



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

CPT/Inf (2019) 12

Rapport

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

du 29 janvier au 2 février 2018

Le Gouvernement d'Andorre a demandé la publication de ce rapport et de sa réponse. La réponse figure dans le document CPT/Inf (2019) 13.

Strasbourg, le 16 avril 2019

TABLE DES MATIERES

Résumé exécutif.....	4
I. INTRODUCTION	6
A. Visite, rapport et suites à donner	6
B. Consultations menées par la délégation et coopération avec les autorités andorannes	7
C. Contrôle des lieux de privation de liberté	8
II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES ...	9
A. Etablissements de police.....	9
1. Remarques préliminaires.....	9
2. Mauvais traitements	9
3. Garanties contre les mauvais traitements	10
4. Conditions de détention.....	12
B. Centre pénitentiaire de La Comella.....	13
1. Remarques préliminaires.....	13
2. Mauvais traitements	13
3. Conditions de détention.....	14
a. conditions matérielles	14
b. régime	15
4. Services de soins de santé	16
5. Autres questions	19
a. contacts avec le monde extérieur.....	19
b. discipline.....	20
c. mesures de sécurité	22
d. information des détenus	23
e. procédures de plainte	24

C. Unité d'hospitalisation du service de santé mental de l'Hôpital de Nostra Senyora de Meritxell.....	25
1. Remarques préliminaires.....	25
2. Conditions de séjour, personnel et traitement	25
3. Moyens de contrainte	27
4. Garanties	29
 ANNEXE :	
Liste des autorités nationales et autres instances rencontrées par la délégation du CPT	31

RESUME EXECUTIF

A l'occasion de la quatrième visite du CPT en Andorre, la délégation a examiné la situation des personnes privées de liberté par la police, des personnes incarcérées, ainsi que des patients psychiatriques hospitalisés en unité fermée.

La délégation a bénéficié de l'excellente coopération des autorités andorranes tout au long de la visite. Celle-ci a permis de constater que la majorité des recommandations formulées par le Comité suite à la précédente visite de 2011 avaient été mises en œuvre.

La délégation n'a recueilli aucun indice de mauvais traitements par la police. Les personnes privées de liberté avec lesquelles ses membres se sont entretenus ont déclaré qu'elles avaient été correctement traitées par la police, que ce soit au cours de leur arrestation ou pendant la garde à vue.

Le régime actuel de la garde à vue s'appliquant aux personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction pénale reconnaît, par principe, l'ensemble des garanties contre les mauvais traitements, que sont le droit d'aviser un proche de sa situation, d'avoir accès à un avocat et à un médecin ainsi que d'être informé de ses droits. La délégation a pu observer que, globalement, ces dispositions légales étaient mises en œuvre et que l'accès à ces droits était effectif. Néanmoins, l'information donnée aux personnes mineures concernant l'exercice de leurs droits pourrait être améliorée.

Les locaux de détention du Bureau central de la police étaient bien entretenus mais souffraient de problèmes structurels déjà relevés par le Comité dans le passé (cellules dépourvues de lumière naturelle, absence d'espace extérieur). De l'avis du CPT, ces insuffisances continuent de rendre indésirables les séjours de plus de 24 heures dans ces lieux.

Au sein de l'unique prison du pays, la délégation n'a reçu aucune allégation de mauvais traitements physiques par le personnel pénitentiaire, et les rapports entre le personnel pénitentiaire et les détenus étaient généralement paisibles. Néanmoins, plusieurs détenus ont allégué avoir fait l'objet d'injures et de menaces par un agent pénitentiaire particulier. En outre, quelques affaires faisant suite à des plaintes de mauvais traitement étaient en instance de jugement au moment de la visite. Le Comité demande à être tenu informé des suites de ces affaires.

Comme cela fut relevé lors de la visite précédente, les conditions matérielles du centre pénitentiaire étaient généralement satisfaisantes. Le CPT salue depuis la visite de 2011 la mise en place du principe d'encellulement individuel. Celui-ci gagnerait à être officiellement établi.

Le CPT souligne également les efforts engagés par la Direction de la prison pour diversifier le régime de détention. Outre les temps de promenade, des mesures ont été prises pour étoffer et structurer davantage l'offre d'activités proposées hors-cellule.

Concernant la prise en charge médicale des détenus, le CPT salue le transfert de responsabilité opéré vers le Service andorran d'attention sanitaire (SAAS), visant à améliorer la qualité et la coordination des soins prodigués aux personnes incarcérées. Ceci étant, le Comité recommande que les temps de présence du médecin psychiatre et du psychologue soient augmentés. D'autres recommandations portent sur la révision du mode d'administration de certains traitements médicamenteux ainsi que du protocole de gestion des urgences médicales.

Concernant les contacts avec le monde extérieur, le Comité salue l'introduction récente du recours à des moyens audiovisuels de communication par le biais d'internet (Skype) permettant d'encourager les liens entre personnes incarcérées et leurs proches. Il demeure néanmoins critique concernant les conditions restrictives dans lesquelles se déroulaient les visites au parloir.

Le CPT se félicite que ses recommandations formulées dans le cadre de la visite de 2011 à propos des mesures disciplinaires aient été prises en compte. La loi andorrane a notamment été modifiée pour limiter, dans le cas d'un adulte, à quatorze jours la durée de tout placement en cellule d'isolement pour raison disciplinaire. Concernant le placement à l'isolement de mineurs, en tant que sanction, le Comité reconnaît que les autorités andorranes ont également revu leurs dispositions légales à la lumière des recommandations passées. Ceci étant, la position du Comité sur ce sujet a depuis évolué, en tenant compte des normes internationales les plus récentes, dans le sens d'une interdiction totale de l'isolement disciplinaire des personnes mineures.

En outre, le CPT a formulé des recommandations spécifiques concernant les mesures de sécurité, notamment le recours aux fouilles corporelles complètes et aux moyens de coercition (y compris des menottes et des armes à impulsion électrique).

Au sein de l'unité d'hospitalisation du service de santé mentale de l'Hôpital de Nostra Senyora de Meritxell, la délégation a eu une impression généralement positive de la prise en charge thérapeutique des patients. Si les patients y bénéficient de conditions matérielles généralement satisfaisantes, le CPT demeure critique du fait que l'infrastructure ne permet pas d'assurer un accès quotidien à l'air libre à tous les patients.

