;**
- **les réparations des cellules de l'hôtel de police de Lille soient assurées dans un délai raisonnable en cas de dégradations ;**
- **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 ;**
- **l'aération des cellules des hôtels de police de Bobigny et de Rouen soit améliorée ;**
- **les locaux de détention des hôtels de police de Bobigny, de Lille et de Rouen soient maintenus dans un état de propreté acceptable ;**
- **les stocks de couvertures et de matelas propres soient toujours suffisants dans les établissements visités ;**
- **à l'hôtel de police de Rouen, les personnes gardées à vue aient rapidement accès aux toilettes lorsqu'elles le demandent ;**
- **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 ;**

²¹ Les locaux n'étaient pas équipés de vidéosurveillance.

²² Il convient de rappeler que, dans le cadre du régime dérogatoire de la garde à vue, les personnes concernées peuvent séjourner dans une cellule de police ou une chambre de sûreté de la gendarmerie jusqu'à six jours d'affilée.

- 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 ;
- 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.

32. Dans les bureaux du BTPCL de la gendarmerie de Saint-Pol-sur-Ternoise et de l'hôtel de police de Rouen, ainsi qu'au poste de garde de l'hôtel de police de Béthune, la délégation a observé qu'il pouvait être fait usage de menottes/chaînes fixées à un poids, un banc ou un anneau scellé au sol. Un dispositif similaire avait également été installé dans les cellules d'attente de l'hôtel de police de Lille. D'après le personnel, il s'agissait là de moyens utilisés à titre exceptionnel lorsqu'une personne détenue faisait preuve d'un comportement violent. De l'avis du CPT, de tels dispositifs n'ont pas lieu d'être dans un environnement déjà sécurisé. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures afin que ces dispositifs 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.**

B. Centres de rétention administrative

1. Remarques préliminaires

33. Au moment de la visite, il y avait en France 29 centres de rétention administrative (CRA).²³ Les ressortissants étrangers en situation irrégulière pouvaient y être placés pour une durée maximale de 32 jours.

Une réforme du droit de l'immigration, de l'intégration et de la nationalité était en cours. Dans ce contexte, un projet de loi modifiant le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) était à l'examen. La nouvelle loi a été promulguée le 16 juin 2011.²⁴

Ce texte prévoit notamment un allongement de la durée maximale de rétention de 32 à 45 jours.

34. Aux termes des articles L. 221-1 à L. 221-3 du CESEDA en vigueur lors de la visite, un ressortissant étranger arrivant en France sans être en possession d'une autorisation d'entrée sur le territoire pouvait être maintenu dans une zone d'attente le temps nécessaire à son départ ou, s'il avait demandé l'asile, à un examen visant à déterminer le bien-fondé de sa demande. Les zones d'attente étaient situées à proximité immédiate du point de passage d'une frontière entre la France et un autre pays (aéroports, gares, ports) ; la France métropolitaine en comptait une soixantaine.

Le texte de loi susmentionné introduit une nouvelle disposition dans le CESEDA permettant la création de zones d'attente *ad hoc* s'étendant du ou des lieu(x) où serait découvert un groupe d'au moins dix étrangers venant d'arriver en France jusqu'au point de passage frontalier le plus proche.²⁵ Il ne se conçoit pas que pareilles zones d'attente soient improvisées. **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.

²³ Arrêté du 21 mai 2010 pris en application de l'article R. 553-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (abrogé, et remplacé, par l'arrêté du même nom en date du 28 janvier 2011).

²⁴ Loi n° 2011-672 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité parue au Journal officiel le 17 juin 2011.

²⁵ Le paragraphe II de l'article 10 de la loi modifie l'article L. 221-2 du CESEDA relatif à la définition des zones d'attente en ces termes : « 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. »

35. La délégation du CPT a visité les CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes (relevant de la préfecture de police de Paris) ainsi que le CRA de Rouen-Oissel (relevant de la direction centrale de la police aux frontières), lequel était autorisé à recevoir, entre autres, des familles.

Au moment de la visite, il y avait quatre CRA à Paris : trois (les CRA n°s 1, 2 et 3) étaient situés dans l'enceinte de l'école nationale de police de Paris, dans le bois de Vincennes, et accueillaient les hommes ; le quatrième, réservé à l'hébergement des femmes, était situé dans le dépôt du Palais de Justice de Paris. La délégation a été informée que la capacité officielle du CRA n° 1 allait être prochainement réduite de 119 à 60 places.²⁶ **Le CPT souhaite recevoir confirmation que tel a été le cas.**

Les CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes, mis en service respectivement les 4 novembre et 16 novembre 2010, occupaient un même bâtiment, neuf, construit sur l'emplacement de l'ancien CRA n° 2 (visité par le CPT en 2006 et complètement détruit par un incendie en 2008). D'une capacité officielle de 58 places chacun, les CRA n° 2 et n° 3 comptaient respectivement 56 et 50 retenus le jour de la visite ; la moitié environ de ces retenus se trouvaient à Paris-Vincennes depuis deux semaines ou plus.

Le CRA de Rouen-Oissel était situé dans l'enceinte de l'école nationale de police d'Oissel, dans la forêt de La Londe Rouvray, à 15 kilomètres environ au sud de Rouen. D'une capacité officielle de 72 places (en réalité de 54 places, plusieurs chambres ayant été mises hors service en raison de dégradations), cet établissement hébergeait 37 personnes le jour de la visite : 28 hommes et quatre femmes, tous majeurs, ainsi qu'une famille de cinq personnes (un couple et leurs trois enfants âgés d'environ huit ans, quatre ans et trois mois et demi). La délégation a été informée que la durée moyenne de rétention était de sept jours pour les hommes, et de trois jours pour les femmes et les familles ; elle a cependant noté que, le jour de la visite, un peu plus de 40 % des hommes placés en rétention à Rouen-Oissel s'y trouvaient depuis deux semaines ou plus.

2. Mauvais traitements

36. Dans les trois CRA visités, la délégation n'a recueilli aucune allégation, ni aucun autre indice, de mauvais traitements physiques infligés par le personnel à des personnes placées en rétention administrative. Toutefois, à Rouen-Oissel, des retenus se sont plaints qu'un petit nombre de surveillants avaient parfois des attitudes ou des propos méprisants à leur égard.

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.

²⁶ Le nombre de retenus placés au CRA n° 1 avait fortement diminué depuis le mois d'octobre 2010 ; le jour de la visite, ce centre comptait 50 retenus.

37. 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.**

38. S'agissant de la violence entre les personnes retenues, la délégation a observé qu'à Paris-Vincennes, le personnel réagissait rapidement et de manière appropriée en cas de bagarres ; de plus, les interventions étaient bien contrôlées par les cadres.

3. Conditions de rétention

39. Les conditions matérielles étaient globalement bonnes dans les *CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes* lesquels, comme indiqué au paragraphe 35, occupaient un bâtiment neuf. Les chambres, de dimensions suffisantes (10 m² environ pour deux personnes), étaient équipées de lits, tables de chevet, tables et chaises, et bénéficiaient d'un accès à la lumière naturelle, d'un éclairage artificiel ainsi que d'une aération adéquats. Chacun de ces centres disposait d'une salle d'eau, accessible en tout temps, comprenant dix cabines de douches, dix toilettes cloisonnées et des lavabos. Il y avait également, dans les deux centres, un espace commun (avec tables, bancs, fontaine à eau et télévision) servant de réfectoire/salle de séjour.

Le *CRA de Rouen-Oissel* comprenait deux sections distinctes : une pour les hommes, et une pour les femmes/familles. Les chambres, de dimensions satisfaisantes (environ 12 m² pour deux retenus, 24 m² pour quatre retenus et 30 m² pour six retenus), étaient équipées de lits et de chevets, et comprenaient une annexe sanitaire (toilettes asiatiques, lavabo et douche). Elles bénéficiaient d'un accès à la lumière naturelle et d'une aération adéquats, mais l'éclairage avait été mal conçu : une commande unique obligeait les personnes retenues à allumer la lumière dans les chambres pour avoir de la lumière dans les annexes sanitaires, ce qui était particulièrement gênant la nuit. Dans la section pour les femmes/familles, les chambres étaient généralement dans un bon état d'entretien, sous réserve du système d'appel qui semblait ne pas toujours fonctionner. En revanche, dans la section pour les hommes, trois chambres étaient hors service en raison de dégradations²⁷ (des travaux de rénovation avaient débuté) ; de surcroît, plusieurs portes (d'accès aux chambres et aux annexes sanitaires) étaient très endommagées, voire manquaient. Les repas étaient servis dans une salle à manger commune aux deux sections (à des horaires différents pour les femmes/familles et pour les hommes), accessible seulement aux heures des repas.

Dans *les trois CRA* visités, il faisait froid dans l'ensemble des zones d'hébergement (chambres, salles d'eau, halls et salles de loisirs) – et la température n'a pas pu être augmentée malgré les remarques de la délégation. De plus, les personnes retenues ne disposaient pas de meubles fermant à clé ; elles pouvaient se rendre, accompagnées, dans une salle où étaient conservés leurs effets personnels/valeurs, mais l'accès en était limité.

²⁷ En particulier, une chambre avait connu un début d'incendie en novembre 2010.

40. Les nouveaux arrivants recevaient des produits d'hygiène personnelle (brosse à dents, dentifrice, savon, shampoing, etc.²⁸) à leur admission dans les CRA. Ces produits pouvaient en principe être renouvelés sur demande. Toutefois, à Paris-Vincennes, des demandes de retenus visant à recevoir de tels produits (après épuisement de leur stock initial) seraient restées sans suite.

41. Les repas étaient livrés par une société spécialisée. Pour les enfants en bas âge (à Rouen-Oissel), les produits étaient achetés par le centre après consultation des infirmières. Aux termes des règlements intérieurs des CRA visités, des aménagements étaient possibles pour des raisons de santé ou de religion.

42. A la lumière des considérations qui précèdent, **le CPT recommande :**

- **dans tous les centres de rétention administrative, de chauffer correctement les locaux par temps froid ;**
- **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 ;**
- **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.**

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.**

43. S'agissant du régime de rétention, la politique des « portes ouvertes » en vigueur dans les CRA visités, permettant aux personnes retenues de circuler librement dans les zones d'hébergement et de loisirs durant plus de 15 heures par jour, mérite d'être soulignée.²⁹

Les CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes disposaient chacun d'un grand terrain, aménagé et équipé de sièges et de jeux (tables de ping-pong et buts de football) ainsi que de protections contre les intempéries/le soleil ; les retenus y avaient librement accès. Il y avait également une grande cour extérieure au CRA de Rouen-Oissel, mais l'accès à cette dernière était limité (au motif semble-t-il que l'enceinte n'était pas suffisamment sécurisée), et les retenus sortaient la plupart du temps dans de petites cours austères, entourées de murs de béton (les « patios »). De surcroît, la cour et les patios n'étaient équipés ni de bancs, ni d'abris contre les intempéries.

²⁸ A Rouen-Oissel, ces produits incluaient, le cas échéant, des serviettes hygiéniques pour les femmes et des couches pour les bébés.

²⁹ Dans les CRA de Paris-Vincennes, les retenus pouvaient circuler librement de 7h00 à 23h30 dans les espaces intérieurs et extérieurs de vie et de loisirs, et de 23h30 à 7h00 à l'intérieur du bâtiment dans lequel ils étaient hébergés. A Rouen-Oissel, ils pouvaient circuler de 7h00 à 22h30 dans la zone d'hébergement (chambres, couloirs, salles de loisirs, patios).

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.

44. En ce qui concerne les activités, les CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes comportaient chacun (outre les locaux et les installations mentionnés aux paragraphes 39 et 43) une salle de télévision et une salle/aire de jeux équipé(e) d'un babyfoot et de quelques jeux vidéo. Il y avait en outre des jeux de société (cartes, échecs, dames) disponibles sur demande. La situation était nettement moins favorable à Rouen-Oissel où, à l'exception de jouets pour les enfants et de la télévision, aucune activité n'était proposée aux retenus.³⁰ Nombre d'entre eux déambulaient dans les couloirs, et beaucoup se sont plaints de leur désœuvrement.

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.

4. Services de santé

45. S'agissant du personnel de santé, au CRA de Rouen-Oissel, un médecin tenait des consultations cinq fois par semaine et une présence infirmière était assurée huit heures par jour (de 9h30 à 17h30) sept jours sur sept. A Paris, pour les trois CRA situés au bois de Vincennes (qui comptaient un total de 156 retenus au moment de la visite), un médecin tenait des consultations six matins par semaine ; toutefois, l'accès aux soins infirmiers semblait parfois difficile en journée (deux infirmières étaient présentes le jour de 8h30 à 18h30, et une la nuit de 20h30 à 6h30).

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.**

46. Pour les consultations médicales spécialisées (y compris pédiatriques), les personnes retenues dans les CRA de Paris-Vincennes (n^{os} 1, 2 et 3) et de Rouen-Oissel pouvaient être transférées dans un hôpital de proximité. Toutefois, les personnes retenues à Rouen-Oissel ne bénéficiaient pas de consultations dentaires.

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.

³⁰ Il y avait une salle dans la section pour les femmes/familles, et deux dans la section pour les hommes, équipées d'un poste de télévision et de bancs. Un babyfoot (dans le couloir de la section pour les hommes) était tellement endommagé qu'il ne pouvait plus servir à l'usage auquel il était destiné.

47. Aucun psychologue ne visitait les CRA de Paris-Vincennes (n^{os} 1, 2 et 3) et de Rouen-Oissel. A Paris-Vincennes, des consultations pouvaient être organisées à l'hôpital de proximité pour les retenus souffrant de troubles psychiques. Par contre, à Rouen-Oissel, plusieurs personnes retenues se sont plaintes de ne bénéficier d'aucun soutien psychologique. A cet égard, la délégation a constaté que l'aînée des enfants de la famille placée en rétention était arrivée au centre en possession d'un certificat médical mentionnant qu'elle avait besoin de consultations car elle avait été très marquée par son séjour au poste de police et souffrait de crises d'angoisse ; or, cinq jours après son arrivée, cette enfant n'avait pas encore bénéficié d'une telle consultation.

Le CPT tient à souligner la nécessité d'accorder une attention particulière à la santé mentale et à l'état psychologique des ressortissants étrangers placés en rétention ; certains d'entre eux peuvent en effet vivre ou avoir vécu des situations difficiles.

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.

48. Les locaux médicaux, dans les CRA visités, étaient bien équipés et propres. Ils n'étaient cependant pas suffisamment chauffés. Il est, sur ce point, renvoyé à la recommandation figurant au paragraphe 42.

49. S'agissant de l'examen médical à l'admission, la délégation a constaté que les nouveaux arrivants étaient en règle générale vus par une infirmière peu de temps après leur admission dans les CRA visités. Toutefois, elle a rencontré un petit nombre de personnes qui, bien que placées en rétention depuis quelques jours,³¹ n'avaient pas encore bénéficié d'une consultation médicale. De plus, à Rouen-Oissel, l'examen médical à l'admission semblait être souvent superficiel, se limitant à quelques questions posées à la personne retenue sur son état de santé.

Le CPT rappelle que l'examen médical systématique à l'admission dans un CRA constitue une mesure sanitaire préventive essentielle, et est dans l'intérêt tant des personnes retenues que du personnel. Il tient également à souligner qu'un examen approprié doit comporter non seulement un entretien avec la personne retenue, mais également un examen physique de cette dernière.

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.

50. Le CPT a déjà souligné à maintes reprises qu'il est important, dans le cadre de la prévention des mauvais traitements, que tous les ressortissants étrangers ayant fait l'objet d'une opération d'éloignement infructueuse en raison de leur résistance bénéficient d'un examen médical dans les plus brefs délais après la suspension de cette opération.

Des informations recueillies durant la visite, il ressort qu'un tel examen médical n'avait pas systématiquement lieu.

³¹ Par exemple, trois jours au CRA n° 2 de Paris-Vincennes, et quatre jours au CRA de Rouen-Oissel.

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.

51. A Paris-Vincennes, une fiche de santé (« examen d'hygiène et d'accueil ») et un dossier médical étaient établis pour chaque retenu. Tel n'était pas le cas à Rouen-Oissel, où des fiches médicales n'étaient créées que pour les personnes retenues qui souffraient de problèmes de santé.

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

5. Autres questions

52. Le CPT a déjà souligné à maintes reprises qu'il attache une grande importance à la sélection minutieuse et à la formation appropriée du personnel de surveillance des centres de rétention administrative.

A cet égard, la délégation a été informée que la direction centrale de la police aux frontières avait mis en place, depuis 2008, un certain nombre de formations destinées aux fonctionnaires appelés à travailler dans les CRA placés sous sa responsabilité (comme le CRA de Rouen-Oissel). Il s'agissait de modules d'une durée variant de quelques heures à quelques jours organisés dans le cadre de la formation continue des personnels de tous niveaux. Il n'y avait toutefois pas encore de formation initiale spécialisée (mais des projets semblaient sur le point d'être concrétisés).

Aux CRA de Paris-Vincennes (qui relevaient de la préfecture de police de Paris), l'effectif était composé en majorité de fonctionnaires qui venaient de terminer l'école nationale de police de Paris et n'avaient bénéficié d'aucune formation spécialisée pour les tâches auxquelles ils étaient destinés. Plusieurs fonctionnaires de police rencontrés par la délégation le déploraient.

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.

53. Les personnes retenues avaient des possibilités satisfaisantes de maintenir des contacts avec le monde extérieur. Les visites, qui se déroulaient autour d'une table, sans dispositif de séparation, étaient autorisées tous les jours de 9h00 à 20h00 (pour une durée minimum de 30 minutes par visite) aux CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes, et de 10h00 à 11h30 et de 14h00 à 17h00 au CRA de Rouen-Oissel. Des dérogations étaient en outre possibles, par exemple lorsque les visiteurs provenaient de zones géographiques très éloignées. De plus, les personnes retenues pouvaient conserver et utiliser leur téléphone portable (à condition qu'il ne s'agisse pas d'un modèle permettant de prendre des photos), ou faire usage des téléphones publics à cartes installés dans les zones d'hébergement. Le CPT a également pris note que, comme il l'avait recommandé, ces personnes disposaient de moyens d'écriture (crayons et stylos).

54. La procédure de mise à l'écart prévue par l'article 17 du règlement intérieur des CRA³² avait été précisée et assortie de garanties complémentaires suite à l'adoption d'une circulaire du ministre de l'Immigration en date du 14 juin 2010.³³

Cette circulaire prévoit notamment que la mise à l'isolement destinée à garantir la sécurité et l'ordre publics « doit avoir un caractère exceptionnel, être très limitée dans le temps et strictement justifiée par le comportement de l'intéressé (trouble à l'ordre public ou menace à la sécurité des autres retenus) » et « ne doit revêtir aucun caractère disciplinaire ». De plus, dès que la décision de séparation physique est prise, elle doit être inscrite sur le registre de rétention, avec le nom de la personne en cause ainsi que l'heure et le motif de placement. Le chef de centre doit informer sans délai de sa décision le procureur du lieu de rétention, à qui il est loisible de venir vérifier les conditions du maintien et de se faire communiquer le registre. Le médecin présent dans le centre (ou, à défaut, le personnel infirmier ou le service d'urgence) doit également être avisé. Le personnel doit faire montre d'une vigilance accrue durant la mise à l'écart, et l'heure à laquelle la mesure prend fin doit être immédiatement inscrite au registre.

De l'avis du CPT, ces dispositions 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.**

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).**

55. De l'examen des registres de rétention, il ressort que l'utilisation des chambres de mise à l'écart³⁴ de même que la durée de ces mesures n'étaient pas excessives. A titre d'exemple, depuis l'ouverture des CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes en novembre 2010, cinq mises à l'écart d'une durée variant de 25 à 65 minutes avaient été consignées dans les registres de rétention. De plus, conformément à la circulaire mentionnée au paragraphe 54, le médecin et le procureur avaient été informés de ces mesures.

56. Dans les CRA visités, les personnes placées en rétention recevaient un exemplaire du règlement intérieur³⁵ (lequel existait en sept langues) au moment de leur admission. Ce document était en outre affiché dans les zones d'hébergement des CRA n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes, ce qui est une bonne pratique.

³² « En cas de trouble à l'ordre public ou de menace à la sécurité des autres étrangers retenus, le chef de centre pourra prendre toute mesure nécessaire pour garantir la sécurité et l'ordre publics, y compris celle visant à séparer physiquement l'étranger causant le trouble des autres retenus. Mention des mesures prises, ainsi que la date et les heures de début et de fin seront mentionnées sur le registre de rétention. »

³³ Circulaire (NOR : IMIM1000105C) du ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire portant sur l'harmonisation des pratiques dans les centres et les locaux de rétention administrative et lors de l'exécution des escortes.

³⁴ Ces chambres (une au CRA n° 2 de Paris-Vincennes, une au CRA n° 3 de Paris-Vincennes et deux au CRA de Rouen-Oissel) n'appellent pas de commentaires particuliers.