Concernant le recours aux moyens de contrainte destinés à apaiser les patients en état de crise (isolement, contention mécanique ou chimique), le Comité pointe certaines lacunes dans les protocoles d'enregistrement, de suivi et de surveillance des mesures. Il critique également le recours, même exceptionnel, à des moyens de contention mécanique sur des enfants en bas âge. De plus, le Comité réitère son avis selon lequel dès lors qu'une mesure de contention est appliquée sans consentement à un patient en hospitalisation libre, le statut de celui-ci doit être réexaminé, et ce, quelle que soit la durée de la mesure.

Enfin, l'information fournie aux patients à l'admission gagnerait à être complétée, notamment en ce qui concerne le consentement aux traitements, de même que les procédures d'appel et de plainte. Pour les patients hospitalisés sous contrainte, la procédure de réexamen de la décision d'hospitalisation, ainsi que l'accès à l'aide juridique devraient être explicitées.

I. INTRODUCTION

A. Visite, rapport et suites à donner

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 périodique en Andorre du 29 janvier au 2 février 2018. Il s'agissait de la quatrième visite du Comité en Andorre.¹

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

- Nico HIRSCH, chef de la délégation
- Maria Rita MORGANTI
- Razvan Horatiu RADU

Ils étaient secondés par Aurélie PASQUIER, du Secrétariat du CPT, et assistés de:

- Catherine PAULET, psychiatre, chef du service médico-psychologique régional à la prison des Baumettes à Marseille, France (experte)
- Xavier RONSIN, magistrat, premier président de la Cour d'appel de Rennes, France (expert)
- Miereia BAS (interprète)
- Rosaura BARTUMEU CASSANY (interprète)
- Danielle GREE (interprète).

3. L'objectif principal de la visite était d'assurer un suivi des recommandations formulées par le Comité lors de ses précédentes visites. A cette fin, la délégation du CPT a examiné la situation des personnes privées de liberté par la police, des personnes faisant l'objet d'une incarcération, et celle de patients psychiatriques hospitalisés en unité fermée.

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

- Bureau central de police, Escaldes-Engordany
- Prison de La Comella, Andorre-La-Vieille
- Service de santé mentale, unité d'hospitalisation fermée, et deux chambres sécurisées pour les soins aux détenus à l'Hôpital de Nostra Senyora de Meritxell, Andorre-la-Vieille.

¹ Les rapports du CPT relatifs aux visites précédentes, de même que les réponses des autorités andorranes peuvent être consultés sur le site Web du CPT : www.coe.int/fr/web/cpt/andorra

4. Le rapport relatif à cette visite a été adopté par le CPT lors de sa 96^e réunion plénière, qui s'est déroulée du 2 au 6 juillet 2018, et transmis aux autorités andorranes le 23 août 2018. Les diverses recommandations, commentaires et demandes d'informations formulés par le CPT figurent en gras dans le présent rapport. Le CPT demande aux autorités andorranes de lui fournir, dans un **délai de six mois**, une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations du Comité et réagir aux commentaires et aux demandes effectués dans ce rapport.

B. Consultations menées par la délégation et coopération avec les autorités andorranes

5. Au cours de la visite, la délégation a tenu des consultations avec Xavier ESPOT, ministre des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur, Carles ÀLVAREZ, ministre de la Santé, Maria UBACH, ministre des Affaires étrangères, ainsi qu'avec des hauts fonctionnaires de ces mêmes ministères. Elle a également rencontré Alfons ALBERCA SANVICENS, Procureur général (*Fiscal General*), Azahara CASCALES, Présidente de la Cour (*Tribunal Battlia*), Sophie BELLOCQ ANNEY, Présidente du Barreau, et Marc VILA AMIGO, médiateur (*Raonador del Ciutadà*).

La liste des autorités nationales et des autres instances avec lesquelles la délégation s'est entretenue figure en annexe du présent rapport.

6. La délégation a bénéficié de l'excellente coopération des autorités andorranes, lui permettant un accès rapide aux établissements et personnes de son choix, ainsi qu'à toutes les informations demandées. Les entretiens avec les personnes privées de liberté ont pu être menés dans le plein respect du principe de confidentialité. Le CPT remercie chaleureusement l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, ainsi que Mme Florència ALEIX LARTIGUE, agente de liaison auprès du ministère des Affaires étrangères, dont l'assistance a grandement facilité la tâche du Comité.

7. Les données recueillies lors de la visite de 2018 ont permis de confirmer que les autorités andorranes avaient dans l'ensemble apporté une réponse constructive aux problèmes soulevés par le Comité et que la majorité des recommandations formulées par celui-ci suite à sa visite périodique de 2011 avaient été mises en œuvre. Certaines questions non résolues sont toutefois signalées dans le présent rapport.

C. Contrôle des lieux de privation de liberté

8. L'Andorre, n'ayant ni signé ni ratifié le Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT), ne dispose pas d'un mécanisme national de prévention (MNP).²

Néanmoins, le médiateur, qui bénéficie d'un large mandat pour défendre et veiller au respect des droits et libertés des citoyens andorrans, dispose notamment d'un droit d'accès à tous les lieux de détention. Son service est actuellement composé de trois secrétaires et il peut s'adjoindre les services d'experts externes. Un rapport sur ses activités est publié annuellement. Dans la pratique, le travail du médiateur se concentre sur l'établissement pénitentiaire, notamment dans le cadre du suivi des saisies individuelles reçues.

Lors de la visite, les autorités andorranes ont expliqué que leur réserve de signer l'OPCAT tenait pour partie à la crainte de ne pouvoir remplir l'obligation qui en découlait de créer un MNP, si cela équivalait nécessairement à la création d'une nouvelle entité. A cet égard, la délégation a rappelé que plusieurs modèles de mécanisme national de prévention pouvaient répondre aux exigences de l'OPCAT³ et a suggéré aux autorités andorranes d'identifier, en consultation avec le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (SPT), l'option la plus appropriée pour le pays.

Le CPT encourage à nouveau les autorités andorranes à signer et ratifier l'OPCAT afin d'assurer un contrôle préventif régulier de tous les lieux de privation de liberté en Andorre par un MNP.

² Selon l'article 17 de l'OPCAT, « chaque Etat Partie administre, désigne ou met en place (...) un ou plusieurs mécanismes de prévention indépendants en vue de prévenir la torture à l'échelon national ».