³⁵ Il s'agissait de l'annexe à l'arrêté du 2 mai 2006 pris en application de l'article 4 du décret n° 2005-617 relatif à la rétention administrative et aux zones d'attente.

Toutefois, certaines parties de ce règlement (en particulier le titre I, conditions d'accueil) étaient difficilement compréhensibles. De plus, ce texte, qui datait de 2006, n'avait pas été actualisé après l'entrée en vigueur de la circulaire du ministre de l'Immigration en date du 14 juin 2010 (voir paragraphe 54). Les personnes retenues ne recevaient donc pas d'information sur la procédure de mise à l'écart, et la liste des objets autorisés et interdits dans les CRA (mise à jour dans ladite circulaire) n'était pas portée à leur connaissance.

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

57. A leur admission, les personnes retenues recevaient par écrit des informations sur leurs droits concernant la rétention et les procédures d'éloignement (sous réserve des déficiences mentionnées au paragraphe 56). Elles pouvaient en outre être conseillées et/ou assistées par les associations³⁶ et l'office français de l'immigration et de l'intégration, qui assuraient des permanences dans les CRA visités.

³⁶ L'Association Service Social Familial Migrants (ASSFAM) à Paris-Vincennes, et France Terre d'Asile à Rouen-Oissel.

C. Etablissements pénitentiaires

1. Remarques préliminaires

58. S'agissant du cadre juridique, il a déjà été indiqué au paragraphe 7 que la loi pénitentiaire est entrée en vigueur à la fin de l'année 2009.³⁷ Cette loi ne déployait cependant pas pleinement ses effets au moment de la visite de 2010, car tous les décrets d'application n'étaient pas encore entrés en vigueur. De fait, trois décrets (concernant principalement l'aménagement des peines) venaient d'être publiés.³⁸ En revanche, les décrets portant sur les conditions de détention n'avaient pas encore été adoptés – et la délégation du CPT a pu constater que ce vide juridique était source d'incertitudes et de frustrations tant pour le personnel pénitentiaire que pour les détenus. Cette lacune a depuis lors été comblée.³⁹

De plus, le Code de déontologie du service public pénitentiaire, prévu par l'article 11 de la loi pénitentiaire, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.⁴⁰

59. Selon les statistiques officielles, il y avait au 1^{er} décembre 2010, pour 56 463 places opérationnelles, 61 473 personnes détenues (dont 16 170 prévenus) ; 116 établissements ou quartiers de détention avaient un taux d'occupation supérieur à 100 %. Le surpeuplement concernait presque exclusivement les maisons d'arrêt.

Les autorités ont indiqué que les efforts pour développer les mesures alternatives à la détention avaient continué. Ainsi, le nombre de personnes condamnées ayant bénéficié d'un aménagement de peine (placement sous surveillance électronique ; semi-liberté ; placement extérieur) avait augmenté de 15 % environ au cours des douze derniers mois (de 7 444 personnes au 1^{er} décembre 2009 à 8 584 au 1^{er} décembre 2010, pour la plupart placées sous surveillance électronique). De l'avis des autorités, cette évolution allait se poursuivre, et même s'intensifier, puisque les décrets d'application de la loi pénitentiaire relatifs à l'aménagement des peines, la libération conditionnelle et la surveillance judiciaire étaient entrés en vigueur.

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.

³⁷ Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, publiée au Journal officiel du 25 novembre 2009.

³⁸ Décret n° 2010-1276, n° 2010-1277 et n° 2010-1278 du 27 octobre 2010, publiés au Journal officiel du 28 octobre 2010, relatifs respectivement aux procédures simplifiées d'aménagement des peines et à diverses dispositions concernant l'application des peines ; à la libération conditionnelle et à la surveillance judiciaire et portant diverses dispositions de procédure pénale ; aux modalités d'exécution des fins de peines d'emprisonnement en l'absence de tout aménagement de peine.

³⁹ Les décrets n° 2010-1634 et n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (respectivement partie réglementaire – décrets en Conseil d'Etat et partie réglementaire – décrets simples) ont été publiés au Journal officiel du 28 décembre 2010.

⁴⁰ Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire, publié au Journal officiel du 31 décembre 2010.

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.**

60. Au début du mois de mai 2011, le ministre de la Justice a présenté un nouveau programme immobilier pénitentiaire. Selon le communiqué publié à cette occasion, d'ici 2018, 36 établissements seront fermés en raison de leur vétusté et 25 nouveaux établissements seront construits ; il est en outre prévu de rénover un certain nombre d'établissements. A terme, le parc immobilier pénitentiaire devrait compter plus de 70 000 places de détention (56 500 en mai 2011), dans des établissements en conformité avec les critères fixés par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (cellules individuelles ; locaux d'activités et de sport ; unités de vie familiale ; etc.). **Le CPT souhaite recevoir des informations détaillées sur le nouveau programme immobilier pénitentiaire.**

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.**

61. La délégation s'est rendue dans deux établissements relevant du ministère de la Justice : la maison centrale de Poissy et le centre pénitentiaire du Havre. Ces deux établissements étaient visités pour la première fois par le CPT.

La maison centrale de Poissy (à 30 kilomètres à l'ouest de Paris) est située au centre de la vieille ville, à proximité de la gare, dans un ancien couvent de religieuses ursulines fondé en 1645, transformé en prison puis en maison centrale de correction en 1821. L'établissement a été presque complètement reconstruit durant la seconde moitié du 19^e siècle, et un nouveau bâtiment, destiné à l'hébergement des détenus, a été bâti en 1975. D'une capacité officielle de 230 places (pour hommes uniquement), la maison centrale comptait 223 détenus au moment de la visite. La plupart d'entre eux (85 %) avaient été condamnés à des peines de réclusion d'une durée égale ou supérieure à 15 ans : environ 20 % à des peines de 15 à 20 ans, 45 % à des peines de 20 à 30 ans, et 20 % à la réclusion à perpétuité.

Le centre pénitentiaire du Havre est un établissement neuf, construit dans le cadre du programme de création de 13 200 nouvelles places de détention prévu par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002. Ouvert le 11 avril 2010, il occupe un site de 15 hectares près de Gainneville, en campagne, à une douzaine de kilomètres à l'est du Havre. L'établissement comprend une maison d'arrêt de 210 places, un centre de détention de 392 places, un quartier pour les nouveaux arrivants de 30 places, un quartier pour les mineurs (de 13 à 18 ans) de 15 places et, hors des murs d'enceinte, un quartier semi-liberté de 45 places (lequel n'a pas été visité par la délégation). D'une capacité officielle de 692 places, il comptait 494 détenus (tous de sexe masculin) au moment de la visite, dont environ 85 % de condamnés et 15 % de prévenus ; deux détenus (un condamné et un prévenu) étaient mineurs.

A l'instar d'autres établissements du « programme 13 200 », le centre pénitentiaire du Havre a été conçu en partenariat public-privé : selon le dispositif mis en place, l'Etat a confié à une société privée le financement, la conception, la construction et l'entretien de l'établissement dont il est devenu, contre le versement d'un loyer, locataire-utilisateur pour une durée de 30 ans. Dès la mise en service de l'établissement, deux autres sociétés se sont en outre vu attribuer, sur la base de marchés publics de longue durée, diverses prestations d'intendance (restauration, cantine, hôtellerie-blanchisserie) et d'appui à la mission de réinsertion (formation professionnelle et travail pénitentiaire). La direction et les surveillants demeurent des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.

2. Mauvais traitements

62. Dans les deux établissements visités, la délégation n'a recueilli aucune allégation, ni aucun autre indice, de mauvais traitements délibérément infligés par le personnel aux détenus. Cela étant, au centre pénitentiaire du Havre, des incidents ayant entraîné à maintes reprises un usage excessif de la force de la part de certains membres du personnel ont été rapportés à la délégation. Ces réactions disproportionnées étaient selon toute vraisemblance essentiellement dues au manque d'expérience de la majorité des surveillants.⁴¹

A la maison centrale de Poissy, la configuration des lieux faisait que le personnel était de manière quasi continue en contact direct avec les détenus, et les relations entre le personnel et les détenus paraissaient détendues.

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.

63. A la maison centrale de Poissy, la violence entre détenus semblait être contenue. La délégation a constaté qu'en cas de problèmes ou d'incidents, le personnel intervenait rapidement, et la direction, attentive, prenait les mesures nécessaires. Cela est d'autant plus à souligner que le personnel travaillait régulièrement à flux tendu.

Au centre pénitentiaire du Havre, plusieurs interlocuteurs de la délégation (membres du personnel et détenus) ont fait état d'un risque non négligeable d'actes d'intimidation et de violence entre détenus, dû principalement à la formation de bandes. Ce problème semblait favorisé par le nombre restreint de personnel présent dans les zones de détention, ainsi que par la difficulté et la complexité de la circulation dans l'établissement qui entraînaient des retards manifestes lors des déplacements des surveillants et, par voie de conséquence, des délais de réaction trop longs. Il est en outre apparu qu'en cas d'incidents, nombre de surveillants peu expérimentés craignaient d'intervenir. De plus, des lieux (certaines zones dans les cours de promenade ; les salles d'attente, côté détenus, des parloirs) étaient sans surveillance (personnel ou caméra).

⁴¹ Voir, pour plus de précisions, les paragraphes 104 et 113.

64. Le CPT tient à rappeler que l'obligation de prise en charge des détenus qui incombe aux autorités pénitentiaires englobe la responsabilité de les protéger contre d'autres détenus qui pourraient vouloir leur porter préjudice.

Il 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.

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 qui précèdent.

3. Détenus soumis à des régimes de détention spéciaux

a. détenus particulièrement signalés

65. Suite à la recommandation formulée par le CPT dans son rapport sur la visite de 2006, et comme annoncé par les autorités françaises dans leur réponse à ce rapport, le cadre juridique concernant les détenus particulièrement signalés (DPS) a été révisé.

Au moment de la visite de 2010, les critères d'inscription au répertoire des DPS, les procédures d'inscription à (et de radiation de) ce répertoire, ainsi que les mesures de surveillance applicables aux DPS étaient régis par une circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 18 décembre 2007.⁴² Aux termes de cette circulaire, les critères d'inscription au répertoire « sont liés au risque d'évasion et à l'intensité de l'atteinte à l'ordre public que celle-ci pourrait engendrer ainsi qu'au comportement particulièrement violent en détention » (article 1.1). La décision d'inscription relève de la compétence du ministre de la Justice, lequel se prononce sur la base des avis émis par la commission locale DPS⁴³ et par la commission nationale DPS. Les décisions d'inscription sont transmises aux autorités consultées au plan local et national (article 1.2.1). Il est en outre expressément mentionné qu'une inscription au répertoire des DPS « ne revêt jamais un caractère définitif », et que la situation des détenus inscrits à ce répertoire doit être réexaminée au moins une fois par an (article 2.1). La procédure de radiation est identique à celle de l'inscription (article 2.2).

⁴² Circulaire du 18 décembre 2007 d'application de l'instruction ministérielle relative au répertoire des détenus particulièrement signalés (NOR : JUSK0740099C).

⁴³ Cette commission (qui se réunit au sein de chaque établissement pénitentiaire sous l'autorité du procureur de la République) est composée notamment du chef de l'établissement, du juge de l'application des peines et de tout magistrat concerné.

Toutefois, cette circulaire ne contient aucune disposition sur la participation des détenus à la procédure d'inscription au (et de radiation du) répertoire des DPS et sur la notification des décisions aux détenus concernés, ni sur les modalités de recours⁴⁴. De plus, elle ne précise pas quelle autorité procède au réexamen annuel de la situation des DPS.

66. La maison centrale de Poissy comptait 22 DPS (sur 223 détenus) au moment de la visite. Nombre d'entre eux étaient inscrits au répertoire des DPS depuis plusieurs années. Des entretiens avec ces détenus et de l'examen de leurs dossiers, il ressort que la décision d'inscrire un détenu au répertoire des DPS n'était pas systématiquement notifiée au détenu concerné. De plus, contrairement à l'article 2.1 de la circulaire précitée, la situation de tous les DPS n'était pas réexaminée une fois par an. A titre d'exemple, aucune décision de maintien de l'inscription au répertoire (ni aucun autre document) ne figurait au dossier de deux détenus déclarés DPS depuis respectivement octobre 2003 et février 2008. En cas de réexamen (lequel était en règle générale effectué par la commission locale DPS), une décision mentionnant les modalités de recours était notifiée (contre signature) au détenu concerné. Toutefois, cette décision n'était pas motivée ou, dans le meilleur des cas, contenait pour seule motivation des formules stéréotypées (« appartenance à organisation terroriste, fin de peine éloignée, affaire médiatique » ou « appartenance au milieu indépendantiste et impact sur l'opinion publique si évasion »), répétées parfois durant des années.

De l'avis du CPT, toute décision d'inscrire un détenu (ou de maintenir son inscription) au répertoire des DPS doit être basée sur une évaluation individuelle et approfondie des risques réels, et prise à l'issue d'une procédure assortie de garanties appropriées. De plus, l'inscription à ce répertoire doit être limitée au temps strictement nécessaire.

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.

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.

67. Les DPS étaient hébergés dans différentes sections ; ils n'étaient pas séparés des autres détenus et avaient en principe accès aux mêmes types d'activités que ces derniers. Toutefois, des mesures de surveillance spécifiques leur étaient applicables dans et hors de l'établissement (chapitre II de la circulaire du 18 décembre 2007 précitée).

⁴⁴ A ce sujet, le Conseil d'Etat a jugé que la décision d'inscrire un détenu sur le répertoire des DPS est susceptible de recours (décision du Conseil d'Etat n° 318589, lecture du 30 novembre 2009).

S'agissant des mesures prises dans l'établissement, la quasi totalité des DPS avec lesquels la délégation s'est entretenue se sont plaints d'être réveillés toutes les heures par les surveillants qui allumaient la lumière dans les cellules lors des rondes de nuit.

Le CPT est d'avis qu'une telle mesure risque d'avoir des conséquences néfastes pour la santé des détenus concernés. **Il 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.**

68. En ce qui concerne les mesures de surveillance appliquées hors de l'établissement, la délégation a constaté que les dispositifs mis en place pour les transferts et les soins prodigués en milieu hospitalier extérieur étaient, comme lors des visites précédentes et comme pour les autres détenus, très préoccupants. Il est, sur ce point, renvoyé au paragraphe 99.

b. détenus placés à l'isolement sur décision administrative

69. Suite à l'entrée en vigueur du décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (partie réglementaire – décrets en Conseil d'Etat), la procédure de placement pour des motifs de protection ou de sécurité (isolement administratif) et le régime de détention en quartier d'isolement sont régis par les articles R. 57-7-62 à R. 57-7-78 de ce code.

S'agissant de la procédure, il est notamment prévu que, lorsqu'une décision d'isolement d'office (ou sa prolongation) est envisagée, le détenu concerné doit être informé par écrit des motifs invoqués par l'administration, disposer d'un délai de trois heures au moins pour préparer ses observations et avoir la possibilité de faire valoir ses observations par écrit ou oralement, en étant le cas échéant assisté d'un avocat et/ou d'un interprète. De plus, la décision doit être motivée et notifiée sans délai au détenu. Elle est ordonnée par le chef d'établissement pour une durée de trois mois maximum, et peut être renouvelée pour la même durée par le chef de l'établissement (une fois), puis par le directeur interrégional des services pénitentiaires (deux fois) et ensuite par le ministre de la Justice.⁴⁵ L'isolement ne peut cependant pas être prolongé au-delà de deux ans, « sauf à titre exceptionnel », si cette mesure « constitue l'unique moyen d'assurer la sécurité des personnes ou de l'établissement » ; dans ce cas, la décision doit être spécialement motivée. De surcroît, toute décision de placement à l'isolement d'office (ou sa prolongation) doit être communiquée sans délai au juge compétent. L'avis écrit du médecin intervenant dans l'établissement est en outre recueilli préalablement à toute demande de prolongation de la mesure.

Les détenus disposent de divers recours pour contester une décision de placement à l'isolement (ou sa prolongation), y compris devant le juge administratif.

⁴⁵ En cas d'urgence, le chef de l'établissement peut décider le placement provisoire à l'isolement, pour une durée maximum de cinq jours.

Concernant le régime de détention, il est précisé que les détenus placés à l'isolement conservent leurs droits aux visites, à la correspondance écrite et téléphonique, et à l'exercice du culte ; de plus, ils bénéficient d'au moins une heure de promenade à l'air libre chaque jour. Ils ne peuvent pas participer aux activités collectives offertes aux détenus soumis au régime de détention ordinaire, sauf autorisation donnée pour une activité spécifique par le chef de l'établissement. Ce dernier doit cependant organiser, dans toute la mesure du possible, des activités communes aux détenus placés à l'isolement.

70. Des informations recueillies durant la visite, il ressort qu'il n'était pas recouru de manière excessive au placement d'office à l'isolement administratif. A la date du 1^{er} septembre 2010, il y avait en France 180 personnes détenues placées à l'isolement sur décision de l'autorité (et 338 à leur demande). Au moment de la visite, il y en avait cinq à la maison centrale de Poissy, et deux au centre pénitentiaire du Havre (plus un détenu placé à l'isolement à sa demande).

L'examen des dossiers a en outre révélé que la procédure était respectée. En particulier, les détenus placés d'office à l'isolement administratif avaient été en mesure de présenter leurs observations, avec l'assistance d'un avocat.

71. Les conditions matérielles des cellules étaient globalement acceptables dans les quartiers d'isolement des deux établissements visités. Toutefois, comme dans les autres locaux, il y faisait froid (voir paragraphes 74 et 79). De plus, les cours extérieures de ces quartiers étaient de dimensions réduites (en particulier au Havre, 20 m² environ) et, pour la plupart d'entre elles, pauvrement équipées.

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.

72. A Poissy, les détenus placés à l'isolement avaient accès quotidiennement durant une heure à l'une des cours de promenade. En revanche, au Havre, la promenade quotidienne n'était souvent que de 45 minutes, et semblait régulièrement ne pas avoir lieu les week-ends.

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.

73. Les détenus placés à l'isolement avaient conservé leurs droits aux visites et à la correspondance écrite et téléphonique, comme prévu par le Code de procédure pénale. En revanche, concernant le régime de détention, la délégation a constaté que, comme déjà lors des visites précédentes, les activités étaient limitées. A Poissy, les détenus pouvaient se rendre dans une petite bibliothèque aménagée au sein du quartier d'isolement et suivre des cours par correspondance. Au Havre, ils avaient accès à une salle de remise en forme (dotée de trois appareils de musculation, d'un vélo d'intérieur et de barres), dans le meilleur des cas une heure par jour. De plus, dans les deux établissements, la promenade et la quasi totalité des activités étaient pratiquées individuellement.

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.

4. Conditions de détention de la population carcérale générale

a. conditions matérielles

74. La maison centrale de Poissy comportait deux bâtiments principaux (l'un ancien, et l'autre moderne), séparés par un gymnase et deux cours extérieures. Le bâtiment ancien abritait les locaux de l'administration, le quartier disciplinaire, les parloirs et des salles pour les activités. En partie détruit par un incendie en 2002 (dans le cadre d'une mutinerie), il avait depuis lors fait l'objet de travaux de rénovation ; faute de moyens financiers suffisants, certaines zones (en particulier des salles pour les activités) n'avaient cependant pas pu être réhabilitées et avaient été mises hors service. Le bâtiment moderne, bâti en 1975, était principalement destiné à l'hébergement des détenus (y compris les nouveaux arrivants, dans un quartier distinct) ; le quartier d'isolement, les locaux des services de santé (l'unité de consultations et de soins ambulatoires, UCSA), des salles pour les activités et, depuis 1994, des ateliers y avaient également été installés.

L'encellulement individuel était la règle. D'une dimension de près de 8 m²,⁴⁶ les cellules bénéficiaient d'un éclairage (tant naturel qu'artificiel) et d'une aération adéquats, et étaient correctement équipées (lit, table, chaise, armoire, étagère, toilettes partiellement cloisonnées et lavabo). La quasi totalité des détenus avaient en outre (à leurs frais) complété cet équipement et disposaient d'un réfrigérateur, d'un réchaud ou d'un four à micro-ondes, et d'une télévision. Les douches (communes) étaient accessibles sans problème la journée ; toutefois, la pression d'eau n'était pas suffisante dans les étages supérieurs. De plus, il faisait froid dans tous les locaux.

Des travaux de rénovation importants étaient nécessaires dans les deux bâtiments. Lors des entretiens de fin de visite, la délégation a été informée que, sur la base des études réalisées à ce sujet (et, en particulier, du coût élevé de tels travaux), il avait été décidé de construire un nouvel établissement pénitentiaire hors de la ville ; la maison centrale de Poissy serait ensuite désaffectée.

Le CPT souhaite recevoir des informations sur le projet de construction du nouvel établissement pénitentiaire à Poissy. Dans ce contexte, il invite les autorités à augmenter les dimensions des cellules pour les détenus purgeant de longues peines.

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.

⁴⁶ 18 cellules étaient plus grandes (16 m²).

75. Les détenus recevaient des produits d'hygiène à leur arrivée dans l'établissement. Par la suite, du savon et du papier hygiénique (deux rouleaux par mois) leur étaient fournis, mais les autres produits devaient être achetés – ce qui n'était pas sans poser problème aux détenus ne disposant que de ressources financières limitées.

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 »).

76. La cuisine, qui avait brûlé lors de l'incendie de 2002, n'avait pas été reconstruite, et les repas étaient livrés par une société. La délégation a constaté qu'il était tenu compte des habitudes alimentaires religieuses et culturelles des détenus ainsi que des régimes prescrits par les services de santé (sans graisse ; sans fibre ; diabétique). Cela étant, plusieurs détenus se sont plaints des quantités insuffisantes de nourriture.

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

77. Le centre pénitentiaire du Havre comprenait, dans les murs d'enceinte, quatre bâtiments de détention distincts : un pour la maison d'arrêt (hommes majeurs), deux pour le centre de détention (hommes majeurs) et un pour la détention des mineurs. Un cinquième bâtiment, adjacent aux ateliers, abritait le quartier des détenus nouveaux arrivants de même que les quartiers disciplinaire et d'isolement.

Le centre pénitentiaire du Havre a été mis en service progressivement : la maison d'arrêt a ouvert en avril 2010, le centre de détention en mai 2010 et le quartier pour les mineurs en novembre 2010. Le centre de détention et le quartier pour les mineurs ne fonctionnaient pas encore à pleine capacité au moment de la visite (224 détenus pour 392 places dans le premier, et deux détenus pour 15 places dans le second). En revanche, il y avait déjà 242 détenus dans la maison d'arrêt, dont la capacité théorique initiale était de 210 places ; pour faire face à cette situation, la décision avait été prise d'équiper les cellules individuelles de la maison d'arrêt d'un deuxième lit.

78. 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, comme indiqué au paragraphe 77, 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 cellules bénéficiaient d'une aération et d'un éclairage (artificiel et naturel) corrects, étaient bien équipées (lit, table, chaise, étagère) et disposaient d'une annexe sanitaire (lavabo, toilettes et douche). Toutefois, cette dernière n'était que partiellement cloisonnée – ce qui n'est pas acceptable dans une cellule occupée par plus d'un détenu. **Le CPT recommande que les annexes sanitaires soient entièrement cloisonnées.**

79. De plus, le centre pénitentiaire – neuf et mis en service depuis moins d’un an – présentait un certain nombre de malfaçons. En particulier, le chauffage ne fonctionnait pas de manière satisfaisante et il faisait froid dans tous les locaux, y compris dans les cellules (à tel point que les détenus qui disposaient d’une plaque de cuisson l’utilisaient comme chauffage d’appoint). De plus, les ascenseurs dans les bâtiments de détention étaient souvent en panne, ce qui perturbait non seulement la délivrance des cantines (favorisant ainsi le racket dans les cages d’escaliers) mais également des médicaments (transportés par chariots). La délégation a également observé des infiltrations d’eau dans certaines cellules.

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.

80. La délégation a recueilli de très nombreuses plaintes de détenus concernant la qualité de la nourriture. La direction du centre pénitentiaire prenait ces réclamations au sérieux et avait mis sur pied une commission « menu » réunissant toutes les six semaines un représentant de la société en charge de la livraison des repas, une diététicienne, deux ou trois détenus et un membre de la direction. Cette initiative, qu’il convient de saluer, n’avait cependant pas encore débouché sur une amélioration notable de la situation. **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.**

b. régime de détention

81. A la maison centrale de Poissy, la majorité des détenus passaient une grande partie de la journée hors des cellules. Environ 65 % des détenus (147 sur 223) exerçaient une activité rémunérée : travail dans les ateliers (conditionnements, assemblages, restauration de films, numérisation d’archives sonores et photographiques, etc.) ou au service général (nettoyage, maintenance, etc.), et formation professionnelle (cuisine, pâtisserie et hôtellerie). De plus, les détenus avaient la possibilité de suivre des cours⁴⁷ au centre scolaire, du lundi au samedi. De nombreuses activités sportives (aikido, boxe, stages équestres, tennis, etc.), culturelles et de loisirs leur étaient en outre proposées.

En raison de la situation économique difficile, l’établissement venait de perdre 20 postes de travail, et des périodes de chômage technique alternaient avec des périodes de travail dans certains ateliers. Malgré les efforts de la direction (recensement et prospection auprès de concessionnaires potentiels), le délai d’attente pour obtenir un poste de travail était de six mois, alors qu’il était de deux mois en 2008.

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.

⁴⁷ Initiation au français ; remise à niveau (français, mathématiques, histoire et géographie) ; initiation ou perfectionnement en anglais et en espagnol ; initiation à l’informatique ; formations spécifiques pour accéder à des diplômes allant du certificat de formation générale à la licence en lettres.

82. En plus des ateliers, la maison centrale de Poissy était dotée de nombreux espaces et locaux pour les activités éducatives, sportives, culturelles et de loisirs – dont certains, il convient de le souligner, étaient ouverts et en accès libre la journée (par exemple, le terrain de sport, le gymnase et la bibliothèque). Quelques installations et équipements sportifs (en particulier le dojo) n'ont pas manqué d'impressionner la délégation. Cela étant, les ateliers et les locaux pour les activités étaient en règle générale vétustes ; il est sur ce point renvoyé au paragraphe 74.

83. Au centre pénitentiaire du Havre, un éventail raisonnable d'activités (travail, formation professionnelle, enseignement, sport et loisirs) était en théorie proposé aux détenus de la maison d'arrêt et du centre de détention, et l'établissement disposait de locaux et d'équipements adéquats pour ces activités (notamment des ateliers de production et de formation d'une surface de plus de 1 000 m², un « quartier socio-éducatif », un gymnase, un terrain de sport et des salles d'activités dans les bâtiments de détention). Cela étant, la plupart de ces locaux semblaient sous-utilisés et de nombreux détenus étaient désœuvrés.

Au moment de la visite, 85 détenus travaillaient au service général et 36 suivaient une formation professionnelle (magasinage, bâtiment et cuisine). Le nombre de détenus employés dans les ateliers variait en fonction des contrats (souvent de courte durée) ; il avait chuté de 50 détenus par jour en novembre à une trentaine par jour au début du mois de décembre 2010. Environ 120 détenus (50 de la maison d'arrêt et 70 du centre de détention) étaient en attente d'un travail ou d'une formation professionnelle.

Les détenus avaient également la possibilité de suivre un enseignement.⁴⁸ L'équipe d'enseignants ne suffisait toutefois pas à répondre à la demande des détenus (77 avaient vu leur demande d'inscription acceptée, et 40 étaient sur liste d'attente).

La délégation a été informée que des démarches auprès de concessionnaires potentiels (en particulier avec le port maritime du Havre) étaient en cours. De plus, l'offre en matière de formations professionnelles se développait (par exemple, la formation « bâtiment » avait débuté une semaine environ avant la visite), et l'équipe d'enseignants de l'unité pédagogique allait être renforcée.

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).

⁴⁸ Alphabétisation ; français langue étrangère ; remise à niveau ; classe lycée ; brevet d'études professionnelles (comptabilité).

84. Un projet pédagogique expérimental, fruit d'une collaboration entre les services de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse, avait été élaboré pour le quartier des mineurs du centre pénitentiaire du Havre. Ce projet visait notamment à la mise sur pied, pour chaque détenu mineur, d'un programme individualisé comprenant un parcours d'apprentissage, des activités (sport, loisirs, etc.) et un projet de sortie (avec mobilisation des familles). Pour répondre au mieux aux besoins des mineurs, l'encadrement était pluridisciplinaire (éducateurs, enseignants, psychologues, etc.). Différents régimes de détention étaient en outre prévus (strict, contrôlé et commun), auxquels les mineurs seraient affectés en fonction de leur personnalité, de leur aptitude à vivre en collectivité et de leurs efforts en matière de réinsertion sociale (l'affectation étant revue chaque semaine).

Le quartier pour les mineurs avait ouvert trois semaines environ avant la visite du CPT, et le projet précité ne se mettait que lentement en place. En pratique, les deux mineurs qui s'y trouvaient n'avaient pas encore de programme de détention individualisé, et les activités proposées étaient peu nombreuses (principalement : cours trois matins par semaine durant trois heures, et promenade une heure par jour).

Le CPT rappelle que le manque d'activités motivantes est préjudiciable à tout détenu, mais nuit spécialement aux mineurs, qui ont un besoin particulier d'activités physiques et de stimulation intellectuelle. Quelle que soit la durée de la détention, les mineurs devraient donc se voir proposer un programme complet d'activités hors des cellules (enseignement, formation professionnelle, sport, loisirs). Ils devraient en outre avoir la possibilité d'effectuer un exercice en plein air pendant une heure par jour au moins, et de préférence pendant une durée largement supérieure.

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.

5. Services de santé

85. S'agissant des effectifs du personnel, l'équipe en charge des soins somatiques de l'UCSA de la maison centrale de Poissy comptait l'équivalent temps plein de 1,75 médecins généralistes et de 3 infirmiers (au lieu des 3,5 budgétés). L'équipe en charge des soins psychiatriques se composait, quant à elle, de l'équivalent temps plein de 0,5 psychiatre (au lieu de 0,6), de 1,1 infirmiers spécialisés en psychiatrie (au lieu de 1,6) et de 1,75 psychologues (au lieu de 2,7). Un certain nombre de médecins proposaient en outre des consultations spécialisées dans l'établissement, parmi lesquelles la dentisterie (deux dentistes deux fois par semaine), l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie (deux fois par mois), et la dermatologie et la cardiologie (une fois par mois). Deux psychiatres et trois psychologues assuraient également des vacations. En dépit de ces renforts, vu le nombre élevé de demandes,⁴⁹ le délai d'attente pour les consultations psychiatriques/psychologiques était de deux mois environ.

⁴⁹ En 2009, il y avait eu 710 consultations données par les médecins psychiatres, 3 020 par les infirmiers psychiatriques et 2 178 par les psychologues.

86. Au centre pénitentiaire du Havre, l'UCSA se mettait progressivement en train. Au moment de la visite, il y avait un médecin généraliste présent cinq demi-journées par semaine, deux psychiatres présents quatre demi-journées par semaine, et un dentiste à mi-temps ; des médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier se relayaient pour assurer une présence cinq demi-journées supplémentaires par semaine. Des consultations spécialisées (cardiologie, dermatologie, neurologie, etc.) étaient en outre proposées dans l'établissement. L'équipe médicale était complétée par des infirmiers (11 équivalents temps plein), des psychologues (4 équivalents temps plein), un assistant dentaire (à mi-temps) et un technicien en radiologie (une demi-journée par semaine).

Plusieurs postes budgétés de médecins (médecins généralistes, addictologues, psychiatre et dentiste) et d'infirmiers n'avaient pas encore été pourvus, et le personnel peinait à faire face à la demande. Un certain nombre de détenus rencontrés par la délégation se sont plaints de longs délais lorsqu'ils sollicitaient une consultation médicale. De plus, il est apparu que le temps de présence du technicien en radiologie n'était pas suffisant.

87. Dans les deux établissements visités, le personnel infirmier ne travaillait pas la nuit (de 18h00 ou 19h00 à 8h00) et n'assurait qu'une présence partielle les week-ends (à Poissy : les samedis de 8h30 à 12h30 ; au Havre : les samedis et dimanches de 8h00 à 15h00).

88. A la lumière des considérations qui précèdent, **le CPT recommande :**

- **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 ;**
- **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.**

89. Les locaux des UCSA étaient à l'image des établissements visités : vétustes à la maison centrale de Poissy, neufs au centre pénitentiaire du Havre. A Poissy, ils comprenaient un cabinet de consultation (médecine générale), un cabinet de dentisterie (doté d'un équipement neuf), un cabinet d'ophtalmologie, un cabinet pour la radiologie et la kinésithérapie, une salle de soins (faisant également office de bureau infirmier), une pharmacie et deux bureaux ; il n'y avait pas de cabinet pour les consultations avec le psychiatre/les psychologues. Au Havre, il y avait 14 cabinets de consultation, un cabinet de dentisterie, un cabinet de radiologie, un cabinet de kinésithérapie, deux salles de soins, une pharmacie et un bureau infirmier.

Dans les deux établissements, ces locaux étaient correctement équipés, mais il y faisait froid.

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.

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.**

90. L'examen médical à l'admission n'appelle pas de commentaires particuliers. Tant à Poissy qu'au Havre, les détenus étaient vus par un membre du personnel infirmier peu après leur arrivée, et cette première évaluation était suivie d'une consultation médicale au plus tard la semaine suivant leur arrivée.

91. 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.**

92. Dans les deux établissements visités, la distribution des traitements était faite par le personnel de santé, dans les locaux des UCSA ou dans les quartiers de détention. Aucun problème n'a été mentionné à ce sujet à la maison centrale de Poissy. En revanche, au centre pénitentiaire du Havre, où la distribution avait lieu hebdomadairement, deux fois par semaine ou chaque jour selon les quartiers de détention,⁵⁰ la délégation a été préoccupée d'apprendre que des traitements substitutifs des pharmacodépendances aux opiacés comme la buprénorphine étaient délivrés pour plusieurs jours ; cette pratique engendrait manifestement un trafic de médicaments entre les détenus. De surcroît, plusieurs détenus recevant leurs traitements de manière hebdomadaire à l'UCSA ont allégué que lorsqu'ils ne pouvaient pas se rendre à ce rendez-vous, celui-ci n'était pas remplacé ; le traitement médical était en conséquence interrompu pendant une semaine.

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

93. Le CPT rappelle que le secret médical implique notamment que tous les détenus doivent pouvoir demander une consultation médicale de manière confidentielle.

A ce sujet, la délégation a observé qu'à la maison centrale de Poissy, des boîtes aux lettres réservées aux courriers destinés au personnel de l'UCSA avaient été installées dans les zones de détention ; facilement accessibles aux détenus, elles étaient relevées quotidiennement par le personnel de l'UCSA (les surveillants n'en avaient pas les clés). Au centre pénitentiaire du Havre, en revanche, les boîtes aux lettres étaient vidées par les surveillants et les courriers transitaient par l'administration ; les demandes de consultations médicales des détenus n'étant pas systématiquement transmises sous pli fermé, les surveillants pouvaient en prendre connaissance. **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.**

94. La confidentialité des consultations/examens médicaux effectués dans les locaux des UCSA semblait ne pas poser problème. En revanche, tel n'était pas le cas dans les hôpitaux de proximité (voir paragraphe 99).

⁵⁰ Par exemple, la distribution des traitements était quotidienne dans les quartiers disciplinaire, d'isolement et pour mineurs, et hebdomadaire dans la maison d'arrêt (le vendredi en cellule pour les prévenus qui ne travaillaient pas, et le samedi à l'UCSA pour les prévenus qui travaillaient).

95. 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.**

96. Depuis la visite de 2006, l'administration pénitentiaire a développé dans les établissements pénitentiaires deux outils de partage d'informations pluridisciplinaires (détention, insertion, travail, enseignement, soins de santé, etc.) : la « commission pluridisciplinaire unique » (CPU)⁵¹ et le logiciel « cahier électronique de liaison » (CEL). Tant à Poissy qu'au Havre, les personnels de l'UCSA avaient choisi de ne pas participer à ces outils, motif pris du risque de violation du secret médical – une situation qui n'était pas sans créer quelques tensions entre l'administration pénitentiaire et les services de santé.

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.

97. 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.**

98. Dans les deux établissements visités, le nombre des extractions médicales des détenus était limité (environ 40 par mois à Poissy, et au maximum quatre par jour au Havre) en raison des difficultés à obtenir des escortes et/ou faute de disponibilités des établissements hospitaliers. Il s'ensuivait notamment des délais d'attente importants pour les consultations spécialisées dans les hôpitaux de proximité (à titre d'exemple, à Poissy, dix mois pour une consultation ophtalmologique).

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.

⁵¹ Aux termes de l'article D. 91 du Code de procédure pénale (partie réglementaire – décrets simples), introduit par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010, la « commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine. »

99. De plus, 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.⁵² 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).⁵³

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.

100. 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.

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 qui précèdent.

101. 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.**

⁵² A titre d'exemple, à la maison centrale de Poissy, sur 425 extractions médicales effectuées durant la période de janvier à novembre 2010 (dont 40 concernaient des DPS) : les menottes et les entraves avaient été utilisées dans environ 55 % des cas et les menottes dans 40 % des cas.

⁵³ Il convient de souligner que la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que l'utilisation de menottes et entraves et la surveillance d'au moins un agent de l'escorte lors d'actes médicaux, au mépris de la déontologie et lorsqu'il n'est pas démontré que le dispositif est strictement nécessaire aux exigences de sécurité, constituent un traitement dégradant (*Duval c. France*, n° 19868/08, § 52, 26 mai 2011 ; cet arrêt deviendra définitif dans les conditions définies à l'article 44, paragraphe 2, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales).

102. La maison centrale de Poissy disposait d'une unité « sanitaire » pour les détenus invalides ou nécessitant des soins spéciaux. Huit détenus y étaient hébergés au moment de la visite. Deux d'entre eux étaient à mobilité fortement réduite (paralysie des membres inférieurs, parésie des membres supérieurs et épilepsie post-traumatique pour l'un ; atrophie du membre supérieur droit et paralysie du membre inférieur droit pour l'autre) ; le premier, d'ailleurs, passait 24 heures sur 24 au lit ou en fauteuil roulant.

L'unité était située à proximité des locaux de l'UCSA, au deuxième étage du bâtiment moderne. Les douches (communes) avaient été aménagées pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite. En revanche, les cellules (identiques à celles des autres quartiers de détention) n'avaient pas fait l'objet d'aménagements spéciaux : en particulier, les portes étaient trop étroites pour permettre le passage d'un fauteuil roulant et les cellules étaient trop petites (8 m²) pour qu'un détenu puisse s'y mouvoir en fauteuil roulant. Les portes des cellules étaient ouvertes jusqu'à 19h00 et les détenus pouvaient en principe se rendre dans d'autres parties de l'établissement. Toutefois, les deux détenus susmentionnés craignaient de sortir de l'unité sans assistance et se limitaient à faire usage de la salle de loisirs qui s'y trouvait. Deux fois par mois, une association organisait un après-midi récréatif. Des intervenants extérieurs (« aides de vie ») assistaient les détenus en situation de handicap dans les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, etc.) ; cette assistance était cependant limitée.

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.**

6. Autres questions

a. ressources en personnel

103. La maison centrale de Poissy (d'une capacité de 230 places) disposait en principe d'un effectif adéquat en personnel de surveillance : 180 postes de surveillants (dont huit étaient vacants), et 18 postes d'encadrement et de commandement (tous pourvus). La délégation a été informée que la rotation du personnel de surveillance était importante (comme dans tous les établissements de la région parisienne) ; selon la direction, cette situation ne posait cependant pas de difficultés particulières car l'équipe d'encadrement, et notamment des premiers surveillants, était très stable. La délégation a également été informée que près de 30 % du personnel était féminin, et elle a constaté que plusieurs surveillantes étaient présentes dans les zones de détention.

Il serait souhaitable de pourvoir les postes vacants de surveillants à la maison centrale de Poissy.

104. La situation n'était pas aussi favorable au centre pénitentiaire du Havre (qui comptait 494 détenus au moment de la visite). Les ressources en personnel de surveillance (184 postes, dont cinq étaient vacants) permettaient d'affecter, dans le meilleur des cas, un surveillant pour 30 détenus à la maison d'arrêt et un surveillant pour 60 détenus (soit un étage complet) au centre de détention. De plus, 65 % environ des surveillants étaient des stagiaires, encore inexpérimentés et nécessitant en conséquence un encadrement supérieur important – ce qui constituait une difficulté majeure en raison du nombre élevé de postes vacants de premiers surveillants (huit sur 25).

Le CPT rappelle qu'un effectif globalement bas en personnel, de même que les systèmes de présence du personnel qui diminuent les possibilités de contacts directs avec les détenus, empêchent l'instauration et le développement de relations positives. De telles situations génèrent un environnement d'insécurité pour tous (détenus et membres du personnel) ; de plus, elles sont potentiellement dangereuses pour les détenus vulnérables et pour le personnel. Il est en outre évident que les membres du personnel de surveillance doivent bénéficier d'un encadrement supérieur adéquat dans l'exercice de leurs fonctions, et ce, d'autant plus lorsqu'ils sont inexpérimentés.

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

b. discipline

105. Aux termes de l'article 726 du Code de procédure pénale (introduit par la loi pénitentiaire), un décret en Conseil d'Etat doit déterminer le cadre juridique en matière disciplinaire – notamment les fautes et les sanctions disciplinaires, la procédure disciplinaire et la composition de la commission de discipline – dans les limites des normes énoncées par l'article 726 (qui fixe en particulier la durée maximum du placement en cellule disciplinaire). Le décret en Conseil d'Etat mentionné par cette disposition a été adopté le 23 décembre 2010 et publié au Journal officiel le 28 décembre 2010, soit après la visite du CPT.⁵⁴

Le Comité a pris note que la procédure disciplinaire instituée par ce décret contient des garanties appropriées, parmi lesquelles les droits d'être informé des faits reprochés, d'avoir accès au dossier de la procédure disciplinaire, d'être entendu, de bénéficier de l'assistance d'un avocat lors de la comparution devant la commission disciplinaire et de recevoir sans délai copie de la décision (laquelle doit être motivée et indiquer les modalités de recours).