³ Voir, à ce propos, les exigences fondamentales définies par l'OPCAT et étoffées par la suite par le SPT dans ses Directives concernant les mécanismes nationaux de prévention (indépendance, expertise et expérience, ressources). Voir aussi les Directives concernant les mécanismes nationaux de prévention qui ont été publiées le 9 décembre 2010 par le SPT (CAT/OP/12/5).

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES

A. Etablissements de police

1. Remarques préliminaires

9. La privation de liberté par les services de police en Andorre est régie par le Code de procédure pénale (CPP). Celui-ci a été modifié en 2015⁴, pour mettre en œuvre des recommandations passées formulées par le CPT et visant à renforcer les garanties procédurales des personnes privées de leur liberté par la police (voir les paragraphes 12 et 14).

Les dispositions portant sur la durée de la garde à vue étaient inchangées. Selon les articles 28 et 29 du CPP, un individu peut être placé en garde à vue par la police, à l'initiative de celle-ci, pendant un maximum de 48 heures. Pendant ce laps de temps, la police doit mener à terme ses investigations et la personne gardée à vue doit être soit libérée, soit déférée devant le juge d'instruction compétent. Le juge dispose de 24 heures pour ordonner un placement en détention provisoire ou une libération. Par conséquent, la durée maximale de la garde à vue dans les locaux de police est de 72 heures.

10. Dans le cadre de sa visite, la délégation a effectué une visite de suivi au Bureau central de la police d'Escaldes-Engordany. Elle s'est également entretenue avec des personnes placées en détention provisoire à la prison de La Comella et qui avaient été récemment placées en garde à vue.

2. Mauvais traitements

11. Le CPT se félicite du fait que sa délégation n'a reçu aucune allégation de mauvais traitements par la police, ni recueilli aucun indice à ce sujet. L'ensemble des personnes interrogées par la délégation, ont en effet déclaré qu'elles avaient été correctement traitées par la police, que ce soit au cours de leur arrestation ou pendant la garde à vue.

⁴ Loi qualifiée de modification du Code de procédure pénale, modifiée par décret législatif du 22 avril 2015.

3. Garanties contre les mauvais traitements

12. D'après de nouvelles dispositions du CPP⁵, la notification de la garde à vue à un membre de la famille ou à une autre personne du choix du détenu, doit maintenant être proposée et s'opérer dès le début de la garde à vue⁶. Auparavant, un délai possible jusqu'à cinq heures était inscrit dans la loi. Le CPT se félicite de la suppression de ce délai.

Dans la pratique, la délégation a constaté que la notification de la garde à vue d'un adulte à un membre de sa famille ou à une autre personne de son choix était, à sa demande, rapide et qu'elle était correctement consignée dans les registres pertinents et signée par l'intéressé. Les étrangers pouvaient faire valoir leurs droits consulaires s'ils le souhaitaient, et toutes ces notifications étaient également correctement enregistrées.

13. Les conditions de l'accès à un avocat⁷, dès le début du placement en garde à vue, restaient inchangées. Pour rappel, une personne privée de liberté a le droit de parler en privé à un avocat pendant 30 minutes avant d'être auditionnée par la police, et l'avocat a le droit d'être présent et d'intervenir pendant cet interrogatoire. Il a également un droit d'accès sous condition aux dossiers d'investigation.

Les policiers ont expliqué à la délégation que suite à notification, l'avocat, désigné ou commis d'office,⁸ disposait de 30 minutes pour se rendre auprès de son client. En théorie, passé ce délai, l'interrogatoire pouvait commencer en son absence. En pratique, les policiers ont expliqué faire preuve de souplesse : en cas de léger retard, ceux-ci acceptaient de différer l'entretien afin que le détenu puisse consulter son avocat au préalable.

La délégation a déduit de ses entretiens menés avec des détenus et de la consultation du registre idoine au Bureau central de police que le droit d'accès à un avocat était bien effectif en garde à vue (y compris lors des interrogatoires).

14. L'article 24 du CPP reconnaît le droit d'une personne privée de liberté par la police d'avoir accès à un médecin pendant sa garde à vue. Le texte a été modifié en 2015 pour que la personne gardée à vue puisse désormais être vue par le médecin de son choix (à ses frais), reflétant la mise en œuvre d'une recommandation du CPT. Par défaut, il est fait appel à un médecin employé par le ministère de l'Intérieur et de la Justice. En outre, le personnel de police a l'obligation de faire examiner toute personne privée de liberté présentant un signe manifeste de blessures ou de troubles psychiatriques.

⁵ Voir l'article 24, paragraphe 1.e), du CPP.

⁶ Pour rappel, dans le cas d'un adulte soupçonné d'une infraction grave, la notification de la garde à vue peut être exceptionnellement différée de 24 heures maximum, afin de protéger les intérêts de l'enquête, et sur autorisation du procureur.

⁷ Voir l'article 24, paragraphe 1.d), du CPP.

⁸ L'ordre des avocats a pour mission de constituer une liste de réserve ou une liste d'avocats commis d'office. Sur environ 200 avocats présents dans le pays, une cinquantaine était inscrite sur cette liste, assurant une astreinte de quatre avocats par jour. Une commission du Barreau veille au bon fonctionnement du système.

Les informations recueillies pendant la visite ont indiqué que, dans la pratique, le droit d'accès à un médecin pendant la garde à vue était garanti.

En cas d'hospitalisation sur décision des médecins ou de la police, les personnes privées de liberté étaient admises dans une chambre sécurisée de l'hôpital civil de Nostra Senyora de Meritxell.⁹

15. En vertu de l'article 24 du CPP, les personnes privées de liberté ont le droit d'être immédiatement informées, dans une langue qu'elles comprennent, des raisons de leur détention et de leurs droits. A cet égard, la délégation a constaté l'utilisation habituelle d'un document type de « *notification de mise en garde à vue* », disponible en plusieurs langues (catalan, catalan-espagnol, catalan-français et catalan-anglais) mentionnant le motif de la détention du gardé à vue et ses droits (notification d'un tiers, accès à un avocat, accès à un médecin). Ce document reflétait les modifications du CPP introduites en 2015 concernant la possibilité de désigner un médecin¹⁰, ainsi que le caractère immédiat de la notification d'un tiers¹¹. Il était dûment signé par l'intéressé. **Le CPT souhaite recevoir confirmation de la part des autorités andorranes qu'une copie du document est systématiquement remise au gardé à vue contre signature.**

16. La loi qualifiée de la juridiction des mineurs encadre la détention de personnes mineures¹² dont la responsabilité pénale est établie à 12 ans. La loi prévoit qu'un mineur ne peut être interrogé qu'en présence d'un avocat (désigné ou commis d'office) et de ses parents ou représentant légal¹³.

La délégation n'a pas été en mesure de vérifier la mise en œuvre de ces droits au cours de la visite en raison de l'absence de mineurs en détention. Ceci étant, la feuille de notification des droits, produite par le personnel de police en une version unique, ne portait pas mention de garanties spécifiques pour les mineurs.

Le CPT recommande que des mesures soient prises pour que soit remis à tous les mineurs placés sous l'autorité des forces de l'ordre, dès leur arrivée dans les locaux de détention, un feuillet d'information énonçant les garanties spécifiques qui leur sont applicables. Ce feuillet doit être adapté aux enfants, écrit dans une langue simple et claire et doit être disponible dans différentes langues. Afin de veiller à ce que les mineurs comprennent entièrement les informations fournies, celles-ci devraient en outre leur être expliquées oralement dans un langage adapté.

⁹ Un protocole de 2002 entre la police et l'hôpital de Nostra Senyora de Meritxell régleme l'admission des personnes privées de liberté qui nécessitent, au moment de leur arrestation, une prise en charge médicale d'urgence. Le protocole fixe à 24 heures la durée maximale de la garde à vue à l'hôpital.

¹⁰ « Droit à être soumis à un examen médical pratiqué par un médecin légiste et par un médecin de son choix, dans ce dernier cas, à sa charge ».

¹¹ « Droit à demander que son interpellation et l'endroit où il se trouve soit immédiatement communiqués à un membre de sa famille ou à une personne de son choix ».

¹² Loi qualifiée de la juridiction des mineurs, de modification partielle du Code pénal et de la Loi qualifiée de la Justice, du 22 avril 1999.

¹³ Articles 14 et 15 de la Loi qualifiée de la juridiction des mineurs, de modification partielle du Code pénal et de la Loi qualifiée de la Justice, du 22 avril 1999.

17. Le registre de détention était bien tenu dans l'ensemble, même s'il comportait quelques oublis (entrées non-remplies) et des feuilles volantes. **Des mesures devraient être prises pour remédier à cette lacune.**

18. Le bureau central de la police d'Escaldes-Engordany disposait de cinq salles réservées aux interrogatoires. Suite à une recommandation spécifique formulée par le Comité après la visite de 2011, une circulaire a été adressée aux agents de police afin d'assurer que l'ensemble des interrogatoires se tiennent dans ces salles, que ceux-ci soient enregistrés et que les bandes vidéo soient conservées pendant une période de quatre mois. Les informations collectées au cours de la visite ont indiqué que ces instructions étaient respectées en pratique. Le CPT se félicite de ce développement.

4. Conditions de détention

19. Les conditions matérielles dans les locaux de détention du Bureau central de la police, décrites dans le rapport relatif à la visite du CPT de 2011, étaient satisfaisantes dans leur ensemble lors de la visite de 2018.

Suite à une précédente recommandation du CPT, le système d'extraction d'air avait été modifié, permettant d'assurer l'aération des cellules de garde à vue sans nuisance sonore.

Cela étant, les autres problèmes structurels identifiés précédemment, à savoir l'absence de lumière du jour dans les cellules et l'absence d'un espace de promenade en extérieur¹⁴, restaient d'actualité. Selon les autorités andorranes, la disposition du bâtiment, ainsi que la proximité d'habitations ne permettaient pas d'effectuer les travaux nécessaires pour pallier ces insuffisances. Si la délégation du CPT a bien pris note qu'il était rare que des personnes passent plus de 24 heures dans les locaux du Bureau central, la situation demeure néanmoins insatisfaisante dans la mesure où des séjours plus longs restent théoriquement possibles. **Dans ces conditions, il serait souhaitable que la durée de la garde à vue au sein des locaux de police n'excède pas 24 heures.**

¹⁴ Il n'existait toujours qu'une salle d'exercice en intérieur de plus de 30 m², disposant d'une faible lumière du jour, indirecte.

B. Centre pénitentiaire de La Comella

1. Remarques préliminaires

20. La délégation a effectué une visite de suivi au seul établissement pénitentiaire du pays. Depuis sa dernière de 2011, la Loi pénitentiaire de 2007, qui régit le fonctionnement de l'établissement, a été modifiée pour partie¹⁵. Les changements introduits concernent principalement les dispositions relatives aux mesures disciplinaires, pour mettre en œuvre plusieurs recommandations formulées par le CPT (voir paragraphe 45).

21. Inauguré en 2005, le Centre pénitentiaire de La Comella est un bâtiment de six étages qui domine la ville d'Andorre-la-Vieille. Sa capacité d'accueil officielle était de 123 places. Le nombre de détenus y était relativement stable, oscillant entre 40 et 55. Au moment de la visite, l'établissement accueillait 44 personnes, toutes des adultes, dont cinq étaient des femmes. La population comptait 22 condamnés et 22 prévenus.

Depuis la visite précédente du CPT, la prison avait connu comme aménagement principal l'ouverture d'une unité spécifique pour mineurs, inoccupée au moment de la visite (voir paragraphe 26). Les autres unités d'hébergement comprenaient : deux modules pour hommes condamnés, un module pour hommes prévenus, un module pour femmes (condamnées et prévenues), un module de régime ouvert (pour les régimes de détention dite « partielle »), le quartier disciplinaire et l'infirmerie.

2. Mauvais traitements

22. Au cours de la visite, la délégation n'a reçu des personnes incarcérées aucune allégation de mauvais traitements physiques qui auraient été le fait du personnel de la prison de La Comella. Dans l'ensemble, les rapports entre le personnel pénitentiaire et les détenus lui ont semblé paisibles et la direction attachée à maintenir une ambiance constructive, facilitée par la faible occupation de la prison et un nombre jugé suffisant de surveillants.

Néanmoins, le nom d'un agent pénitentiaire a été cité par plusieurs détenus, lors d'entretiens séparés. Ces personnes ont allégué avoir fait l'objet d'injures et de menaces par l'agent en question. La délégation a fait part de ces propos à la Direction de l'établissement au cours de la visite, en précisant l'identité de l'agent concerné. **Le CPT demande aux autorités andorranes de lui fournir des informations quant au suivi qui a été donné à ces allégations.**

¹⁵ Loi 41/2014 du 11 décembre 2014, qualifiée de modification de la Loi 4/2007 du 22 mars 2007, qualifiée pénitentiaire.