Le CPT souhaite savoir si 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.

⁵⁴ Décret n° 2010-1634 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (partie réglementaire – décrets en Conseil d'Etat). Voir également le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (partie réglementaire – décrets simples).

106. Dans les deux établissements visités, le recours à l'isolement en cellule disciplinaire ne semblait pas être excessif. De plus, comme annoncé par les autorités françaises dans leur réponse au rapport sur la visite de 2006, la durée maximum de cette sanction a été réduite de 45 jours à 30 jours en cas d'actes de violence physique envers des personnes et à 20, 14 et sept jours dans les autres cas (selon le degré de la faute disciplinaire). L'article 726 du Code de procédure pénale précise en outre que le placement des détenus mineurs en cellule disciplinaire ne peut être ordonné qu'à titre exceptionnel, pour une durée maximum de sept jours et seulement si le mineur est âgé de plus de 16 ans. La réduction de la durée maximum de la mise à l'isolement en cellule disciplinaire est à saluer. Toutefois, **de l'avis du CPT, cette durée est encore trop longue.**

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.⁵⁵ 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.**

107. Les conditions matérielles des cellules des quartiers disciplinaires de la maison centrale de Poissy et du centre pénitentiaire du Havre n'appellent pas de remarques particulières autres que celles déjà formulées concernant les bâtiments en général : vétusté (à Poissy) et chauffage insuffisant des locaux (en particulier au Havre, où le quartier disciplinaire avait été vidé de ses occupants durant quelques jours, peu avant la visite du CPT, en raison du froid qui y régnait). Il est, sur ces points, renvoyé aux paragraphes 74 et 79.

108. Tant à Poissy qu'au Havre, la délégation a recueilli des allégations selon lesquelles, dans le quartier disciplinaire, la durée de la promenade quotidienne était parfois de 45, voire de 30 minutes seulement.

Le CPT a pris note qu'aux termes des nouvelles dispositions régissant le régime de détention des détenus placés en cellule disciplinaire (entrées en vigueur après la visite), ces derniers bénéficient d'au moins une heure de promenade individuelle par jour ; ils conservent en outre leur droit de correspondance écrite et la faculté d'effectuer un appel téléphonique par période de sept jours (ou un appel si la sanction est d'une durée inférieure à sept jours). De surcroît, les détenus majeurs peuvent recevoir une visite une fois par semaine. Pour les détenus mineurs, la sanction n'emporte aucune restriction à leur faculté de recevoir les visites de leur famille ou de toute autre personne participant à leur éducation ou leur insertion sociale, et ils continuent de bénéficier de l'accès à l'enseignement ou à la formation. Il s'agit là de développements positifs.

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.

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

⁵⁵ A cet égard, le CPT a déjà eu l'occasion de préciser qu'il était favorable à une durée n'excédant pas trois jours (18^e Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2008) 25, paragraphe 26).

109. A Poissy, l'examen du registre du quartier disciplinaire a révélé qu'en règle générale, le personnel de santé (médecin ou infirmier) se rendait dans ce quartier deux fois par semaine, alors qu'au Havre, ces visites étaient quotidiennes. A cet égard, le CPT a pris note que le décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 a introduit dans le Code de procédure pénale une nouvelle disposition, aux termes de laquelle la liste des personnes présentes dans le quartier disciplinaire doit être communiquée quotidiennement à l'équipe médicale ; de plus, le médecin doit examiner « sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire » (article R. 57-7-31).

Le CPT rappelle que la Règle 43.2 des Règles pénitentiaires européennes dispose que le médecin ou un(e) infirmier(ère) dépendant du médecin doit visiter quotidiennement les détenus placés dans des conditions d'isolement cellulaire.

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.

c. fouilles de sécurité

110. Le CPT a pris note avec satisfaction que les conditions et les modalités des fouilles de sécurité ont été précisées dans la loi pénitentiaire, et que ces mesures ne sont plus laissées à la libre appréciation des chefs d'établissement.⁵⁶

Aux termes de l'article 57 de la loi pénitentiaire, les fouilles doivent « être justifiées par la présomption d'une infraction ou par les risques que le comportement des personnes détenues fait courir à la sécurité des personnes et au maintien du bon ordre dans l'établissement » ; de plus, leur nature et leur fréquence doivent être « strictement adaptées à ces nécessités et à la personnalité des personnes détenues ». Lorsqu'une fouille est décidée, priorité doit être donnée à la palpation ou à l'utilisation de moyens de détection électronique ; une fouille intégrale n'est possible que si ces méthodes sont insuffisantes. Quant aux investigations corporelles internes, elles sont proscrites, « sauf impératif spécialement motivé » ; dans ce cas, elles ne peuvent « être réalisées que par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement pénitentiaire et requis à cet effet par l'autorité judiciaire ». De plus, le décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale a introduit une nouvelle disposition dans ce code, laquelle mentionne expressément que les conditions de fouilles doivent préserver « le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ».⁵⁷

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.

⁵⁶ L'article D. 275 du Code de procédure pénale (en vigueur jusqu'au 29 décembre 2010) disposait : « Les détenus doivent être fouillés fréquemment et aussi souvent que le chef de l'établissement l'estime nécessaire. »

⁵⁷ Partie réglementaire – décrets en Conseil d'Etat (moyens de contrôle), article R. 57-7-81.

111. 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.⁵⁸ 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.**

d. moyens de contrainte

112. L'utilisation de moyens de contrainte (menottes, entraves, etc.) est un sujet de préoccupation particulière pour le CPT compte tenu du risque d'abus et de mauvais traitements. A cet égard, il tient à souligner que l'existence de textes régissant le recours à de tels moyens (conditions et procédure) de même que la consignation scrupuleuse de tout recours à ces moyens sont des garanties fondamentales contre d'éventuels abus et, plus généralement, constituent des outils essentiels de bonne gestion.

Le décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale a introduit dans ce code une disposition régissant les moyens de contrainte. Selon cette disposition (l'article R. 57-7-83), le personnel pénitentiaire ne doit utiliser la force envers les personnes détenues qu'en cas de légitime défense, de tentative d'évasion ou de résistance violente ou par inertie physique aux ordres donnés, et à la condition que cet usage soit proportionné et strictement nécessaire à la prévention des évasions ou au rétablissement de l'ordre.

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.

113. A la maison centrale de Poissy, le personnel ne semblait pas faire un usage fréquent des moyens de contrainte pour maîtriser les détenus récalcitrants. Selon l'administration, de tels moyens (essentiellement des liens flexibles appelés « lacets ») étaient utilisés trois ou quatre fois par année. La délégation n'a cependant pas été en mesure de vérifier ces informations avec précision. Les cas d'utilisation de moyens de contrainte n'étaient en effet pas consignés dans un registre spécifique ; ils donnaient lieu à l'établissement d'un compte-rendu d'incident, dans lequel l'heure de début et de fin de la mesure n'était pas précisée.

⁵⁸ Au centre pénitentiaire du Havre, la direction avait mis fin à cette pratique, mais avait été contrainte de la réintroduire sur ordre donné en date du 20 octobre 2010 par la direction interrégionale des services pénitentiaires Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Normandie, dans l'attente de l'entrée en vigueur du décret d'application de la loi pénitentiaire.

La situation était très différente au centre pénitentiaire du Havre, où l'usage de moyens de contrainte a paru excessif et disproportionné – en raison vraisemblablement du cumul d'un certain nombre d'éléments déjà soulignés : proportion importante de surveillants stagiaires, postes vacants de personnels d'encadrement et faible ratio personnel/détenus dans les quartiers de détention. Le registre d'utilisation des moyens de contrainte portait mention de 42 cas entre le 24 août et le 6 décembre 2010 pour refus de réintégrer la cellule, refus d'une fouille à corps, bousculade de surveillants ou agression. Dans un cas (refus de 38 détenus de quitter la salle d'attente du parloir), il avait été fait usage de deux boucliers et de grenades lacrymogènes ; dans trois cas, d'un bouclier ; et dans tous les autres cas, de menottes.

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.

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.

e. contacts avec le monde extérieur

114. Le CPT rappelle qu'il est très important que les détenus puissent maintenir de bons contacts avec le monde extérieur, et en particulier avec leurs familles et leurs proches.

S'agissant des visites, la situation observée était satisfaisante. A la maison centrale de Poissy, les détenus avaient droit à une visite hebdomadaire d'une durée de deux heures (les vendredis après-midi, et les samedis et dimanches toute la journée). Au centre pénitentiaire du Havre, les prévenus (adultes et mineurs) avaient droit à trois visites d'une durée de 45 minutes par semaine, et les condamnés à deux visites de 45 minutes par semaine. La direction de l'établissement faisait montre de flexibilité lorsque les visiteurs résidaient en un lieu éloigné (la durée des visites pouvait alors être de 90 minutes), et les visites étaient autorisées cinq jours par semaine (du mardi au samedi).

115. Les conditions dans lesquelles se déroulaient les visites – en principe « autour d'une table », sans dispositif de séparation – n'appellent pas de commentaires particuliers. La maison centrale de Poissy et le centre pénitentiaire du Havre disposaient respectivement de 24 et de 50 cabines de visite (dont une pour les personnes à mobilité réduite au Havre) ainsi que d'un espace de jeux pour les enfants des visiteurs.

S'agissant des fouilles des personnes détenues, après les parloirs, il est renvoyé au paragraphe 111.

116. Les condamnés qui ne bénéficiaient pas d'un aménagement de peine ou de permissions de sortir, y compris les détenus particulièrement signalés, pouvaient sous certaines conditions recevoir des visites de longue durée – 6, 24 ou 48 heures une fois par trimestre à Poissy et une fois tous les deux mois au Havre, voire 72 heures une fois par année – dans des appartements meublés (dotés d'un jardinet) situés dans l'enceinte pénitentiaire mais à l'extérieur des zones de détention (les « unités de vie familiale » ou UVF, au nombre de trois à Poissy et quatre au Havre). Ces visites rencontraient un vif succès auprès des détenus ; à titre d'exemple, la direction du centre pénitentiaire du Havre avait reçu quelque 110 demandes d'inscriptions d'avril à décembre 2010.

Les visites de longue durée dans les UVF permettent non seulement de resserrer les liens conjugaux et familiaux, mais également de favoriser la réinsertion de détenus. **Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts en matière d'implantation d'unités de vie familiale dans les établissements pénitentiaires.**

117. 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 2010,⁵⁹ **le CPT souhaite recevoir confirmation que, dans tous les établissements pénitentiaires, les personnes prévenues peuvent avoir accès au téléphone conformément aux remarques qui précèdent.**

118. Dans les deux établissements visités, les condamnés avaient librement accès au téléphone. Toutefois, au centre pénitentiaire du Havre, plusieurs condamnés se sont plaints de ne pouvoir appeler que les numéros pour lesquels ils étaient en mesure de produire la copie d'une facture du titulaire de la ligne téléphonique concernée. La délégation a été informée qu'il s'agissait d'une exigence posée par voie de circulaire⁶⁰, dont le directeur de l'Administration pénitentiaire avait rappelé la stricte application en établissement de peine dans une note adressée aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires en octobre 2009.

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.**

⁵⁹ Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale.

⁶⁰ Circulaire du 13 juillet 2009 relative à l'usage du téléphone par les personnes détenues condamnées.

119. 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.**

f. informations sur les droits

120. Dans les deux établissements visités, la délégation a constaté la bonne qualité des procédures mises en œuvre pour l'accueil des détenus nouveaux arrivants ; en particulier, ces derniers recevaient des informations détaillées (par écrit et par oral) sur notamment le fonctionnement de l'établissement, leurs droits et obligations, et les procédures de plaintes. Plusieurs détenus se sont exprimés en des termes très positifs à ce sujet.

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 1^{er} mai 2011, **le CPT souhaite savoir si cette nouvelle autorité indépendante tiendra des consultations dans les établissements pénitentiaires.**

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.**

g. expression des détenus

121. Aux termes de l'article 50 des Règles pénitentiaires européennes,⁶¹ l'expression des détenus sur des questions relatives à leurs conditions de détention doit être autorisée et encouragée. Le CPT soutient cette approche ; toute initiative visant à promouvoir le dialogue entre les détenus et la direction et/ou le personnel des établissements pénitentiaires ne peut que favoriser l'instauration de relations constructives et, plus généralement, d'un bon environnement dans ces établissements.

La délégation a observé que la direction du centre pénitentiaire du Havre était favorable à l'expression collective des détenus et consultait régulièrement ces derniers sur divers aspects de la vie carcérale. Certaines consultations (par exemple, sur le système des visites) n'avaient cependant pas pu avoir lieu en raison notamment de l'opposition d'organisations professionnelles de surveillants.

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.⁶² **Le CPT souhaite recevoir des informations sur les suites que les autorités françaises envisagent de donner à ce rapport.**

⁶¹ « Sous réserve des impératifs de bon ordre, de sûreté et de sécurité, les détenus doivent être autorisés à discuter de questions relatives à leurs conditions générales de détention et doivent être encouragés à communiquer avec les autorités pénitentiaires à ce sujet. »

⁶² Le droit d'expression collective des personnes détenues, rapport de Cécile Brunet-Ludet, magistrat.

D. Etablissements psychiatriques

1. Remarques préliminaires

122. Lors de la visite de 2010, la délégation s'est rendue dans un certain nombre d'unités fermées des services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif et de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Val de Lys-Artois à Saint-Venant. Trois types d'unités de soins sécurisées ont également fait l'objet d'une visite. Il s'agit de l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin du groupe hospitalier Paul Guiraud et, au sein du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

123. Situé en zone urbaine à quelques kilomètres de la capitale, le groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif était à l'origine, en 1884, un « asile hospice » rattaché à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, avant de devenir autonome l'année suivante. Lors de la visite de 2010, il était l'un des cinq établissements français dotés d'une UMD. 472 patients adultes faisaient l'objet d'une hospitalisation complète, à savoir 407 en psychiatrie générale et 65 en UMD, pour une capacité totale de 493 lits (dont 69 en UMD). Il desservait un bassin de population de près de 900 000 habitants. La durée moyenne de séjour était, en 2009, de 27,2 jours en service de psychiatrie générale et de 180,8 jours en UMD ; une proportion non négligeable de patients y séjournait depuis un an ou plus. La schizophrénie, de type paranoïde en particulier, était la maladie le plus souvent diagnostiquée.

Au total, 278 patients (soit 68 %, dont 52 % en secteur de psychiatrie générale) faisaient l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète sans leur consentement. Pour la moitié d'entre eux, l'admission avait été prononcée par le chef d'établissement sur demande d'un tiers (un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans leur intérêt). Une telle mesure était possible, sur avis médical, lorsque les troubles dont la personne était atteinte rendaient impossible son consentement et si son état imposait des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. La nécessité du maintien de la mesure était réexaminée, au vu d'un certificat établi par un psychiatre dans les 24 heures, dans les quinze jours, puis chaque mois.⁶³ L'autre moitié, y compris les 65 patients de l'UMD, avaient fait l'objet d'une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat (autorité préfectorale), sur avis médical, lorsque les troubles nécessitaient des soins et compromettaient la sûreté des personnes ou portaient atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Avant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le maintien pouvait être prononcé, après avis psychiatrique, pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà, la mesure pouvait être maintenue pour une durée de six mois renouvelable selon les mêmes modalités.⁶⁴ Parmi ces patients, 22 faisaient l'objet d'une telle mesure à la suite d'une décision de l'autorité judiciaire en application des dispositions en matière d'irresponsabilité pénale.⁶⁵ Cinq patients ayant fait l'objet d'une incarcération ne pouvaient être maintenus en milieu carcéral en raison de troubles nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, rendant impossible leur consentement, et constituant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (« patients D. 398 »).⁶⁶

⁶³ Ce mode de prise en charge s'intitulait "hospitalisation sur demande d'un tiers" au moment de la visite (articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du Code de la santé publique en vigueur en 2010).

⁶⁴ Ce mode de prise en charge était appelé "hospitalisation d'office" au moment de la visite (articles L. 3213-1 à L. 3213-10 du Code de la santé publique en vigueur en 2010).

⁶⁵ Articles 122-1 du Code pénal, 706-135 du Code de procédure pénale et L. 3213-7 du Code de la santé publique en vigueur en 2010.

⁶⁶ Articles L.3214-3 du Code de la santé publique et D.398 du Code de procédure pénale (partie réglementaire –

124. L'EPSM Val de Lys-Artois, situé dans la petite commune de Saint-Venant (Pas-de-Calais), avait également été créé en 1884. D'abord destiné aux soins dispensés aux femmes, il a accueilli les hommes après la seconde guerre mondiale. Avec une capacité de 404 lits, il hébergeait 343 patients en hospitalisation complète lors de la visite, dont 287 en service de psychiatrie générale.⁶⁷ Il desservait un bassin de population de près de 500 000 habitants. La durée moyenne de séjour était de 26,9 jours en 2009 ; certains patients y étaient hébergés depuis plusieurs années. Les patients présentant des troubles schizophréniques constituaient généralement le plus grand nombre dans les services visités.

Au total, 69 patients adultes (soit 25 %) faisaient l'objet d'une hospitalisation complète sans leur consentement en secteur de psychiatrie générale. Parmi eux, 48 patients étaient hospitalisés sur demande d'un tiers et 21 patients sur décision du représentant de l'Etat, dont 10 patients hospitalisés sur la base des dispositions en matière d'irresponsabilité pénale. L'EPSM Val de Lys-Artois était également amené à prendre en charge des « patients D. 398 » en provenance de la maison d'arrêt de Béthune et du centre pénitentiaire de Longuenesse ; un tel patient a été admis au service F pendant la visite.

125. L'UHSA du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron, près de la ville de Lyon, est la première d'une série d'unités spécialement aménagées pour la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, avec ou sans leur consentement.⁶⁸ Ouverte en mai 2010, elle avait une capacité de 60 lits et hébergeait, au moment de la visite, 39 patients adultes. L'immense majorité des patients y étaient hospitalisés depuis plusieurs mois et un grand nombre d'entre eux présentaient des troubles schizophréniques. Selon la direction médicale de l'UHSA, l'objectif était de parvenir à un tiers de prises en charge avec consentement.

Quant à l'USIP du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier, elle avait été mise en service en 2005. Elle était dotée de 15 lits et accueillait, lors de la visite, 11 patients considérés comme nécessitant une prise en charge en soins intensifs psychiatriques. Une grande partie des patients souffraient de schizophrénie et étaient amenés à séjourner un mois, voire deux, avant d'être réadmis dans leur service d'origine. Tous les patients faisaient l'objet d'une prise en charge sans leur consentement (sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat).

126. Il convient de relever qu'une réforme législative portant sur les soins psychiatriques était en cours au moment de la visite de 2010. Elle concernait l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiatriques rendant impossible leur consentement aux soins. Cette réforme a abouti à la promulgation de 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.⁶⁹ Cette loi modifie notamment un certain nombre de dispositions du Code de la santé publique relatives aux droits et au suivi des patients psychiatriques et substitue à la notion d'hospitalisation sans consentement celle de soins sans consentement.

décrets simples).

⁶⁷ L'établissement comptait également deux services de psychiatrie infanto-juvénile, une structure alternative d'accueil spécialisé et une structure de resocialisation, lesquels n'ont pas été visités par la délégation.

⁶⁸ Voir articles L. 3214-1 et L. 3214-3 du Code de la santé publique en vigueur en 2010.

⁶⁹ Loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, publiée au Journal officiel du 6 juillet 2011. Cette loi doit entrer en vigueur le 1^{er} août 2011, sous réserve des dispositions transitoires pertinentes.

2. Mauvais traitements

127. L'immense majorité des patients avec lesquels la délégation s'est entretenue dans les établissements et services visités ont parlé en des termes élogieux de l'attitude des personnels hospitaliers à leur égard. La délégation a elle-même rencontré des membres du personnel motivés, avec le souci d'apporter les meilleurs soins possibles, en dépit d'un certain nombre de contraintes auxquelles ils devaient faire face au quotidien.

128. Toutefois, la délégation a recueilli quelques allégations de mauvais traitements récents de patients par certains membres du personnel soignant (infirmier/aide-soignant) du groupe hospitalier Paul Guiraud et de l'EPSM Val de Lys-Artois.

Dans le *groupe hospitalier Paul Guiraud*, une allégation (à savoir, des coups de pied au niveau du tibia) concernait le pavillon 38 de l'UMD et une autre (des gifles) visait le service IV. Dans les deux cas, le personnel était apparemment amené à maîtriser en même temps des patients présentant un comportement agité. Certains patients du pavillon 38 de l'UMD ont également fait état d'injures et de propos provocateurs de la part de certains soignants.

A l'*EPSM Val de Lys-Artois*, les deux allégations recueillies auprès des patients concernés, corroborées par certains témoignages, visaient exclusivement l'unité de soins institutionnels du service B. Dans le premier cas, un membre du personnel soignant aurait fait preuve de brutalité afin d'empêcher un patient en hospitalisation dite « libre » de sortir de l'unité sans autorisation médicale préalable et aurait effectué une clé d'étranglement. Dans le second cas, un membre du personnel soignant aurait procédé par voie d'étranglement (maintien prolongé d'une forte pression manuelle au niveau de la trachée et/ou des artères carotides) afin de maîtriser un patient ayant fait preuve d'un comportement hétéroagressif.

129. L'organisation de la remontée d'informations sur les cas de violence (avec la mise en place d'un Observatoire national des violences en milieu hospitalier notamment), la lutte contre la « maltraitance » (par action ou par omission) et le développement de la « bientraitance » ont constitué des domaines d'action prioritaires des autorités françaises ces dernières années. La haute autorité de santé a intégré la thématique « maltraitance-bientraitance » dans la procédure de certification des établissements et services de santé (sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance, identification des personnes et des situations à risque de maltraitance, mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, etc.). Ces efforts méritent d'être poursuivis.

130. A la lumière de ce qui précède, **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 hétéro-agressifs et/ou agités doit être renforcé dans ces deux établissements.**

131. A l'UHSA de Bron, plusieurs patients et membres du personnel soignant avec lesquels la délégation s'est entretenue se sont interrogés sur les « démonstrations de force » du personnel pénitentiaire, quels que soient les motifs de l'intervention requise, en zone de soins. Les surveillants intervenaient en tenue de protection, équipés de casques balistiques, de boucliers de maintien de l'ordre, de bâtons de protection télescopiques et de menottes. En outre, certains surveillants procédaient au « tutoiement » quasi-systématique des patients faisant l'objet de l'intervention. De son côté, le personnel de surveillance estimait être fréquemment sollicité pour des situations qui ne requéraient pas son intervention. Un patient se souvenait avoir fait l'objet d'une telle intervention à la demande du personnel soignant, peu avant la visite. Il aurait été mis à nu par l'équipe de surveillants, qui aurait également procédé à la fouille des lieux avant de se plaindre auprès du personnel soignant de l'absence de motifs justifiant une intervention de sa part.

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.

3. **Prise en charge des patients « difficiles »**

132. Les patients étaient considérés comme « difficiles » lorsqu'ils présentaient pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique. Cette unité (unité pour malades difficiles ou UMD) devait être organisée de telle manière à permettre la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières.⁷⁰ Les patients concernés devaient, dans tous les cas, faire l'objet de soins sous forme d'hospitalisation complète sur décision du représentant de l'Etat.

133. L'UMD Henri Colin du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif a été la première structure de ce type à voir le jour en France, en 1910. Depuis 1933, l'unité accueille également les femmes. Elle a fait l'objet d'importants travaux de réaménagement en 2004 et 2005. Sur les 69 lits de l'UMD, 54 étaient destinés aux hommes, au nombre de 51 au moment de la visite,⁷¹ répartis dans trois pavillons : le pavillon 38 (phase d'admission), qui pouvait accueillir 18 patients, le pavillon 37 (phase de resocialisation), avec une capacité de 17 lits et le pavillon 35 (phase de préparation à la sortie), qui pouvait accueillir jusqu'à 19 patients. Le pavillon 36, avec une capacité de 15 lits, était réservé aux femmes et reproduisait en son sein les mêmes phases du parcours en UMD ; les chambres étaient toutes occupées lors de la visite. Le séjour dans le cadre de chaque phase de prise en charge variait d'un à six mois, voire bien plus dans certains cas. L'UMD Henri Colin peinait à répondre aux demandes de placement émanant de divers services de psychiatrie des régions Ile-de-France, Picardie et Nord-Pas-de-Calais ; une soixantaine de patients étaient en attente de placement (dont une dizaine de femmes).

⁷⁰ Voir article R. 3221-6 du Code de la santé publique (partie réglementaire) en vigueur en 2010 et article 1 de l'arrêté ministériel du [14 octobre 1986](#) relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. Ces dispositions ont notamment été reprises à l'article L. 3222-3 du Code de la santé publique, tel que modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

⁷¹ Douze hommes étaient placés dans l'UMD sur la base des dispositions en matière d'irresponsabilité pénale et cinq autres étaient des patients « D. 398 ».

134. 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.**

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.**

135. Un certain nombre de patients se sont également plaints de la mise systématique en pyjama ou en uniforme (survêtement portant l'inscription Paul Guiraud) au pavillon 38 et lors de la phase initiale d'observation allant de 10 à 15 jours au pavillon 37. Le CPT se doit d'insister sur le fait que la pratique consistant à obliger les patients à porter, en permanence et de manière prolongée, un pyjama, une chemise de nuit ou un uniforme n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi ; l'individualisation de l'habillement fait partie du processus thérapeutique. **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.**

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. **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 de ces considérations.**

137. Le *programme thérapeutique* comprenait une approche comportementaliste avec une diminution progressive du degré de contrôle de la première à la dernière phase de la prise en charge en UMD. L'examen des dossiers des patients a fait apparaître que le traitement pharmacologique était clairement individualisé. Le problème des patients dits « chimiorésistants » était soigneusement étudié et une approche génétique permettait d'identifier les patients ayant besoin d'un dosage plus ou moins élevé que la normale. La délégation n'a par ailleurs pas relevé d'indices de surmédication.

L'éventail des options thérapeutiques proposées (activités psychosociales, de réinsertion et de loisirs) s'élargissait en fonction des progrès réalisés par les patients, en particulier dans les deux dernières phases du parcours. Outre les activités de loisirs (télévision, lecture, babyfoot, tennis de table, accès quotidien aux espaces de promenade), les patients, à partir de la phase de « resocialisation », voyaient régulièrement un psychologue, pouvaient ensuite prendre part à des ateliers d'ergothérapie (peinture, poterie, cartonnage, etc.), participer à des activités de yoga et diverses activités sportives en plein air (un psychomotricien, en cours de recrutement, devait permettre l'ouverture de la salle de gym). Des sorties à l'extérieur de l'établissement étaient également organisées en fin de parcours. Cependant, au pavillon 38, le régime imposé aux patients semblait d'une rigidité excessive et était généralement appauvri en matière d'activités ayant une portée thérapeutique. Tous les patients passaient 15 heures par jour enfermés à clef dans leur chambre, généralement autorisés à sortir pour les repas et pratiquer quelques activités de loisirs dans les espaces communs et/ou pour sortir à l'air frais. Le passage d'une phase de prise en charge à l'autre semblait en revanche moins marqué chez les femmes.

De l'avis du CPT, le régime imposé au pavillon 38 ne pose pas de difficultés particulières pour un patient en début de prise en charge, pour une durée s'étalant sur plusieurs semaines. Par contre, il perd son sens comportementaliste et devient déshumanisant lorsqu'il s'applique sur des périodes allant jusqu'à plusieurs mois, comme cela pouvait être le cas lors de la visite. **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.**

138. La sismothérapie (ou thérapie électro-convulsive) était parfois proposée aux patients en cas d'échec des autres formes de traitement. Cette thérapie était réalisée sous anesthésie générale et curarisation par du personnel spécialisé à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif et concernait une dizaine de patients par an. Il ressortait des entretiens avec les patients que le consentement à ce type de traitement avait été obtenu au préalable ; toutefois, aucune trace de leur accord ne figurait dans les dossiers, ni dans aucun registre. **Il importe que 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 complète et compréhensible – à l'utilisation de ce type de soins soit 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 la sismothérapie.**

139. Au cours de la visite de 2010, la délégation a eu connaissance de plusieurs cas de patients en attente de placement en UMD qui avaient été mis en chambre d'isolement dans les services de psychiatrie générale pendant des périodes prolongées allant jusqu'à six mois d'affilée, fréquemment sous contention complète (membres inférieurs/supérieurs et abdomen immobilisés), de jour comme de nuit, et devant parfois se soulager par le biais d'une sonde urinaire. Selon les membres du personnel qui ont fait face à de telles situations, ces mesures contribuaient généralement à accentuer encore davantage la rupture du lien thérapeutique entre patients et professionnels de santé. De l'avis du CPT, le maintien de patients dans de telles situations s'apparente à un traitement inhumain et dégradant.

D'après les personnels rencontrés, l'apparition de tels cas était en partie liée à l'incapacité des UMD à répondre aux nombreuses demandes de placement. Dans le même temps, certains professionnels de santé ont mis en lumière des pratiques contribuant à l'allongement des listes d'attente. L'une d'entre elles résultait de l'absence de recherche, par certains médecins des services d'origine, d'alternatives à la mesure extrême de placement en UMD. Dans certains cas, il a été indiqué à la délégation que les difficultés rencontrées auraient pu être surmontées dans le cadre d'une meilleure prise en charge au sein du service d'origine ou dans le cadre d'un transfert provisoire dans un autre service ou une autre structure.

140. 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.

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

141. La création d'un réseau d'unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) était présentée comme une solution intermédiaire à certaines difficultés de prise en charge rencontrées dans les services de psychiatrie générale au niveau d'un département, voire au-delà.

142. Le centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron avait opté pour la mise en place d'une telle unité. L'USIP de Bron était séparée en deux zones d'hébergement distinctes : une zone dite d'isolement (« zone 2 »), comprenant deux chambres d'isolement et trois chambres d'apaisement, plus accueillantes et hébergeant deux patients lors de la visite, et une zone de vie collective⁷² (« zone 3 »), incluant 10 chambres, dont neuf étaient occupées au moment de la visite. L'ambition de l'USIP était de désamorcer les situations conflictuelles apparues en secteur de psychiatrie générale et de répondre aux échecs de prise en charge avec passage à l'acte.

Les *conditions de séjour* dans l'ensemble de l'unité étaient satisfaisantes. Les chambres, toutes individuelles, étaient spacieuses (18 m², par exemple), lumineuses, bien aérées, bien équipées (comprenant une annexe sanitaire intégrée) et très propres. Toutefois, les instruments de contention (attache membres et ceinture abdominale) étaient clairement en évidence sur les lits des chambres d'isolement de la « zone 2 ». Ces instruments n'avaient pas à être utilisés dans nombre de cas et leur exposition, selon certains patients, avait accru leur anxiété lors de l'admission. **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.**

⁷² Les patients étaient autorisés à se regrouper dans les espaces communs de 8h00 à 13h00 et de 15h00 à 21h00.

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.**

143. Le *programme thérapeutique* reposait sur le contrôle comportemental, sur la base de traitements médicamenteux individualisés et d'un parcours progressif de la « zone 2 »⁷³ à la « zone 3 ». Les patients avaient une impression favorable des soins qui leur étaient prodigués par le personnel. Cela étant, ils étaient généralement privés d'initiative personnelle et le manque relatif d'activités thérapeutiques individualisées (en dehors des loisirs) ne semblait guère favoriser une évolution vers plus d'autonomie. **Le CPT recommande de diversifier l'offre d'activités à portée thérapeutique au sein de l'USIP de Bron.**

144. 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.**

145. Un projet d'USIP au sein de l'EPSM Val de Lys-Artois était en discussion au moment de la visite. Les tenants de ce projet estimaient qu'il correspondait aux ambitions de l'établissement en matière de « bienveillance ». Il était également le fruit d'une réflexion sur les pratiques en matière de mise en chambre d'isolement et de mise sous contention dans les services de psychiatrie générale. En outre, il permettrait selon eux d'accueillir les « patients D. 398 » dans de meilleures conditions. Toutefois, le projet ne faisait pas toujours l'unanimité, certains professionnels de santé préférant concentrer leurs efforts sur la qualité de la prise en charge au sein des services. **Si ce projet 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).**

⁷³ Les séjours en chambre d'isolement et chambre d'apaisement pouvaient aller jusqu'à plusieurs jours.

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

146. Par le passé, le CPT a fait part de ses vives préoccupations quant aux difficultés de prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier. Dans son rapport relatif à la visite de 2006, le Comité a mis en lumière des situations inacceptables, notamment en ce qui concerne des détenus particulièrement signalés (DPS) nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier, mais maintenus à la maison centrale de Moulins-Yzeure. Le Comité a recommandé de revoir intégralement le dispositif de soins psychiatriques dispensés à l'égard de ce type de détenus afin que ceux-ci puissent bénéficier des traitements que nécessite leur état de santé, dans des conditions compatibles avec leur dignité. Dans leur réponse, les autorités françaises ont indiqué que, pour remédier à ces difficultés, il avait été décidé de mettre en œuvre un programme de construction d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. La première UHSA devait permettre de prendre en charge les patients incarcérés du ressort des directions régionales des services pénitentiaires de Lyon et de Dijon.⁷⁴

147. Quatre ans plus tard, la délégation a constaté qu'une seule UHSA avait pu être ouverte, au sein du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron. Celle-ci a indéniablement permis à nombre de détenus atteints de troubles psychiatriques, y compris des détenus particulièrement signalés de la maison centrale de Moulins-Yzeure, d'être pris en charge en milieu hospitalier, et ce après un lourd déficit de soins pendant de très longues périodes. L'UHSA de Bron fonctionnait sur deux principes : (i) la primauté du soin et (ii) la double prise en charge, sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé.⁷⁵ Elle comprenait une zone pénitentiaire (points d'entrée et de contrôle, etc.) et une zone de soins. La zone de soins se composait de divers espaces pour les activités thérapeutiques (plateau de soins, plateau sportif) au rez-de-chaussée et de trois sous-unités à l'étage : gestion de crise (unité C), prise en charge individualisée (unité B) et réhabilitation/vie collective (unité A). Chaque sous-unité comptait 20 chambres individuelles. La capacité de l'unité B était atteinte au moment de la visite, tandis que l'unité C accueillait 15 patients et l'unité A quatre patients.

148. Les *conditions de séjour* étaient, à bien des égards, excellentes. Les chambres, qui disposaient d'une annexe sanitaire intégrée, offraient espace, lumière et aération aux patients. Certains aménagements avaient été particulièrement bien pensés : les chambres disposaient par exemple d'un panneau mural permettant de personnaliser l'environnement immédiat (photos, affiche, etc.), d'un poste de télévision placé dans un espace anti-dégradation, et de boutons d'appel installés au mur et au lit. Cela étant, les barreaux aux fenêtres des chambres n'apportaient pas davantage de sécurité (les vitres étant en plexiglas) ; d'après certains interlocuteurs, ils avaient « l'intérêt » de rappeler aux patients qu'ils étaient toujours incarcérés. 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.**

⁷⁴ Voir paragraphe 201 du rapport relatif à la visite de 2006 en France et réponse du Gouvernement français.

⁷⁵ Voir également la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

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.**

Les patients des unités B et C, c'est-à-dire la majorité des patients, prenaient leurs repas seuls en chambre. Il était envisagé que les patients prennent leurs repas avec certains soignants. **Ces initiatives doivent être encouragées.**

149. 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.⁷⁶ 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.**

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.**

150. Hormis les patients de l'UHSA de Bron, les personnes détenues bénéficiant de soins psychiatriques en milieu hospitalier faisaient généralement l'objet d'une hospitalisation complète, sur décision du représentant de l'Etat compétent, en secteur de psychiatrie générale, sur la base de l'article D. 398 du Code de procédure pénale. La prise en charge de ces personnes dans les services de psychiatrie générale visités était une source de graves préoccupations. Ces patients étaient presque systématiquement mis en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation, généralement sous contention complète pendant les premières 48 heures, voire pendant tout leur séjour. Cette mesure était dictée par des considérations de sécurité et non par leur état clinique. La délégation a ainsi rencontré un jeune patient qui avait été transféré de la maison d'arrêt de Béthune à l'EPSM Val de Lys-Artois et placé dès son arrivée en chambre d'isolement sous contention complète. Il était en grande détresse lors de l'entretien avec le psychiatre de la délégation et se comparait à « un corps dans un cercueil ». Il souhaitait être ramené en milieu carcéral le plus rapidement possible. Aucune prescription médicale de mise en chambre d'isolement ou de maintien sous contention n'avait accompagné son transfert. La mesure trouvait sa seule origine dans la décision préfectorale d'admission en soins sans consentement, laquelle comportait une note manuscrite se référant aux consignes de sécurité de l'Administration pénitentiaire (« risque d'évasion : isolement et contention indispensables »).

⁷⁶ Certains patients ont dit à la délégation qu'ils avaient participé à un groupe de parole à une seule occasion, en présence d'une équipe de télévision, peu de temps avant la visite.

Le personnel avec lequel la délégation s'est entretenue au cours de la visite était mal à l'aise vis-à-vis de ce qu'il percevait comme une instrumentalisation de la mise en chambre d'isolement et de la mesure de contention à des fins exclusivement sécuritaires. Selon lui, ce type de mesure limitait considérablement le choix des options thérapeutiques et avait souvent pour conséquence un retour anticipé en milieu carcéral. Dans un avis du 15 février 2011, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté adopte un point de vue identique et estime que la mesure d'isolement « compromet la santé du détenu malade à un double titre. Il lui interdit d'avoir accès, contrairement aux autres malades qui ne sont pas isolés, aux thérapies collectives mises en œuvre (groupes de parole, ergothérapie...). Elle provoque fréquemment, du fait même des contraintes imposées au malade, la demande de ce dernier de réintégrer au plus vite l'établissement pénitentiaire d'où il provient, alors même que des soins à l'hôpital seraient encore nécessaires ».⁷⁷

Le CPT tient à souligner qu'il n'appartient ni aux autorités pénitentiaires ni aux autorités préfectorales de solliciter des mesures d'isolement et/ou de contention ou de décider d'imposer ces mesures vis-à-vis de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques sans l'avis d'un médecin allant dans ce sens. Dans le cas contraire, l'imposition de telles mesures risque de soumettre des patients vulnérables à des traitements inhumains et dégradants.

151. 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.**⁷⁸ 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.**

⁷⁷ Avis relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office publié au Journal officiel du 20 février 2011.

⁷⁸ Voir également le rapport de mai 2011 de l'Inspection générale des affaires sociales sur les accidents en psychiatrie qui recommande, en attendant des places suffisantes en UHSA, de faire en sorte que les détenus hospitalisés aient accès à des locaux sécurisés, pourvus de patios ou de cours appropriés.

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

152. Les treize services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, correspondant tous à des secteurs géographiques déterminés dans les départements des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne, comptaient 424 lits et accueillait 407 patient(e)s en hospitalisation complète au moment de la visite. Un service disposait en général de deux unités d'hospitalisation temps plein d'une trentaine à une quarantaine de lits au total. La grande majorité des unités d'hospitalisation fonctionnaient en régime fermé. L'EPSM Val de Lys-Artois à Saint-Venant comprenait sept services de psychiatrie générale, qui correspondaient à sept secteurs géographiques déterminés dans le département du Pas-de-Calais, avec un total de 336 lits et 287 patient(e)s en hospitalisation temps plein au moment de la visite. Les services étaient composés de deux ou trois unités (dont la majorité fonctionnait également en régime fermé) et disposaient généralement d'une quarantaine à une cinquantaine de lits chacun. La délégation s'est également rendue dans un service relocalisé dans son secteur, à savoir le service A (secteur 62 G 08 – centre psychothérapeutique du Ternois), dans le village de Gauchin-Verloingt, à près de quarante kilomètres du site de Saint-Venant.

153. Les conditions de séjour dont bénéficiaient les patients dans les services de psychiatrie générale visités étaient globalement satisfaisantes.

Les patients du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif étaient accueillis dans des chambres individuelles ou doubles, qui mesuraient de 10 m² pour les chambres individuelles à 18 m² pour les chambres doubles (sans compter l'annexe sanitaire intégrée). Celles-ci étaient lumineuses, bien aérées, et disposaient d'équipements adaptés. Des dispositifs anti-défenestration en plexiglas avaient été installés, en ayant pris soin de ne réduire ni l'accès à la lumière naturelle ni l'aération. Un vaste programme de rénovation était en cours au moment de la visite afin notamment de remédier à la vétusté de certains locaux, aménager les différents espaces communs et/ou accueillir davantage de patients en chambre individuelle. La construction, à Clamart, d'un hôpital appartenant au groupe allait permettre, d'ici à la fin 2011, de relocaliser 120 lits au plus près des habitants des secteurs concernés et d'assurer un rapprochement avec le service des urgences de l'hôpital Antoine Béclère ; certains patients rencontrés auraient en effet attendu dans ce service des heures durant, sous contention, sur un brancard, avant qu'un transfert puisse être organisé vers Villejuif. Il était également prévu de relocaliser 90 lits à Boulogne d'ici à 2015.

Dans l'EPSM Val de Lys-Artois, les patients étaient hébergés dans des chambres individuelles confortables (mesurant en règle générale 12 à 15 m², sans compter l'annexe sanitaire), voire, dans certains cas, en chambre double (mesurant 20 m² ou plus). Les locaux de six services sur sept avaient été entièrement rénovés ou transférés dans de nouveaux bâtiments. Seuls les locaux du service D (secteur 62 G 09 – Lillers), situé dans les étages du bâtiment destiné aux soins normalisés, étaient inadaptés. L'indispensable relocalisation du service dans de nouveaux locaux avait été programmée, en consultation avec le personnel du service.