23. Par ailleurs, la délégation a été informée que depuis la visite précédente du CPT, deux membres du personnel pénitentiaire avaient fait l'objet d'enquêtes et de poursuites pénales suite à des plaintes concernant leur comportement envers des personnes détenues. Une première affaire (enclenchée en 2013, portant sur des faits qualifiés de harcèlement) avait abouti à une relaxe, confirmée en appel en 2017. La personne avait repris son service, y compris au contact de la plaignante. La deuxième affaire (enclenchée en 2012, portant sur des sollicitations de faveurs sexuelles, jugée en 2017) avait donné lieu à une condamnation de l'intéressé (celui-ci avait depuis quitté le service) ; il avait été fait appel de cette décision et la procédure était en cours. De surcroît, dans le cadre d'une autre procédure, un médecin externe avait été condamné pour attouchements sur une personne détenue.

Le CPT demande aux autorités andorranes de bien vouloir lui fournir des informations concernant les suites de l'affaire en instance d'appel au moment de la visite.

3. Conditions de détention

a. conditions matérielles

24. Comme relevé lors de la visite précédente, les conditions matérielles du centre étaient généralement satisfaisantes. Faisant suite à une recommandation du Comité, des portes pleines avaient installées à l'entrée des cellules, ce qui garantissait une plus grande intimité aux occupants. Seules les cellules du quartier des arrivants étaient encore munies de portes à barreaux. Le Comité souligne comme bonne pratique le fait que chaque quartier dispose d'une cellule aménagée pour personnes ressentant un handicap physique.¹⁶

25. Dans ses rapports de visites de 2004 et 2011, le CPT avait formulé l'avis, qu'étant donnée la superficie de la majorité des cellules¹⁷ - d'environ 11 m² hors annexe sanitaire - celles-ci ne pouvaient offrir un espace de vie suffisant à plus de deux personnes.

Le CPT salue la mise en place du principe de l'encellulement individuel, facilité par la sous-occupation chronique de l'établissement. Une dérogation à la règle était faite pour ceux des détenus qui émettaient le souhait de partager une cellule à deux (soit 16 personnes au moment de la visite). Ceci étant, nombre de cellules comportaient encore des couchettes triples, tandis qu'une cellule dans le quartier des femmes était meublée avec quatre lits. Une cellule (n°213) était d'ailleurs occupée par trois personnes.

Le Comité réitère sa recommandation afin que le taux d'occupation des cellules de moins de 12 m² soit limité à un maximum de deux personnes et que la capacité d'accueil officielle de l'établissement pénitentiaire soit modifiée en conséquence. Ces cellules devraient être équipées de deux couchages au maximum.

¹⁶ Mesurant 23m² chez les femmes, environ 15m² chez les hommes.

¹⁷ Les cellules du quartier des mineurs et du quartier de régime ouvert étaient plus grandes.

26. Le nouveau quartier des mineurs, opérationnel depuis avril 2013, comptait au total dix cellules, mais seulement quatre d'entre elles étaient meublées (lits superposés, table, étagères) et comptabilisées en raison de la faible occupation des lieux¹⁸. Chaque cellule, mesurant 14 m² environ, comportait une annexe sanitaire.

Le quartier des mineurs disposait également d'un grand salon commun avec espace TV (40 à 50 m²), d'une salle de classe équipée de postes informatiques, d'une bibliothèque / salle de projection, d'une salle dédiée aux travaux manuels, d'une salle de musculation, d'une salle de loisirs et de jeux (ping-pong, baby-foot). La cour de promenade était très spacieuse (plus de 150 m²) et équipée de paniers de basketball. Cet espace extérieur ne comportait pas de zone abritée mais était attenante au salon commun qui était accessible aux heures de préau.

b. régime

27. Le CPT salue les efforts engagés par la Direction de la prison pour offrir à l'ensemble des détenus la possibilité de prendre part à des activités hors-cellule.

En règle générale, les détenus pouvaient sortir en promenade chaque jour entre 10h15 et 12h15 et entre 15h15 et 17h pendant l'hiver. Pendant l'été, le temps de promenade quotidien était augmenté d'une heure.

Une quinzaine de postes de travail permanents et rémunérés¹⁹ étaient occupés par des détenus assignés aux services généraux de la prison (buanderie, cuisine, entretien). Ceux-ci étaient réservés principalement aux personnes condamnées. L'offre d'autres types d'emploi restait faible. **Le CPT encourage l'administration pénitentiaire à poursuivre ses efforts pour rechercher des contrats avec des entreprises pour multiplier les opportunités d'activités rémunératrices²⁰.**

Des mesures avaient été prises pour étoffer et structurer davantage l'offre d'activités régulières auxquelles les détenus participaient sur une base volontaire. A noter que les mêmes activités étaient offertes aux femmes et aux hommes, bien que séparément. Au moment de la visite, 37 détenus (sur 44) étaient inscrits à au moins une activité qui se déroulait sur plusieurs sessions hebdomadaires (cours de langue, sport, arts plastiques)²¹. 14 personnes étaient inscrites simultanément aux trois de ces activités proposées à tout moment de l'année, ce qui totalisait dix heures d'occupation par semaine. Un coordinateur d'activités, mis à disposition par le Ministère de l'Education, était employé à plein temps depuis 2016. L'enseignante travaillait également à temps complet.

¹⁸ En 2017, il n'y avait eu que deux mineurs incarcérés, et aucun en 2016.

¹⁹ La rémunération moyenne en 2017 était d'environ 650 euros par mois.

²⁰ En 2017, 16 personnes avaient bénéficié de tels contrats.

²¹ Selon le planning communiqué à la délégation, 24 personnes suivaient des cours de langue (catalan ou espagnol) à raison de trois sessions d'une heure par semaine, 33 personnes étaient inscrites à la gym avec un accès quotidien d'une heure, 18 personnes participaient à un atelier d'expression artistique à raison d'une heure deux fois par semaine.

De plus, les détenus avaient accès à une salle commune comportant une bibliothèque et des jeux de société. D'autres formations, activités culturelles ou sportives étaient proposées de façon régulière²². Certains détenus se sont plaints du fait que l'horaire de certaines activités se chevauchait avec les heures de promenade. Eu égard aux plages de promenade assez étendues sur la journée, cela paraît néanmoins quasi-inévitable.

Certains détenus ont regretté de ne pas pouvoir poursuivre leur scolarité en prison, surtout pour les jeunes, et ce malgré des annonces faites en ce sens par du personnel du Centre. Les autorités ont confirmé à la délégation qu'un accord avait été passé avec le Ministère de l'Education et que les inscriptions scolaires seraient ouvertes prochainement.

28. Un planning d'activités spécifique existait pour les mineurs, même si celui-ci n'a pas pu être vérifié par le biais d'entretiens. Selon le programme hebdomadaire dont copie a été fournie à la délégation, un détenu mineur n'était pas obligé de rester dans sa cellule en dehors de la nuit (de 21h à 8h avec extinction des feux à 22h). La journée s'organisait entre temps de formation, activités sportives, artistiques ou de loisirs, et tâches d'entretien.

Concernant l'encadrement spécifique des jeunes, cinq agents pénitentiaires avaient bénéficié d'une formation spéciale et étaient assignés à l'unité en cas d'occupation. Cela devait permettre, lorsque l'unité n'accueillait qu'un seul détenu, d'éviter que celui-ci ne soit placé dans une situation d'isolement de fait, grâce à une interaction renforcée avec le personnel.

4. Services de soins de santé

29. Depuis 2015, la responsabilité de la prise en charge des détenus avait été transférée au Service andorran d'attention sanitaire (SAAS), une structure parapublique, prestataire de services, sur la base d'une convention tripartite²³. Le CPT salue ce transfert de responsabilités visant à améliorer la qualité et la coordination des soins prodigués aux personnes incarcérées. A noter que plusieurs recommandations formulées par le Comité ci-dessous, figurent au *plan stratégique de transformation de l'infirmerie* élaboré par le SAAS, en cours de validation. **Le Comité souhaite recevoir des autorités la confirmation de l'adoption de celui-ci et en recevoir copie définitive.**

²² Dix personnes suivaient, la semaine de la visite, des cours d'informatique, à raison d'une heure et demie par semaine. 33 détenus étaient inscrits à une projection de film suivi d'un débat (2h15), et 19 autres à une session de deux heures de Basket Beat (activité alliant basketball et musicalité). Enfin, une dizaine d'autres activités ponctuelles avaient eu lieu en 2017 (conférences, concerts, actions de sensibilisation).

²³ Signée le 6 octobre 2015 entre l'administration pénitentiaire, le SAAS et la caisse andorrane de sécurité sociale (CASS).

30. Le personnel de santé relevait du SAAS, à l'exception des deux infirmières recrutées précédemment par l'administration pénitentiaire et qui en restaient statutairement dépendantes. Un médecin généraliste était présent trois matinées par semaine, ce qui représentait un volume horaire supérieur à celui constaté en 2011 et donc une amélioration. Les effectifs en personnel infirmier dédié, en revanche, étaient en baisse par rapport à ceux observés en 2011. Au moment de la visite, il y avait deux infirmières à plein temps (40h/semaine) travaillant du lundi au vendredi²⁴. Celle qui assurait les après-midi passait également deux heures au Centre le samedi et le dimanche, elle était également d'astreinte les nuits et le reste des weekends. Du personnel infirmier du SAAS (rattaché à l'hôpital) assurait les remplacements et la continuité des soins, autant que de besoin. Un troisième infirmier était en cours de recrutement. **Le CPT souhaite recevoir confirmation de ce recrutement.**

Un psychiatre assurait des consultations une demi-journée tous les quinze jours. Un psychologue et un dentiste étaient disponibles une demi-journée chacun par semaine.

En raison de la très haute proportion de détenus nécessitant un suivi en santé mentale (notamment, les trois quarts des détenus au moment de la visite recevaient un traitement psychotrope), **le CPT recommande aux autorités andorranes de doubler les temps de présence du médecin psychiatre et du psychologue.**

Un deuxième médecin avait été nommé afin d'assurer la coordination des soins et le lien avec l'administration pénitentiaire. **Il serait souhaitable que celui-ci organise des réunions formelles régulières rassemblant l'ensemble de l'équipe soignante, afin d'assurer un suivi collégial de chaque patient.**

31. Les médicaments étaient administrés exclusivement par le personnel de soins. En revanche, les médicaments psychotropes étaient distribués sous forme « mouillée » (dissous dans de l'eau), suite à une directive de l'administration pénitentiaire datant de 2011, pour éviter les mésusages et le trafic. **Le CPT recommande que cette pratique cesse et que le circuit de dispensation des traitements médicamenteux soit revu, dans la mesure où ce mode d'administration est susceptible de modifier les propriétés pharmaco-cinétiques des traitements médicamenteux.**

32. La coordination avec l'hôpital de référence, l'hôpital de Nostra Senyora de Meritxell, a paru avoir gagné en efficacité. Les détenus ayant besoin d'une prise en charge spécialisée y étaient toujours transférés, et ce dans des délais acceptables, dans deux chambres sécurisées et gardées. Celles-ci étaient correctement équipées y compris pour les séjours de nuit. L'implication du SAAS au sein du Centre pénitentiaire, avait semble-t-il facilité l'organisation des remplacements du personnel de santé affecté au Centre pénitentiaire, malgré certaines difficultés parfois à identifier des spécialistes disponibles.

33. Ceci étant, la délégation a relevé certaines lacunes dans la gestion des urgences. Si aucun incident récent n'avait été à déplorer, la délégation a estimé que le protocole en place pouvait induire des délais potentiellement fatals en cas d'urgence vitale. En effet, en dehors des heures ouvrables, l'infirmière d'astreinte devait, même en cas d'urgence vitale, obligatoirement se rendre au Centre pénitentiaire afin d'évaluer et éventuellement orienter le patient vers la structure de soins idoine.

²⁴ En 2011, il y avait trois infirmières et un aide-soignant.

Le CPT recommande que le protocole de gestion des urgences soit révisé afin de permettre la prise en charge la plus rapide possible du patient en cas d'urgence vitale. A cette fin, le personnel pénitentiaire devrait, dans de telles situations, être habilité à contacter directement le service des urgences.

34. Les dossiers médicaux étaient généralement bien tenus et détaillés, témoignant d'un suivi quotidien et rigoureux.

35. Une infirmière pratiquait un premier examen de santé²⁵ dans les 24 heures suivant l'admission d'un nouveau détenu à l'établissement. Cet examen était suivi d'une consultation médicale et d'un entretien avec le psychologue. Une radio pulmonaire était systématiquement effectuée et un dépistage VIH, VHB, VHC proposé. Les éventuelles blessures identifiées étaient documentées dans les dossiers individuels des détenus.