154. En dépit de la mise en œuvre des programmes de construction et de rénovation, les services de psychiatrie générale visités restaient confrontés à un défi majeur : la gestion des lits d'hospitalisation face à des besoins qui seraient en constante augmentation. Il ressort des constatations de la délégation que cet état de fait aboutissait à des situations qui n'étaient pas acceptables du point de vue de la prise en charge des patients : allongement des temps d'attente dans les services d'urgence des hôpitaux généraux, sous l'action de médicaments fortement tranquillisants, voire sous contention mécanique ; hébergement provisoire en chambre d'isolement en attendant qu'un lit ne se libère (de tels hébergements pouvaient s'étendre jusqu'à plusieurs jours) ; admission et séjour dans un autre secteur de psychiatrie générale dans l'attente d'une place dans le secteur concerné, ce qui n'était pas sans conséquence en matière de continuité des soins.⁷⁹ La délégation a également constaté lors de la visite du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif qu'il n'était pas rare qu'aucun lit ne soit disponible au sein de l'établissement et que le patient doive être transporté dans un autre hôpital, parfois loin de son domicile.

A l'EPSM Val de Lys-Artois, la direction avait récemment pris des mesures en vue de responsabiliser davantage les services de psychiatrie qui se trouvaient régulièrement en situation de « débordement », c'est-à-dire qui n'étaient pas en mesure de prendre en charge certains de leurs patients et demandaient à d'autres services de s'en occuper dans l'attente de lits disponibles. Ces mesures avaient eu pour effet de réduire ce type de phénomène au sein de l'établissement, même s'il était toujours d'actualité au moment de la visite.

155. 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.

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.**

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.**

⁷⁹ Il convient de relever que le centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron était lui aussi confronté à ce type de difficultés. Un court passage de la délégation dans l'unité médicale d'accueil (UMA) de l'établissement a permis d'observer que les patients pouvaient être hébergés dans des espaces d'attente, souvent sous contention, pendant des heures avant qu'un lit ne se libère en secteur de psychiatrie générale. La consultation des registres a montré que, dans l'UMA, le nombre de patients en attente dépassait régulièrement le nombre de chambres disponibles.

156. 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.**

157. 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.**

158. En ce qui concerne les programmes thérapeutiques, il ressort des constatations de la délégation que de sérieux efforts avaient été consentis en matière d'individualisation des soins dans les services du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'EPSM Val de Lys-Artois. Un protocole de soins était établi pour chaque patient, en consultation avec lui, et revu régulièrement par des équipes de soins pluridisciplinaires. Le dosage des traitements médicamenteux semblait raisonnable.

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.**

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.**

7. Ressources en personnel

159. L'équipe médicale de l'UMD Henri Colin du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, disposant de 69 lits, comprenait l'équivalent temps plein de 4,6 praticiens hospitaliers (psychiatres, en particulier) et de 3 internes.⁸⁰ Un professeur en psychopharmacologie clinique était également engagé à mi-temps. L'équipe soignante (infirmiers/aides-soignants) se composait d'un équivalent temps plein de 119,1 personnes, assurant dans chaque pavillon une présence de quatre soignants en journée (généralement trois infirmiers et un aide-soignant) et deux soignants la nuit (dont au moins un infirmier) pour moins de 20 patients. Deux psychologues (1,2 équivalents temps plein) intervenaient dans les pavillons 35, 36 et 37, mais ne prenaient pas en charge les patients du pavillon 38. Deux ergothérapeutes à temps plein animaient les ateliers de l'UMD (avec l'aide de trois infirmiers). Un poste de psychomotricien à temps plein était en train d'être pourvu au moment de la visite.

160. A l'USIP du centre hospitalier Le Vinatier de Bron (15 lits), l'équipe médicale comprenait l'équivalent temps plein de deux praticiens hospitaliers (psychiatres) et d'un assistant médical.⁸¹ L'équipe soignante comprenait théoriquement l'équivalent temps plein de 16,5 infirmiers et de cinq aides-soignants en journée et l'équivalent temps plein de quatre infirmiers et de trois aides-soignants la nuit, auxquels s'ajoute l'équivalent temps plein de 1,5 cadres de santé. Toutefois, la délégation a été informée que deux à trois postes d'infirmiers restaient à pourvoir. En outre, le poste de psychologue (0,9 équivalent temps plein) était vacant.

161. L'UHSA du centre hospitalier Le Vinatier de Bron a la particularité de regrouper deux types de personnels : le personnel hospitalier chargé des soins et le personnel pénitentiaire chargé de la surveillance. Pour ce qui est du personnel hospitalier, l'équipe médicale couvrant l'ensemble de la zone de soins de l'UHSA (60 lits) était constituée, en plus du médecin-chef, de quatre praticiens hospitaliers (psychiatres), d'un interne et d'un médecin généraliste.⁸² L'équipe soignante assurait, dans chaque unité d'hospitalisation de 20 lits, une présence de cinq soignants en journée (dont au moins deux infirmiers) et de quatre soignants en période nocturne.

Le CPT est préoccupé par le fait que l'équipe « psychosociale » n'était pas constituée au moment de la visite, soit six mois déjà après l'ouverture de l'unité. Cette équipe devait être composée notamment d'un ergothérapeute, d'un éducateur sportif et d'un psychomotricien, tous en cours de recrutement, ainsi que d'un éducateur spécialisé, lequel devait intervenir sous peu ; au moment de la visite, il n'y avait que deux psychologues qui travaillaient à temps plein.

L'équipe de surveillance comptait 35 agents qui assuraient une présence de sept surveillants, encadrés par un premier surveillant, en journée, et une présence de quatre surveillants, sous la responsabilité d'un premier surveillant, en période nocturne. L'équipe travaillait par tranche de 12 heures et comptait deux membres de sexe féminin.

⁸⁰ En période nocturne, l'établissement comptait deux médecins de garde (dont un psychiatre).

⁸¹ La nuit et le week-end, le personnel soignant pouvait faire appel au psychiatre de garde de l'établissement.

⁸² La nuit et le week-end, un médecin du Service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Lyon Corbas était d'astreinte.

Les modalités d'intervention en cas d'incident en zone de soins se fondaient sur trois niveaux d'alerte : gestion de l'incident par l'équipe soignante de l'unité de soins concernée (niveau 1) ; appel en renfort de tout membre du personnel soignant disponible dans les unités de soins voisines (niveau 2) ; réquisition du personnel de surveillance par le personnel hospitalier (niveau 3). D'après le protocole d'intervention, en cas d'alerte de niveau 3, le « personnel pénitentiaire se substitue au personnel soignant pour mettre fin à l'incident » et le « personnel soignant se met en retrait de l'incident ». Autrement dit, si le comportement du patient est tel que le personnel soignant n'est pas à même de le gérer seul, le patient n'est plus traité comme un « patient », mais comme un « détenu » une fois l'intervention du personnel pénitentiaire requise. Ce type d'approche est totalement inadéquat. En effet, dans ce genre de situations, le personnel hospitalier doit rester maître de la prise en charge afin d'assurer la continuité des soins.

162. Dans les services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, qui disposaient d'une trentaine à une quarantaine de lits chacun, le personnel médical comprenait l'équivalent temps plein de 4,5 à 8 praticiens hospitaliers (psychiatres), auxquels pouvaient s'ajouter un ou deux praticiens contractuels (à temps plein ou partiel), ainsi que des assistants médicaux généralistes ou spécialistes.⁸³ Les équipes soignantes allaient de 41,5 à 76,6 équivalent temps plein par service, assurant une présence de 7 à 9 membres du personnel soignant (en majorité infirmier) pendant la journée et 3 à 4 en période nocturne (en majorité infirmier). Cependant, les services avaient généralement recours à du personnel intérimaire pour assurer ces présences. La majorité des membres du personnel soignant présents étaient fréquemment sous contrat d'intérim, ce qui avait des répercussions sur la qualité et la continuité des soins (en raison de leur connaissance parfois insuffisante des procédures applicables et des patients). Les équipes de psychologues et les effectifs du personnel socio-éducatif étaient variables d'un service à l'autre (allant d'un effectif en équivalent temps plein d'un à cinq psychologues et de deux à dix membres du personnel socio-éducatif).

Dans les services de psychiatrie générale de l'EPSM Val de Lys-Artois, qui disposaient d'une quarantaine à une cinquantaine de lits chacun, les équipes médicales comportaient généralement l'équivalent de 3 à 4 praticiens hospitaliers (psychiatres) à temps plein.⁸⁴ Les équipes soignantes allaient de 52 à 62 membres du personnel par service en équivalent temps plein (dont au moins 80 % étaient du personnel infirmier), assurant une présence de quatre à huit soignants (en majorité infirmiers) par service en journée, et quatre soignants pendant la nuit (au moins la moitié d'entre eux étant infirmiers). Un à trois psychologues et un à trois ergothérapeutes étaient amenés à intervenir dans les services.

⁸³ Voir note de bas de page 80 en ce qui concerne la couverture médicale en période nocturne.

⁸⁴ La nuit et le week-end, un psychiatre était de garde sur le site de Saint-Venant et un système d'astreinte avait été mis en place dans le service A.

163. En conclusion, les effectifs médicaux étaient adaptés dans les unités de soins sécurisées (UMD, USIP, UHSA). Il en allait de même pour les effectifs soignants de l'UMD et de l'UHSA visitées. En revanche, les postes vacants d'infirmiers de l'USIP de Bron devraient être pourvus. En outre, dans les trois unités de soins sécurisées, les effectifs des équipes « psychosociales » étaient incomplets ou les interventions de ce type de personnel insuffisantes. Dans l'UHSA de Bron, le principe de la primauté du soin doit être observé en toute circonstance dans la zone de soins. Le personnel de surveillance peut assister le personnel hospitalier dans cette zone en cas de nécessité, en gardant à l'esprit les recommandations formulées au paragraphe 131, mais ne doit en aucun cas se substituer à lui. Dans les services de psychiatrie générale visités, les effectifs du personnel médical étaient satisfaisants. Le même constat peut être fait pour ce qui est du personnel soignant de l'EPSM Val de Lys-Artois. Toutefois, les effectifs permanents du personnel soignant du groupe hospitalier Paul Guiraud étaient généralement insuffisants. Il convient également de revoir les interventions des psychologues et du personnel socio-éducatif dans certains services de cet établissement.

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.

Le Comité recommande en outre de pourvoir les postes vacants d'infirmiers dans l'USIP du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron et de renforcer les interventions des personnels qualifiés pour proposer des activités psychosociales et de réinsertion au sein de l'unité ; à cet égard, le poste de psychologue doit être pourvu au plus vite.

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. De plus, il est impératif que l'équipe « psychosociale » de l'UHSA de Bron soit pleinement opérationnelle ; le Comité souhaite savoir si tel est désormais le cas. A cet égard, les autorités françaises devraient faire en sorte qu'à l'avenir, ces équipes soient en place dès l'ouverture de ce type de structure.

De même, il conviendrait de permettre l'intervention de ce type de personnel au pavillon 38 de l'UMD Henri Colin du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, afin qu'il prenne en charge certains patients y séjournant de manière prolongée. Le Comité souhaite en outre savoir si le poste de psychomotricien rattaché à l'UMD a été pourvu.

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

164. Le personnel des services de psychiatrie visités pouvait avoir recours à la mise en chambre d'isolement (MCI) d'un patient, éventuellement combinée à l'utilisation de moyens de contention mécanique⁸⁵ (ainsi qu'à une modification du traitement médicamenteux), sur la base d'un éventail d'indications assez large : prévention d'un passage imminent à l'acte auto- ou hétéro-agressif alors que les autres moyens de contrôle n'étaient ni efficaces ni appropriés ; prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé imposait les soins ; intégration de l'isolement dans un programme thérapeutique ; isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ; utilisation à la demande du patient. La MCI était en revanche contre-indiquée, du point de vue de la prise en charge psychiatrique, si elle avait un caractère punitif, si l'état clinique du patient ne le requérait pas, si l'utilisation avait pour seul objectif le confort de l'équipe soignante et la réduction de son anxiété ou si son utilisation était uniquement liée au sous-effectif.

165. Le CPT a déjà évoqué des situations dans lesquelles la MCI et la mise sous contention (dont certains épisodes pouvaient s'étendre sur des périodes prolongées sans aucune interruption) étaient inacceptables dans le cas de patients « difficiles » en attente de placement en UMD ou de « patients D. 398 » accueillis en secteur de psychiatrie générale (voir paragraphes 139 et 150).

La délégation a observé que, hormis ces cas spécifiques, les pratiques relatives à la MCI et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre. Ainsi, l'examen comparé des dossiers des patients de quelques services de l'EPSM Val de Lys-Artois et du groupe hospitalier Paul Guiraud⁸⁶ tendait à montrer que les recours à la chambre d'isolement et à la contention mécanique, ainsi que la durée d'utilisation de ces moyens, étaient en général bien supérieurs dans les services du groupe hospitalier Paul Guiraud, où les patients étaient très souvent placés en chambre d'isolement à l'admission et pouvaient même y passer près de la moitié de leur séjour.

Cette diversité des pratiques était bien connue des personnels dirigeants et des professionnels de santé rencontrés. Ils estimaient que les différences de diagnostics des patients d'un service à l'autre n'expliquaient que partiellement ces variations, qu'ils attribuaient avant tout à une différence de « culture » entre les services. Il semblait par ailleurs évident au cours de la visite que certains services, à l'EPSM Val de Lys-Artois en particulier, cherchaient à éviter plus que d'autres d'avoir recours à la MCI et à la contention, en investissant davantage d'efforts dans la construction et la préservation d'une alliance thérapeutique avec le patient (déclenchement d'un dispositif de surveillance constante en cas de nécessité, développement d'une large gamme d'activités thérapeutiques, etc.).

⁸⁵ Ce type de contention consistait à maintenir un patient au lit à l'aide de sangles aux niveaux des membres inférieurs et supérieurs et d'une ceinture au niveau de l'abdomen (« contention complète »). Certains membres pouvaient être libérés (« contention partielle »). Dans l'UMD Henri Colin, le personnel utilisait une camisole de force dans laquelle le patient était enveloppé des cuisses jusqu'aux épaules.

⁸⁶ Les services en question accueillait une proportion similaire de patients hospitalisés sans leur consentement au moment de la visite.

166. Par le passé, le CPT a formulé plusieurs recommandations visant à mieux encadrer la MCI et le recours à la contention mécanique, et ce de manière à limiter au maximum les risques d'abus et de mauvais traitements.⁸⁷ Les démarches entreprises par les autorités françaises en la matière se sont fondées sur une évaluation des pratiques professionnelles aux niveaux national, régional et des établissements et services de psychiatrie.

167. Dans tous les établissements visités, des protocoles de MCI avaient été mis au point et réévalués à intervalles réguliers. La MCI devait faire l'objet d'une prescription médicale ou, en cas d'urgence, d'une autorisation médicale dans l'heure. Par ailleurs, une procédure de double avis médical (psychiatrique et somatique) pouvait être mise en place. La nécessité du maintien des mesures devait être revue par le personnel médical toutes les 24 heures.

Les procédures semblaient correctement suivies dans les unités de soins sécurisées visitées et dans les services de psychiatrie générale de l'EPSM Val de Lys-Artois. Le personnel de chaque service disposait de consignes écrites dans ce dernier établissement. En revanche, le personnel des services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud n'avait apparemment pas eu de telles consignes, ce qui pouvait en partie expliquer certaines incertitudes sur la manière de procéder et les formulaires à remplir. En outre, il est apparu à l'examen des dossiers dans cet établissement que la MCI n'était pas toujours formellement validée par un médecin dans les premières 24 heures.

Au groupe hospitalier Paul Guiraud, le médecin avait la possibilité d'autoriser au préalable le personnel soignant d'utiliser des moyens de contention « si nécessaire » ; dans près de la moitié des dossiers examinés, une telle autorisation générale avait été donnée au personnel soignant. Dans une bien moindre mesure, une telle approche a également été observée dans certains services de l'EPSM Val de Lys-Artois et dans l'USIP du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier.

168. La délégation a constaté que certains services avaient développé des pratiques s'apparentant à des MCI, comme la mise en chambre dite d'apaisement.⁸⁸ De telles pratiques avaient notamment cours dans certains services de l'EPSM Val de Lys-Artois, sans qu'aucun protocole en la matière n'ait été mis en place. Le personnel soignant pouvait également être autorisé à recourir à ce type de moyen « en cas de nécessité » ; certains patients étaient ainsi isolés de manière répétée au cours de la semaine.

169. La procédure de MCI en vigueur au sein de l'EPSM Val de Lys-Artois imposait d'emblée au personnel médical, lors de la prescription d'une telle mesure, de vérifier l'adéquation entre la mesure et le mode de prise en charge (libre ou sans consentement). Dans les faits, le placement, en chambre d'isolement, d'un patient admis en soins « libres » était peu fréquent. Toutefois, il est apparu dans certains cas isolés que des patients admis en soins « libres » avaient été maintenus en chambre d'isolement, sous contention complète, jusqu'à près de cinq jours avant que les modalités de prise en charge ne soient modifiées. Dans les services visités du groupe hospitalier Paul Guiraud, de tels cas n'étaient pas rares. Aucune consigne ne semblait exister en la matière et le personnel préférait ne pas modifier le mode de prise en charge afin d'éviter de stigmatiser, selon eux, les patients concernés.

⁸⁷ Voir notamment paragraphe 141 du rapport relatif à la visite du CPT de 2000 en France (CPT/Inf (2001) 10).

⁸⁸ Cette mesure consistait généralement à enfermer un patient seul dans une pièce spécialement conçue à cet effet (considérée comme plus apaisante qu'une chambre d'isolement) pour des périodes allant de 15 à 45 minutes, parfois au-delà (« toute la nuit », par exemple).

170. En application de l'article R. 4311-6 du Code de la santé publique, la surveillance des patients en chambre d'isolement fait partie intégrante des soins infirmiers. Dans les services visités, cette surveillance était très variable : en cas de mise sous contention, elle consistait notamment en des rondes effectuées tous les quarts d'heure en unité de soins sécurisée et parfois toutes les deux ou trois heures en secteur de psychiatrie générale. Par conséquent, il est peu étonnant qu'un certain nombre de patients se soient plaints d'avoir fait l'expérience de situations humiliantes en raison de l'insuffisance de la surveillance du personnel soignant (incontinences urinaire et fécale, difficultés d'alimentation, etc.).

171. Plusieurs patients du groupe hospitalier Paul Guiraud ont dit à la délégation avoir vécu les mises en chambre d'isolement, et en particulier les mises sous contention, comme une punition. Il convient de relever à cet égard que ces patients n'avaient en général pas eu d'entretien avec le personnel lorsque la mesure avait pris fin. Au sein des services visités de l'EPSM Val de Lys-Artois, la situation était plus favorable ; la majorité des patients concernés avaient eu un tel entretien.

172. A la lumière des constatations ci-dessus, le CPT souhaite rappeler que la MCI (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë. Il importe de veiller à ce que chaque MCI et recours à la contention soit prescrit par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation ; dans ce contexte, il convient d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité. Il est également impératif que tous les autres moyens appropriés aient été tentés avant d'avoir recours à ces mesures. La MCI et la contention ne doivent pas non plus être maintenues plus que nécessaire ; le Comité estime à cet égard que l'utilisation de moyens de contention mécanique pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement.

Les protocoles devraient indiquer clairement l'ensemble des moyens pouvant être utilisés (MCI ou autre mesure apparentée, moyens de contention appliqués, etc.), les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention. S'il est jugé nécessaire de soumettre un patient bénéficiant de soins psychiatriques avec son consentement à des mesures d'isolement et/ou de contention et que celui-ci s'y oppose, il convient de revoir le mode de prise en charge de l'intéressé.

Le CPT estime que, en cas de mise sous contention, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient et l'assister (élimination des urines et des selles / accès aux toilettes et salle d'eau, hydratation, alimentation, etc.). La vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. Dans le cas d'une MCI sans recours à la contention, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre d'isolement, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. Il est également essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné.

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.

173. Il ressort des constatations faites par la délégation au cours de la visite de 2010 que la mise en place des protocoles de MCI a amélioré de manière significative la traçabilité des mesures prises au niveau des dossiers des patients. Les fiches de prescription de MCI / décision de MCI en urgence et de surveillance infirmière étaient, à de nombreux égards, très bien conçues. Le personnel des services de l'EPSM Val de Lys-Artois, sous le contrôle étroit des médecins-chefs et des cadres infirmiers, semblait veiller à ce que l'ensemble des fiches soient complétées le plus rigoureusement possible. A l'inverse, les fiches correspondantes étaient remplies de manière aléatoire dans certains secteurs de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud (indications justifiant la MCI manquantes, absence de l'heure de la fin de la mesure, notamment lorsque la MCI durait moins de 24 heures, grille de surveillance infirmière très incomplète, etc.).