36. Les patients souffrant de toxicomanie et/ou d'addictions pouvaient bénéficier des services du centre de traitement des addictions de l'hôpital de Meritxell ainsi que de la distribution de méthadone au sein de l'établissement. Aucun patient n'en recevait au moment de la visite. En revanche, cette prise en charge ne s'accompagnait pas de mesures de réduction des risques infectieux (distribution de seringues, d'aiguilles et/ou de préservatifs). **Le CPT recommande aux autorités andorranes de compléter son action de prise en charge des addictions en introduisant un volet relatif à la réduction des risques, en conformité avec les recommandations du Ministère de la Santé.**

37. Plusieurs mesures avaient été prises depuis 2011 afin de mieux garantir le secret médical. Notamment, la délégation a pu vérifier que les dossiers médicaux étaient à présent archivés dans un local dédié et fermé à clé ; ils n'étaient donc plus accessibles au personnel administratif.

En revanche, les détenus ont rapporté la présence quasi-systématique du personnel d'escorte policière pendant les consultations médicales effectuées à l'hôpital. Ceci concernait également les consultations psychiatriques. Cela pouvait arriver également, sans que ce soit la règle, lors des consultations médicales à la prison.

Le CPT recommande aux autorités andorranes de prendre des mesures pour veiller à ce que les examens de santé des détenus se déroulent hors de l'écoute et, à moins que le médecin ou un autre professionnel de santé concerné n'en fasse expressément la demande contraire dans une situation donnée, hors de la vue du personnel de surveillance.

38. Les locaux de l'infirmerie de la prison de La Comella étaient, comme cela fut déjà constaté lors de la visite de 2011, en très bon état d'entretien et convenablement équipés.

²⁵ Comprenant entretien portant sur l'histoire médicale et examen physique.

5. Autres questions

a. contacts avec le monde extérieur

39. Le règlement intérieur du centre pénitentiaire détaille les règles concernant les appels téléphoniques, les visites, les communications par internet (Skype) et la correspondance écrite.

40. Concernant les visites aux adultes, le règlement continue de distinguer visites générales (*visita de locutori*) et visites familiales (*visita de comunicacio familiar*).

Les visites générales sont autorisées deux fois par semaine pour les prévenus, trois fois par semaines pour les condamnés, pour une durée de quinze minutes par visite. Elles ne sont pas programmées le weekend, sauf autorisation spécifique. Un détenu peut recevoir jusqu'à trois visites par jour de visite, avec un maximum de trois visiteurs par visite. Les visites générales se tiennent en parloir fermé (détenu et visiteur se parlent à travers une cloison vitrée).

Les visites familiales, d'une durée d'une demi-heure, sont autorisées trois fois par semaine pour les condamnés et quatre fois par semaine pour les prévenus. Le CPT se félicite que celles-ci puissent désormais avoir lieu pendant le weekend. Celles-ci ne sont autorisées qu'après sept jours suivant l'admission. Pour rappel, en 2011 elles n'étaient autorisées qu'après un mois complet d'incarcération. Ce type de visites est réservé aux personnes ayant un lien de parenté avec le détenu et se tiennent dans des salles de parloir ouvertes, sans séparation physique, pouvant accueillir jusqu'à cinq visiteurs. Les détenus sont soumis à une fouille intégrale après chaque visite en parloir ouvert (voir le paragraphe 48).

Tous les parloirs pour mineurs se déroulent en conditions dites ouvertes (sans séparation physique) ; les visites étaient autorisées les lundis, mercredis, vendredis, dimanches.

Comme formulé précédemment²⁶, le CPT considère que les détenus devraient pouvoir recevoir la visite de leur famille et de leurs amis proches sans en être séparés physiquement, sauf cas exceptionnel justifié par des raisons de sécurité.

Le CPT recommande une nouvelle fois qu'en règle générale tous les détenus soient autorisés, dès le début de leur incarcération, à recevoir des visites dans un environnement raisonnablement ouvert (c'est-à-dire autour d'une table, sans séparation physique) pendant au moins une heure par semaine. Toute décision d'imposer que les visites se déroulent en parloir fermé doit être bien fondée et motivée, et basée sur une évaluation individuelle du risque potentiel présenté par le détenu.

41. Il n'y avait pas d'espace prévu pour des visites intimes. Le personnel du Centre pénitentiaire a indiqué que des travaux étaient envisagés pour aménager un local à cette fin. **Le CPT souhaiterait recevoir des détails de ce projet avec l'échéancier envisagé pour sa mise en œuvre, ainsi que la durée prévue de ces visites.**

²⁶ CPT/Inf (2012) 28, paragraphe 47.

42. En ce qui concerne l'accès au téléphone, la délégation n'a enregistré aucune doléance. Les détenus avaient droit à trois appels téléphoniques de 15 minutes par semaine à leurs frais. Chaque quartier de l'établissement disposait de cabines téléphoniques. Concernant les mineurs, les appels téléphoniques étaient autorisés quatre jours par semaine (les mardis, jeudis, samedis, dimanches).

43. Le Centre offrait maintenant aux détenus dont la famille était éloignée, la possibilité de communiquer par le biais d'internet (Skype). Les détenus concernés pouvaient en formuler la demande après quatre semaines sans visite de leurs proches, c'est-à-dire après un certain délai. Les communications duraient jusqu'à 20 minutes. **Le CPT salue l'introduction des communications par vidéoconférence. Il encourage néanmoins les autorités à faciliter le contact de tous les détenus avec leurs proches dès le début de leur détention. De façon plus générale, il serait souhaitable que l'usage de la vidéoconférence soit étendu progressivement à l'ensemble des personnes incarcérées.**

b. discipline

44. La consultation des registres a révélé qu'en 2017, 25 sanctions avaient été prononcées à l'égard de 16 détenus. Les décisions examinées étaient bien documentées, suffisamment motivées et la procédure disciplinaire était appliquée conformément au Titre III de la loi pénitentiaire. Notamment, les détenus disposaient d'un droit de recours auprès du tribunal et en étaient informés.