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.

174. D'après certains professionnels de santé, les efforts consentis en matière de traçabilité ont eu pour effet une baisse constante des recours à la MCI et à la contention dans leurs services. Toutefois, une telle analyse était impossible à vérifier au niveau des unités et services visités en l'absence de registre spécifique relatif à la MCI et à la contention. Seuls certains services de l'EPSM Val de Lys-Artois avaient commencé à mettre en place un tel registre.

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.

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

9. Garanties

175. Il est impératif que les procédures de prise en charge psychiatrique sans consentement offrent des garanties d'indépendance et d'impartialité, ainsi que d'expertise médicale objective. Hormis les cas d'urgence, la décision formelle d'admettre en soins psychiatrique une personne sans son consentement devrait être fondée sur l'avis d'au moins un médecin indépendant ; la décision effective de placement devrait être prise par un organe différent de celui qui le recommande. Dans le cadre d'une procédure d'urgence, il importe notamment que les soins psychiatriques sans consentement ne soient effectués que pendant une courte période, sur la base d'un avis médical.

176. En ce qui concerne les services de psychiatrie générale, le CPT tient à souligner d'emblée qu'une grande partie des patients faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques « libres » lors de la visite étaient, de fait, privés de leur liberté, et plus précisément maintenus dans des unités d'hospitalisation temps plein fermées à clef, sans libre accès à d'autres parties de l'établissement et encore moins à l'extérieur de l'établissement, même pour quelques heures. La sortie de ces unités était en principe soumise à une prescription/autorisation médicale. Dans le cas contraire, les patients pouvaient être physiquement empêchés de sortir par le personnel soignant, voire faire l'objet d'une mise en chambre d'isolement. Naturellement, cette privation de fait de liberté, non assortie des garanties appropriées, pouvait susciter certaines incompréhensions chez les patients concernés et, à terme, être à l'origine de situations difficiles à gérer pour le personnel (voir paragraphe 128).⁸⁹ Par conséquent, **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.**

177. Dans son rapport relatif à la visite de 2000, le CPT avait recommandé de revoir les dispositions en matière d'admission en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes. En effet, ces dispositions permettaient au maire d'une commune ou, à Paris, à un commissaire de police, à défaut d'avis médical, d'arrêter des mesures provisoires d'hospitalisation à l'égard des personnes dont le comportement révélait des troubles psychiatriques manifestes sur la base de la « notoriété publique ».⁹⁰ Le Comité estime qu'il ne convient pas de laisser aux maires/commissaires de police la possibilité de prendre des mesures de soins non volontaires sans que l'intéressé ne soit vu par un médecin. L'obtention de l'avis d'un médecin, qui n'est pas nécessairement un médecin psychiatre et qui, comme la délégation a pu le constater lors de la visite de 2010, peut éventuellement exercer dans l'établissement d'accueil, ne doit pas être une priorité, mais une exigence.

⁸⁹ Voir également l'avis précité du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

⁹⁰ Voir paragraphe 144 du rapport relatif à la visite de 2000 en France (CPT/Inf (2001) 10), et article L. 3213-2 du Code de la santé publique en vigueur en 2010.

Il s'agit également là de la position du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe dans sa Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux : « Dans le cadre d'une procédure d'urgence [...] le placement ou le traitement involontaires ne devraient être effectués que [...] sur la base d'une évaluation médicale appropriée à la mesure envisagée » (article 21).

Le CPT appelle les autorités françaises à amender la législation, à la lumière des considérations qui précèdent.

178. Il convient de rappeler qu'au moment de la visite, une décision sur la nécessité du maintien de l'admission en soins psychiatriques sans consentement devait être prise à intervalles réguliers variant suivant le mode d'admission, au vu d'un certificat établi par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil dans les 24 heures, dans les 15 jours, puis chaque mois. Le CPT relève à ce titre que 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 introduit notamment une disposition dans le Code de santé publique exigeant qu'un psychiatre produise un nouveau certificat dans les 72 heures suivant l'admission, dans le cadre d'une période dite d'observation et de soins initiale, sous forme d'hospitalisation complète. Lorsque les deux certificats, établis dans les premières 24 heures et 72 heures suivant l'admission, concluent au maintien des soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose une forme de prise en charge (hospitalisation complète ou autre).⁹¹

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 ».⁹² 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.**

179. Les registres et dossiers relatifs au maintien des mesures de prise en charge sans consentement étaient en général correctement tenus dans les établissements visités, en particulier pour ce qui est des services de l'EPSM Val de Lys-Artois. Dans ce dernier établissement, les certificats médicaux étaient bien documentés et faisaient état de l'évolution de l'état de santé des patients au fil des mois. Toutefois, dans certains services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud, les certificats médicaux étaient souvent stéréotypés, sans réelle indication sur l'évolution de l'état de santé des patients concernés, et ce sur des périodes allant jusqu'à une dizaine de mois. Il semblait par ailleurs que ces certificats médicaux devenaient à nouveau plus précis lorsqu'une sortie du dispositif de soins était en vue, en particulier en matière de soins sur décision du représentant de l'Etat. En outre, dans quelques cas de prise en charge sur demande d'un tiers, certains certificats mensuels n'avaient apparemment pas été produits, sans que cela ait eu de conséquences sur le maintien de l'hospitalisation.

⁹¹ Voir article L. 3211-2-2 du Code de la santé publique, tel que modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

⁹² Voir article L. 3213-1-II du Code de la santé publique, tel que modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

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.

180. Pour ce qui est de l'hospitalisation en UMD,⁹³ celle-ci était décidée par l'autorité publique (préfet de police, à Paris, ou représentant de l'Etat dans le département d'implantation de l'unité), à la demande d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient dans le service d'origine, avec l'accord du psychiatre responsable de l'UMD. Le dossier d'admission devait comporter un engagement de l'établissement/du service d'origine de reprendre en charge la personne à l'issue de son séjour dans l'unité. Cela étant, certains professionnels de santé se sont plaints que les critères d'admission semblaient varier sensiblement d'une UMD à l'autre. **Il convient de prendre les dispositions qui s'imposent afin que l'admission en UMD s'effectue sur des critères clairement définis et uniformisés.**

181. Une commission de suivi médical, composée de trois praticiens (psychiatres) n'exerçant pas dans l'UMD et d'un médecin inspecteur de santé, devait formuler un avis sur la nécessité du maintien des patients en UMD (au moins une fois tous les six mois). Il ressort des constatations faites par la délégation qu'une telle évaluation avait généralement lieu tous les trois mois pour les patients de l'UMD Henri Colin ; de plus, ces patients étaient consultés et dûment informés de la teneur des avis de la commission, des décisions de maintien en UMD et des voies de recours.

182. La délégation a observé que des efforts avaient été réalisés dans l'UMD Henri Colin pour permettre la sortie du dispositif au plus vite lorsque le placement n'était plus considéré comme nécessaire.⁹⁴ Le retour dans le service d'origine se faisait progressivement, en concertation avec l'équipe du service concerné et le patient. Cela étant, la délégation a appris que certains patients étaient appelés à rester dans l'UMD de manière prolongée, moins en raison de leur état clinique qu'en l'absence de structures adaptées à leur condition. **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.**

⁹³ Voir notamment l'[arrêté](#) ministériel du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

⁹⁴ La sortie du dispositif est décidée par l'autorité publique par voie d'arrêté, sur la base d'un avis de la commission du suivi médical.

183. La mesure d'hospitalisation en USIP faisait suite à un accord du personnel médical de l'unité, sur demande d'un praticien du service d'origine. L'équipe du service demandeur s'engageait à reprendre en charge le patient à la fin de son séjour en USIP. Des réunions entre les équipes de l'USIP et du service d'origine étaient organisées afin de faire le point sur l'évolution de l'état de santé du patient et sur la nécessité du renouvellement du placement. Cependant, il est apparu lors des entretiens avec les patients que ceux-ci se sentaient exclus de la procédure : ils ne seraient généralement pas dûment informés, par écrit, des décisions de placement ou de renouvellement du placement dans l'unité, ni d'éventuels moyens de contester ces décisions. **Le CPT recommande de remédier à ces insuffisances.**

De manière générale, **le Comité souhaite recevoir des précisions sur les mesures prises au(x) niveau(x) national et/ou régional visant à réglementer le placement dans de telles structures.**

184. L'hospitalisation de personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques en UHSA pouvait s'effectuer de deux manières : avec ou sans consentement. La procédure se fondait notamment sur les articles L. 3214-1 à L. 3214-5 du Code de la santé publique. La circulaire interministérielle relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA adoptée le 18 mars 2011 apportait un certain nombre de précisions.

Sous réserve des disponibilités en UHSA, l'hospitalisation sans consentement d'une personne détenue, dans l'unité, était effectuée en conformité avec un ou deux arrêtés du ou des représentant(s) de l'Etat dans le ou les département(s) (suivant le lieu de l'établissement pénitentiaire d'origine), sur la base d'un avis médical circonstancié établi par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine. Ce médecin ne devait en aucun cas exercer au sein de l'UHSA. Le réexamen de la mesure s'effectuait selon les mêmes modalités que les autres formes d'hospitalisation sur décision d'un représentant de l'Etat (voir paragraphe 123). La levée de l'hospitalisation en UHSA était également arrêtée par l'autorité publique, sur avis ou certificat médical transmis par le chef de l'établissement de santé ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques.

Dans le cadre d'une admission avec le consentement du patient, la demande devait être effectuée par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire où se trouvait le patient, tandis que la décision de placement appartenait au personnel médical de l'UHSA. Le médecin demandeur devait obtenir l'accord préalable des autorités judiciaire et pénitentiaire compétentes. En cas de décision médicale de sortie, le personnel médical de l'UHSA informait le responsable pénitentiaire de l'UHSA à l'avance afin d'organiser, le cas échéant, un retour en milieu carcéral.

La modification des modalités de prise en charge (avec ou sans consentement, par exemple) impliquait l'adoption d'un nouvel arrêté du représentant de l'Etat dans le département.

185. A l'examen des dossiers, il est apparu que, dans de nombreux cas, le représentant de l'Etat avait procédé à la levée de l'hospitalisation sans consentement en raison de l'adhésion du patient aux soins en UHSA, conduisant ainsi à la poursuite du placement sous forme de prise en charge psychiatrique « libre ». Toutefois, cette mesure avait été prise sur la base du seul certificat du médecin. **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.**

186. La décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010,⁹⁵ 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 rencontrés.⁹⁶ Cette démarche était avant tout perçue comme un gage de transparence d'une part et d'une meilleure prise en charge des patients d'autre part.

Les autorités françaises ont décidé de faire reposer le nouveau dispositif sur le juge des libertés et de la détention, qui était déjà amené à statuer sur tout recours relatif au bien-fondé d'une mesure d'hospitalisation sans consentement. Le Gouvernement a proposé au législateur que la saisine du juge ait lieu avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission, puis tous les six mois suivant la dernière décision judiciaire portant sur le maintien de la mesure. La saisine du juge doit être effectuée par le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'Etat compétent, qui fournit également l'avis conjoint rendu par deux psychiatres (dont l'un ne doit pas être impliqué dans la prise en charge du patient). Dans le cas de patients ayant, au cours des dix années précédentes, fait l'objet de soins sans consentement sur la base des dispositions en matière d'irresponsabilité pénale et/ou d'une hospitalisation dans une UMD pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, le juge doit statuer sur la base d'un collège de trois membres (comprenant un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient) ; il ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure sans avoir recueilli au préalable une double expertise psychiatrique, ce qui peut prolonger les délais d'examen de 14 jours maximum à compter de la date de l'ordonnance d'expertise. Aux audiences, le patient est entendu (par le biais, le cas échéant, de moyens de télécommunications audiovisuelles, sur avis médical et en l'absence d'opposition du patient) et peut être assisté ou représenté par un avocat.⁹⁷

De l'avis du CPT, 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. En effet, il est ressorti des constatations de la délégation au cours de la visite de 2010 que le droit de saisine du juge des libertés et de la détention était largement inutilisé, voire totalement ignoré par les patients, notamment en raison d'une mauvaise compréhension des voies de recours disponibles (voir paragraphe 189).

Le CPT relève également que le juge sera amené à statuer sur la base d'un double avis psychiatrique ou d'un avis psychiatrique collégial reflétant dans les deux cas l'opinion d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient. Il s'agit là d'un progrès également. Lors de la visite de 2010, la délégation a pu constater que, dans le cadre des prises en charge à la demande d'un tiers, le juge semblait généralement fonder sa décision sur la seule base des certificats fournis par le psychiatre assurant la prise en charge du patient.⁹⁸ Cela étant, **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.**

⁹⁵ Décision du Conseil constitutionnel (Mlle Danielle S.), dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité (publiée au Journal officiel du 27 novembre 2010).

⁹⁶ Cette procédure s'ajoute aux mécanismes existants, tels que le suivi opéré par les commissions départementales des soins psychiatriques.

⁹⁷ Voir les articles L. 3211-12-1 et L. 3211-12-2 du Code de santé publique, tel que modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

⁹⁸ L'examen des recours de neuf patients de l'EPSM Val de Lys-Artois en 2010 a révélé en revanche que le juge ordonnait en principe une expertise psychiatrique du patient dans le cadre des hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat (après audition du patient).

187. 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,⁹⁹ etc.). **Le Comité souhaite recevoir les remarques des autorités françaises sur ces points. En outre, le CPT souhaite savoir dans quelles conditions les patients bénéficieront de l'aide juridictionnelle.**¹⁰⁰

188. Dans l'ensemble, il ressort des entretiens de la délégation avec les patients que le personnel médical recherchait le consentement des patients aux traitements qu'il prescrivait. Il est apparu que les patients étaient le plus souvent bien informés des médicaments qui leur étaient administrés et de leurs effets potentiels. Cela étant, la législation française semblait entretenir une confusion qui pouvait être, dans certains cas, dommageable à l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec les patients. En effet, il est apparu que l'hospitalisation sans consentement était généralement perçue par les professionnels de santé comme autorisant automatiquement l'application des soins prescrits en cas de refus ou de réticences du patient. Dans certains cas, l'application de ces soins donnait lieu à une mise en chambre d'isolement, voire une mise sous contention. A l'inverse, le fait que le patient consente pleinement aux soins proposés (dans le cadre d'un contrat de soins) a pu être interprété comme un consentement à son enfermement de fait dans une unité d'hospitalisation temps plein (voir paragraphe 176).

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).

⁹⁹ Article L. 3211-12-4 du Code de la santé publique, tel que modifié par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

¹⁰⁰ La délégation a constaté par ailleurs que, dans le cadre des recours précités, la présence d'un avocat lors des audiences était un fait exceptionnel.

189. Lors de la visite de 2010, la délégation a constaté que des efforts avaient été réalisés en vue de fournir aux patients des informations sur le déroulement de l'hospitalisation et sur les voies de recours, notamment dans les livrets d'accueil et/ou par voie d'affichage. Toutefois, un certain nombre de patients n'avaient pas reçu d'informations. En outre, rares étaient les patients rencontrés qui avaient compris quels étaient les moyens dont ils disposaient pour contester les mesures dont ils faisaient l'objet. Nombre de membres du personnel médical et soignant n'étaient d'ailleurs pas à même de les renseigner. **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.

ANNEXE I

LISTE DES RECOMMANDATIONS, COMMENTAIRES ET DEMANDES D'INFORMATIONS DU CPT

Coopération

commentaires

- 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 (paragraphe 5) ;
- les mesures appropriées doivent être prises afin de permettre l'accès du CPT aux éléments relatifs à des informations judiciaires ou enquêtes en cours qui sont nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (paragraphe 6).

Etablissements relevant des forces de l'ordre

Mauvais traitements

recommandations

- poursuivre l'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) (paragraphe 11) ;
- 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 (paragraphe 11) ;

- revoir l'ensemble des instructions d'emploi relatives à l'utilisation des pistolets à impulsions électriques (PIE), à la lumière des remarques formulées au paragraphe 13 (paragraphe 13).

demandes d'informations

- 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 (paragraphe 13) ;
- copie des éventuelles consignes concernant le recours à des moyens de « force intermédiaire » autres que les PIE (bombes de produit incapacitant, lanceurs de balle de défense, bâton de défense, etc.), en particulier dans le cadre d'une interpellation (paragraphe 13) ;
- 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 (paragraphe 14).

Garanties contre les mauvais traitements

recommandations

- 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 (paragraphe 19) ;
- prendre des mesures 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 (paragraphe 21) ;
- limiter à une période maximale de 48 heures, et ce quel que soit le type d'infraction en cause, la possibilité de ne pas faire droit à la demande de la personne gardée à vue de faire prévenir un proche (paragraphe 22) ;
- un formulaire exposant ses droits dans une langue qu'elle comprend doit systématiquement être remis à toute personne gardée à vue, et ce dès son arrivée dans un établissement de police ou de gendarmerie (paragraphe 23) ;
- 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 (paragraphe 24) ;

- prendre des mesures 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 (paragraphe 25).

commentaires

- le procureur ne doit permettre l'audition de la personne gardée à vue sans attendre l'expiration du délai de deux heures suivant la demande d'assistance par un avocat formulée par cette personne que sur la base d'impératifs exceptionnels clairement définis, tels que la prévention d'une atteinte imminente aux personnes (paragraphe 17) ;
- 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 (paragraphe 17).

demandes d'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.) (paragraphe 20) ;
- des précisions sur l'impact de la réforme de la médecine légale sur le droit des personnes gardées à vue d'être examinées par un médecin, y compris un médecin légiste (paragraphe 21) ;
- 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 (paragraphe 22).

Conditions de détention

recommandations

- faire en sorte que :
 - 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 plus utilisées pour des périodes de détention excédant quelques heures ;
 - les réparations des cellules de l'hôtel de police de Lille soient assurées dans un délai raisonnable en cas de dégradations ;

- 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 ;
 - l'aération des cellules des hôtels de police de Bobigny et de Rouen soit améliorée ;
 - les locaux de détention des hôtels de police de Bobigny, de Lille et de Rouen soient maintenus dans un état de propreté acceptable ;
 - les stocks de couvertures et de matelas propres soient toujours suffisants dans les établissements visités ;
 - à l'hôtel de police de Rouen, les personnes gardées à vue aient rapidement accès aux toilettes lorsqu'elles le demandent ;
 - 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 ;
 - des systèmes d'appel soient installés dans les cellules de police et les chambres de sûreté de la gendarmerie qui ne sont pas à proximité des 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 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 ;
 - 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 (paragraphe 31) ;
- 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 à l'hôtel de police de Lille comme à la brigade territoriale de proximité chef-lieu de la gendarmerie nationale de Saint-Pol-sur-Ternoise, à l'hôtel de police de Rouen et au poste de garde de l'hôtel de police de Béthune, 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 (paragraphe 32).

Centres de rétention administrative

Remarques préliminaires

demandes d'informations

- des informations détaillées sur les mesures envisagées 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* (paragraphe 34) ;
- en cas de création de zones d'attente *ad hoc*, le CPT souhaite être informé (paragraphe 34) ;
- confirmation que la capacité officielle du CRA n° 1 de Paris-Vincennes a été réduite de 119 à 60 places (paragraphe 35).

Mauvais traitements

recommandations

- la direction du centre de rétention administrative de Rouen-Oissel doit faire clairement savoir, et rappeler régulièrement, au personnel de surveillance que les comportements méprisants à l'égard des personnes placées en rétention administrative sont inacceptables et seront sanctionnés (paragraphe 36).

commentaires

- porter de manière visible des matraques télescopiques dans les zones de rétention n'est guère propice à l'établissement de bonnes relations entre les surveillants et les personnes retenues (paragraphe 37).

Conditions de rétention

recommandations

- dans tous les centres de rétention administrative, chauffer correctement les locaux par temps froid (paragraphe 42) ;
- aux centres de rétention administrative n° 2 et n° 3 de Paris-Vincennes, fournir aux retenus des produits d'hygiène personnelle de base durant toute la période de rétention (paragraphe 42) ;
- au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel, veiller à ce que le système d'appel fonctionne dans toutes les chambres et, dans la section pour les hommes, terminer les travaux de rénovation des chambres et 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 (paragraphe 42) ;

- prendre les mesures nécessaires, au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel, afin de pouvoir augmenter l'accès des personnes retenues à la grande cour extérieur. De plus, il convient d'équiper cette cour et les patios de bancs et de protections contre les intempéries (paragraphe 43) ;
- développer les activités offertes aux personnes placées au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel et, notamment, 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 (paragraphe 44).

commentaires

- 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 (paragraphe 42).

Services de santé

recommandations

- accroître les temps de présence infirmière en journée, pour les trois centres de rétention administrative de Paris-Vincennes (paragraphe 45) ;
- prendre des mesures afin que les personnes retenues au centre de rétention administrative de Rouen-Oissel puissent avoir accès à un dentiste (paragraphe 46) ;
- 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 (paragraphe 47) ;
- faire en sorte 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 (paragraphe 49) ;
- 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 (paragraphe 50) ;
- établir une fiche ou un dossier médical pour toute personne placée dans un centre de rétention administrative (paragraphe 51).

Autres questions

recommandations

- poursuivre les efforts visant à ce 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 (paragraphe 52) ;
- tenir dans tous les centres de rétention administrative un registre spécifique (distinct du registre de rétention) des mises à l'écart, et 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) (paragraphe 54) ;
- simplifier et mettre à jour le règlement intérieur des centres de rétention administrative (paragraphe 56).

commentaires

- il importe que le magistrat compétent soit informé non seulement du début mais également de la fin de la mesure de mise à l'écart d'une personne retenue afin notamment de pouvoir contrôler la bonne application de la circulaire du 14 juin 2010 du ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire portant sur l'harmonisation des pratiques dans les centres et les locaux de rétention administrative et lors de l'exécution des escortes (paragraphe 54).

Etablissements pénitentiaires

Remarques préliminaires

demandes d'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 (paragraphe 59) ;
- 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 (paragraphe 59) ;
- des informations détaillées sur le nouveau programme immobilier pénitentiaire (paragraphe 60) ;
- les remarques des autorités françaises sur l'utilité du projet visant à accroître de près de 20 % la capacité totale des établissements pénitentiaires alors que, dans le même temps, des efforts importants sont faits pour développer des mesures alternatives à la détention (paragraphe 60).

Mauvais traitements

recommandations

- la direction du centre pénitentiaire du Havre doit rappeler 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 (paragraphe 62) ;
- élaborer et 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 formulées au paragraphe 64 (paragraphe 64).

Détenus soumis à des régimes de détention spéciaux

recommandations

- 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. 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 (paragraphe 66) ;
- 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 (paragraphe 67) ;
- 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 (paragraphe 71) ;
- au centre pénitentiaire du Havre, tous les détenus placés dans le quartier d'isolement doivent bénéficier chaque jour, y compris les samedis et les dimanches, d'une heure au moins d'exercice en plein air (paragraphe 72) ;
- 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 (paragraphe 73).

commentaires

- 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 (paragraphe 66).

Conditions de détention de la population carcérale générale

recommandations

- continuer à procéder aux travaux d'entretien courants nécessaires à la maison centrale de Poissy, aussi longtemps que cet établissement sera en service. 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 (paragraphe 74) ;
- prendre des mesures 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 ») (paragraphe 75) ;

- au centre pénitentiaire du Havre, cloisonner entièrement les annexes sanitaires des cellules devant accueillir plus d'un détenu (paragraphe 78) ;
- 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 (paragraphe 79) ;
- 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) (paragraphe 83).

commentaires

- dans le contexte de la construction d'un nouvel établissement pénitentiaire à Poissy, les autorités sont invitées à augmenter les dimensions des cellules pour les détenus purgeant de longues peines (paragraphe 74) ;
- la direction de la maison centrale de Poissy est invitée à vérifier les quantités de nourriture servies aux détenus (paragraphe 76) ;
- placer deux détenus dans une cellule de 10,5 m² (annexes sanitaires de 2 m² environ comprises) 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 (paragraphe 78) ;
- la direction de la maison centrale de Poissy est encouragée 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 (paragraphe 81).

demandes d'informations

- sur le projet de construction du nouvel établissement pénitentiaire à Poissy (paragraphe 74) ;
- une solution a-t-elle pu être apportée au problème de la qualité des repas servis aux détenus du centre pénitentiaire du Havre ? (paragraphe 80) ;
- 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 (paragraphe 84).

Services de santé

recommandations

- à la maison centrale de Poissy, pourvoir les postes vacants de psychologues et d'infirmiers et 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 (paragraphe 88) ;
- au centre pénitentiaire du Havre, pourvoir les postes vacants de médecins généralistes, d'addictologues, de psychiatre, de dentiste et d'infirmiers, et revoir le temps de présence du technicien en radiologie (paragraphe 88) ;
- prendre des mesures, dans tous les établissements pénitentiaires, en vue d'assurer que les locaux des unités de soins et de consultations ambulatoires soient correctement chauffés par temps froid (paragraphe 89) ;
- le personnel infirmier du centre pénitentiaire du Havre doit délivrer quotidiennement les traitements aux détenus (paragraphe 92) ;
- à la maison centrale de Poissy, donner l'accès aux détenus aux informations médicales contenues dans leurs dossiers médicaux (paragraphe 95) ;
- prendre les mesures nécessaires afin que les consultations spécialisées dans les hôpitaux de proximité puissent avoir lieu dans des délais raisonnables (paragraphe 98) ;
- amender sans tarder les normes régissant les extractions médicales (transport, escorte et garde) des personnes détenues, à la lumière des considérations formulées aux paragraphes 99 et 100 (paragraphe 100).

commentaires

- 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 (paragraphe 89) ;
- 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 (paragraphe 93).

demandes d'informations

- sur une éventuelle mise à jour du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, élaboré par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice en septembre 2004 (paragraphe 91) ;
- 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 ? (paragraphe 96) ;

- confirmation qu'un dossier médical unique par personne détenue a été créé (paragraphe 97) ;
- des informations détaillées et mises à jour sur la répartition des missions de transferts des détenus vers les/des structures hospitalières entre les forces de l'ordre et les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire (paragraphe 101) ;
- les remarques des autorités au sujet de la compatibilité de l'état de santé des deux détenus à mobilité fortement réduite placés dans l'unité dite sanitaire de la maison centrale de Poissy avec leur détention dans cet établissement (paragraphe 102).

Autres questions

recommandations

- accroître de manière significative l'effectif en personnel de surveillance au centre pénitentiaire du Havre (paragraphe 104) ;
- lorsqu'une mesure de placement en cellule disciplinaire est envisagée ou prononcée à l'encontre de mineurs, tenir compte des principes énoncés au paragraphe 106 (paragraphe 106) ;
- 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 (paragraphe 108) ;
- 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 (paragraphe 109) ;
- au centre pénitentiaire du Havre, prendre des mesures en vue de garantir que le personnel de surveillance fasse un usage proportionné et strictement nécessaire des moyens de contrainte (paragraphe 113) ;
- dans tous les établissements pénitentiaires, consigner tout recours à des moyens de contrainte 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 (paragraphe 113).

commentaires

- il serait souhaitable de pourvoir les postes vacants de surveillants à la maison centrale de Poissy (paragraphe 103) ;
- la durée maximale de la mise à l'isolement en cellule disciplinaire est encore trop longue (paragraphe 106) ;
- les autorités françaises sont encouragées à poursuivre leurs efforts en matière d'implantation d'unités de vie familiale dans les établissements pénitentiaires (paragraphe 116).

demandes d'informations

- les personnes détenues à l'encontre desquelles une procédure disciplinaire a été engagée ont-elles la possibilité de citer des témoins à décharge et de faire contre-interroger des témoins à charge ? (paragraphe 105) ;
- les détenus placés en quartier disciplinaire sont-ils autorisés à recevoir de la lecture ? (paragraphe 108) ;
- des précisions sur les dispositions prises afin que les fouilles de sécurité des détenus 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, le CPT 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 (paragraphe 110) ;
- les remarques des autorités françaises à propos du fait que les personnes détenues faisaient encore au moment de la visite, à la maison centrale de Poissy comme au centre pénitentiaire du Havre, systématiquement l'objet d'une fouille intégrale après les parloirs (paragraphe 111) ;
- des circulaires et/ou des instructions ont-elles été adoptées pour préciser l'article R. 57-7-83 du Code de procédure pénale (moyens de contrainte) ? Le cas échéant, le CPT souhaite en recevoir copie (paragraphe 112) ;
- confirmation que, dans tous les établissements pénitentiaires, les personnes prévenues peuvent avoir accès au téléphone (paragraphe 117) ;
- 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-elle toujours en vigueur ? Dans l'affirmative, le CPT souhaite être informé des motifs de l'obligation, pour les personnes détenues, de fournir une facture des titulaires des numéros de téléphone qu'elles désirent appeler (paragraphe 118) ;
- les remarques des autorités françaises à propos des plaintes de personnes détenues à la maison centrale de Poissy et au centre pénitentiaire du Havre quant au coût élevé des appels téléphoniques (paragraphe 119) ;
- des délégués du Défenseur des droits, autorité constitutionnelle indépendante ayant succédé au Médiateur de la République, tiendront-ils des consultations dans les établissements pénitentiaires ? (paragraphe 120) ;
- un dispositif de consultations juridiques gratuites a-t-il été mis en place dans tous les établissements pénitentiaires, conformément à l'article 24 de la loi pénitentiaire ? (paragraphe 120) ;
- des informations sur les suites que les autorités françaises envisagent de donner au rapport sur le droit d'expression collective des personnes détenues déposé en 2010 (paragraphe 121).

Etablissements psychiatriques

Mauvais traitements

recommandations

- rappeler clairement et régulièrement à l'ensemble des personnels soignants de l'unité pour malades « difficiles » (UMD) Henri Colin et des unités fermées de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Val de Lys-Artois de Saint-Venant 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 (paragraphe 130) ;
- 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 au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif et de l'EPSM Val de Lys-Artois de Saint-Venant (paragraphe 130) ;
- 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, se déroulent de manière proportionnée et dans le plein respect de la dignité des patients (paragraphe 131).

Prise en charge des patients « difficiles »

recommandations

- revoir la pratique vestimentaire à l'égard des patients dans les deux premières phases de leur prise en charge au sein de l'UMD Henri Colin afin d'assurer une meilleure individualisation de l'habillement (paragraphe 135) ;
- prendre des dispositions à l'égard des patients présentant de fortes tendances suicidaires au sein de l'UMD Henri Colin, à la lumière des remarques formulées au paragraphe 136 (paragraphe 136) ;
- 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 (paragraphe 137) ;
- prendre des mesures d'urgence concernant la prise en charge des patients en attente de placement en UMD, à la lumière des remarques formulées au paragraphe 140 (paragraphe 140).

commentaires

- il convient de remédier aux problèmes d'infiltration d'eau et d'affaissements au niveau du sol dans les chambres n° 3 et n° 4 du pavillon 37 de l'UMD Henri Colin (paragraphe 134) ;
- des efforts devraient être réalisés afin d'offrir un environnement plus accueillant et personnalisé aux patients du pavillon 38 de l'UMD Henri Colin (paragraphe 134) ;
- 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 (paragraphe 138).

demandes d'informations

- des informations détaillées, sous la forme d'un plan d'action le cas échéant, sur les mesures d'urgence prises et/ou envisagées en ce qui concerne la prise en charge des patients en attente de placement en UMD (paragraphe 140) ;
- des précisions sur l'ouverture envisagée de nouvelles UMD en France (paragraphe 140).

Patients nécessitant une prise en charge en unité de soins intensifs psychiatriques

recommandations

- revoir la pratique vestimentaire à l'égard des patients de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron afin d'assurer une meilleure individualisation de l'habillement (paragraphe 142) ;
- diversifier l'offre d'activités à portée thérapeutique au sein de l'USIP de Bron (paragraphe 143).

commentaires

- 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 (paragraphe 142) ;
- Si le projet d'USIP voit le jour au sein de l'EPSM Val de Lys-Artois, 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 toujours les patients concernés sur la base de leur état de santé, et non sur la seule base d'un statut juridique particulier (patients en provenance d'un établissement pénitentiaire admis en application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale, par exemple) (paragraphe 145).

demandes d'informations

- une évaluation indépendante de l'efficacité des USIP a-t-elle été effectuée au(x) niveau(x) régional et/ou national ? (paragraphe 144).

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

recommandations

- à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron, 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 (paragraphe 149) ;
- prendre les mesures qui s'imposent à l'UHSA de Bron afin que les patients aient accès, sauf contre-indication médicale, à l'exercice en plein air au moins une heure par jour et, autant que possible, dans les espaces prévus à cet effet situés au niveau du sol (paragraphe 149) ;
- 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 (paragraphe 151).

commentaires

- 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 (paragraphe 148) ;
- il convient de proscrire l'installation de caméras de vidéosurveillance dans les chambres ordinaires des patients des UHSA afin de préserver un minimum d'intimité (paragraphe 148) ;
- les initiatives visant à permettre aux patients de prendre leurs repas avec du personnel soignant devraient être encouragées (paragraphe 148).

demandes d'informations

- des informations précises, sous la forme d'un plan d'action le cas échéant, sur les mesures d'urgence prises et/ou envisagées en ce qui concerne l'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 (paragraphe 151) ;
- des informations actualisées sur le programme de construction des UHSA (paragraphe 151).

Prise en charge des patients nécessitant des soins en service de psychiatrie générale

recommandations

- 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 (paragraphe 155) ;
- revoir la pratique vestimentaire à l'égard des patients admis en service de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif afin d'assurer une meilleure individualisation de l'habillement (paragraphe 156) ;
- dans l'ensemble des services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, 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, et ce afin de les préparer à une existence autonome et/ou à leur retour dans leur famille (paragraphe 158).

commentaires

- il convient d'installer des abris contre les intempéries dans les espaces de promenade rattachés aux unités d'hospitalisation fermées de l'EPSM Val de Lys-Artois (paragraphe 157) ;
- 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 devraient continuer d'être soutenus (paragraphe 158).

demandes d'informations

- des précisions sur les nouvelles formes de soins psychiatriques sans consentement prévues par la loi (autres que l'hospitalisation complète) et, en particulier, sur les modalités pratiques de mise en œuvre (paragraphe 155) ;
- sur les 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 (paragraphe 155).

Ressources en personnel

recommandations

- au groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, accorder une priorité au recrutement du personnel soignant permanent dans les secteurs de psychiatrie générale. 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 (paragraphe 163) ;
- à l'USIP du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron, pourvoir les postes vacants d'infirmiers et renforcer les interventions des personnels qualifiés pour proposer des activités psychosociales et de réinsertion ; à cet égard, le poste de psychologue doit être pourvu au plus vite (paragraphe 163) ;
- à l'UHSA du centre hospitalier spécialisé Le Vinatier de Bron, veiller à ce que la prise en charge des patients 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 (paragraphe 163).

commentaires

- les autorités françaises devraient faire en sorte qu'à l'avenir, les équipes « psychosociales » des UHSA soient en place dès l'ouverture de ce type de structure (paragraphe 163) ;
- il conviendrait de permettre l'intervention de personnels qualifiés pour proposer des activités psychosociales et de réinsertion 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 (paragraphe 163).

demandes d'informations

- l'équipe « psychosociale » de l'UHSA de Bron est-elle pleinement opérationnelle ? (paragraphe 163) ;
- le poste de psychomotricien rattaché à l'UMD Henri Colin a-t-il été pourvu ? (paragraphe 163).

Mise en chambre d'isolement et mise sous contention

recommandations

- veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement (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 formulées au paragraphe 172. A cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'établissement de consignes écrites sur la nouvelle procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer (paragraphe 172) ;
- prendre des mesures 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 (paragraphe 173) ;
- mettre en œuvre la 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 (paragraphe 174) ;
- lorsque des moyens de « contention chimique » sont utilisés, ils doivent être assortis des mêmes exigences de traçabilité que les autres formes de contention (paragraphe 174).

commentaires

- il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués au paragraphe 172 en matière de MCI et de mise sous contention dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie (paragraphe 172).

Garanties

recommandations

- veiller à ce que le mode de prise en charge des patients admis en soins psychiatriques dits « 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 (paragraphe 176) ;
- 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 (paragraphe 177) ;

- 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 circonstanciés, décrivant avec précision l'évolution de l'état de santé des patients, dans les délais imposés par la législation. Il importe notamment que cette vigilance ne porte pas uniquement sur la sortie du dispositif de soins sans consentement (paragraphe 179) ;
- 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 (paragraphe 183) ;
- 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 (paragraphe 185).

commentaires

- il convient de prendre les dispositions qui s'imposent afin que l'admission en UMD s'effectue sur des critères clairement définis et uniformisés (paragraphe 180) ;
- les autorités françaises sont encouragées 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 (paragraphe 182) ;
- 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 (paragraphe 186) ;
- les autorités françaises sont invitées à prendre des mesures afin que le principe du consentement éclairé des patients aux traitements, tel qu'il est décrit au paragraphe 188, soit clairement reflété dans la législation et respecté dans les faits (paragraphe 188) ;
- les autorités françaises sont invitées 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.) (paragraphe 189) ;
- dans les cas d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, il importe d'informer systématiquement les tiers demandeurs des différentes étapes de la procédure de soins sans consentement (paragraphe 189).

demandes d'informations

- dans le cadre d'une décision sur le maintien ou non en soins psychiatriques sans consentement à la suite d'une période dite d'observation et de soins initiale, le représentant de l'Etat peut-il s'écarter de la proposition du psychiatre relative à la forme de prise en charge (impliquant une privation de liberté ou non) pour des motifs qui seraient liés à la sûreté des personnes et à l'ordre public ? (paragraphe 178) ;
- des précisions sur les mesures prises au(x) niveau(x) national et/ou régional visant à réglementer le placement en USIP (paragraphe 183) ;
- dans le cadre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement, les remarques des autorités françaises sur les points soulevés au paragraphe 187 (paragraphe 187) ;
- dans quelles conditions les patients bénéficieront de l'aide juridictionnelle dans le cadre de la procédure de contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques sans consentement (paragraphe 187).

Direction des libertés publiques et des affaires juridiques

Laurent TOUVET	Directeur des libertés publiques et des affaires juridiques
Gaëlle SMIROU	Chef du bureau du droit et du contentieux, européen, international et institutionnel
Eric DUMAND	Rédacteur au bureau du droit et du contentieux, européen, international et institutionnel

Direction générale de la police nationale

Jean MAFART	Directeur adjoint du cabinet du directeur général de la police nationale
Jérôme LEONNET	Directeur adjoint de l'Inspection générale de la police nationale
Michel CHABALLIER	Adjoint au chef du cabinet des études à l'Inspection générale de la police nationale
Eric REQUET	Chef du bureau des affaires financières et politiques immobilières de la police nationale à la direction des ressources et des compétences de la police nationale
Jean CHABROL	Directeur central adjoint de la sécurité publique
Christian SAINTE	Sous-directeur des ressources, de l'évaluation et de la stratégie à la direction centrale de la police judiciaire
Pierre BORDEREAU	Sous-directeur adjoint des ressources à la direction centrale de la police aux frontières
Lydie ARAGNOUET	Adjointe au sous-directeur de l'immigration irrégulière et des services territoriaux à la direction centrale de la police aux frontières

Direction générale de la gendarmerie nationale

Emmanuel DUPIC	Conseiller juridique et judiciaire du directeur général de la gendarmerie nationale
Denys EUSTACE	Adjoint au chef de l'Inspection générale de la gendarmerie nationale
Philippe MASSELIN	Chargé de mission à l'Inspection générale de la gendarmerie nationale
Michel PATTIN	Sous-directeur de la police judiciaire à la direction générale de la gendarmerie nationale
Jean-Philippe REILAND	Adjoint au chef de bureau de la police judiciaire
Bruno PERRET	Bureau de la sécurité publique

Préfecture de police

Claude BARD	Directeur de l'Inspection générale des services
Daniel MONTIEL	Sous-directeur de la gestion opérationnelle de la direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne
Antoine MORDACQ	Chef du service de garde des services centraux à la direction de l'ordre public et de la circulation

Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration

Stéphane FRATACCI	Secrétaire général à l'immigration et à l'intégration
Frédérique DOUBLET	Chef du département du droit d'asile et de la protection, service de l'asile

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Marguerite BERARD-ANDRIEU	Directrice de cabinet
Annie PODEUR	Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)
Sylvain PICARD	Médecin Inspecteur général des affaires sociales, Chef de la mission pénitentiaire, Inspection générale des affaires sociales
Mathieu GRESSIER	Conseiller diplomatique du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Clara DE BORT	Conseiller technique, Cabinet du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Dominique PETON KLEIN	Directrice de projet, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Christine BRONNEC	Chef de bureau Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale, DGOS, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Chantal VULDY	Chargée de mission, DGOS, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Patrick AMBROISE	Chef de bureau santé des populations, Direction générale de la santé, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Mazyar TAHERI	Délégation aux Affaires Internationales et Européennes, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

II. AUTRES INSTANCES

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Jean-Marie DELARUE	Contrôleur général
Xavier DUPONT	Adjoint au Contrôleur général

Commission nationale de déontologie de la sécurité

Aurore BOISSET	Chargée de mission auprès du Président, rapporteur adjoint
----------------	--

Commission nationale consultative des droits de l'homme

Michel FORST	Secrétaire général*
--------------	---------------------

* En début de visite, le Secrétaire général a organisé une rencontre avec des membres de la Commission. Celle-ci est notamment composée de représentants de la société civile et de personnalités qualifiées.

Médiateur de la République

Bernard DREYFUS

Jean-François GRATIEUX

Michel SAVINAS

Directeur général

Directeur, Direction du développement territorial

Conseiller, Secteur Justice

III. ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

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

Comité inter-mouvement auprès des évacués (CIMADE)

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

Groupe information asiles (GIA)

Observatoire international des prisons (OIP)

Réseau d'alerte et d'intervention pour les droits de l'homme (RAIDH)

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)