L'article 53 de la loi liste de façon exhaustive les sanctions possibles : l'isolement en cellule, la limitation des communications orales et des droits de visites, la privation de participation à des activités récréatives et de loisirs, l'interdiction de passer des appels téléphoniques, l'interdiction de recevoir des colis de l'extérieur, et la privation de téléviseur.

Compte tenu de l'importance que revêt le maintien des relations entre les détenus et leurs famille et amis, le CPT est d'avis que toute restriction des droits de visites ou de téléphone ne devrait être applicable qu'en cas de violation des règles relatives à l'exercice de ces mêmes droits.²⁷ **Le Comité recommande que la loi soit précisée dans ce sens.**

45. Concernant la sanction la plus sévère, à savoir le placement à l'isolement, l'administration y avait eu recours à six reprises en 2017. Ces placements n'avaient jamais duré plus de sept jours (entre 46 heures et sept jours) et aucun mineur n'avait été concerné.

46. Le CPT se félicite que ses recommandations formulées suite à la visite de 2011 à propos de l'isolement disciplinaire avaient été prises en compte. En effet, la loi a depuis été modifiée et prévoit désormais que tout placement en cellule disciplinaire ne peut dépasser quatorze jours dans le cas d'une personne majeure, et trois jours si celui-ci concerne un mineur (à cet égard, voir le paragraphe 47). La sanction dite « d'isolement pendant les weekends » a été supprimée.

²⁷ Voir la Règle 60.4 des Règles pénitentiaires européennes, ainsi que le commentaire s'y référant.

De plus, des travaux d'aménagement avaient été effectués dans les cellules disciplinaires qui étaient en service : tel que recommandé par le CPT, les anneaux d'acier avaient été retirés, du mobilier (tablette, tabouret) avait été installé et fixé au sol et les pièces bénéficiaient d'un peu de lumière du jour grâce à de petites ouvertures vers l'extérieur.

Un autre amendement portait sur le rôle du personnel de soins auprès des détenus isolés. Suite à la visite de 2011, le CPT avait critiqué le fait qu'il était alors demandé au médecin traitant de fournir un certificat d'«aptitude à la sanction». Le Comité avait expliqué que cela mettait en péril la relation de confiance entre le médecin traitant et le détenu concerné par la mesure. Dorénavant, la loi prévoit que le placement à l'isolement disciplinaire requiert l'avis favorable, préalable, d'un médecin externe au centre pénitentiaire²⁸. Dans la pratique, c'était un médecin légiste qui rédigeait le rapport médical. Le Comité soulignait en revanche que le personnel de santé du centre pénitentiaire devait rester très attentif à la situation des détenus placés à l'isolement et effectuer, à cette fin, des contrôles quotidiens²⁹. A cet égard, la délégation a constaté qu'une infirmière du Centre se rendait deux fois par jour auprès de ces détenus. En outre, la nouvelle loi prévoit qu'un médecin externe effectue également une visite quotidienne auprès des détenus placés à l'isolement³⁰. Cela était assuré là aussi par le médecin légiste. **De l'avis du CPT, la surveillance médicale de l'ensemble des personnes détenues revenant en premier lieu à l'équipe soignante, il conviendrait d'assurer que le médecin légiste transmette toute information pertinente relative à la santé du patient à l'équipe médicale de la prison.**

47. S'agissant du recours à l'isolement en tant que sanction disciplinaire à l'encontre de personnes mineures, le CPT est désormais d'avis que celui-ci doit être proscrit. Cette position reflète une évolution plus générale des normes internationales. A ce sujet, il convient de faire plus particulièrement référence à l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus révisé (Règles Nelson Mandela), qui a été adopté en 2015 par une résolution unanime de l'Assemblée générale et qui dispose expressément à la Règle 45(2) que l'isolement ne sera pas imposé aux mineurs.³¹

Le CPT recommande aux autorités andorranes de modifier les dispositions juridiques pertinentes afin de les rendre conformes aux principes énoncés ci-dessus.

48. Ceci étant, le CPT est préoccupé du fait que dans la pratique les détenus placés à l'isolement étaient systématiquement privés d'appels téléphoniques et de visites pendant la durée de la sanction. Sur ce point, **le Comité se réfère à la recommandation formulée au paragraphe 44.**

²⁸ Voir article 54.2 de la Loi 41/2014 du 11 décembre 2014, qualifiée de modification de la Loi 4/2007 du 22 mars 2007, qualifiée pénitentiaire.

²⁹ Voir CPT/Inf (2012) 28, paragraphe 40.

³⁰ Voir article 54.3 de la Loi 41/2014 du 11 décembre 2014, qualifiée de modification de la Loi 4/2007 du 22 mars 2007, qualifiée pénitentiaire.

³¹ Voir aussi la Règle 67 des Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté (Résolution A/RES/45/113 de l'Assemblée générale, annexe).

c. mesures de sécurité

49. Le CPT est préoccupé de constater, à nouveau, la pratique selon laquelle chaque visite familiale, c'est-à-dire chaque visite ayant lieu en parloir ouvert (voir le paragraphe 39), entraînait systématiquement une fouille corporelle complète du détenu. De plus, malgré une circulaire émise donnant de nouvelles instructions portant sur la manière de procéder à de telles fouilles, afin d'en limiter les effets humiliants, les détenus ont rapporté que ces consignes n'étaient pas toujours suivies, c'est-à-dire que le détenu devait retirer l'ensemble de ses vêtements en même temps.

Le Comité réitère sa recommandation selon laquelle le recours à la fouille corporelle complète ne devrait pas être systématique mais devrait relever d'une évaluation individuelle du risque. Lorsqu'une telle mesure invasive est néanmoins jugée nécessaire, il convient de faire tous les efforts raisonnables pour minimiser la gêne de la personne concernée ; en principe, le détenu ne devrait pas être contraint de retirer tous ses vêtements en même temps (il devrait par exemple être autorisé à se dévêtir au-dessus de la taille, puis à se rhabiller avant d'enlever d'autres vêtements).

50. Le registre spécifique à l'utilisation de moyens de coercition ne comptait depuis 2011 qu'une seule entrée. Celle-ci faisait référence à un épisode au cours duquel un détenu avait été immobilisé à l'aide d'une arme à impulsion électrique (AIE) en 2013.

Depuis la dernière visite du CPT en 2011, des dispositions réglementaires ont été élaborées pour encadrer le recours aux moyens coercitifs autorisés. Notamment, un décret du 19 novembre 2014 dispose que dès après l'utilisation de tels moyens un médecin doit examiner la personne qui en a fait l'objet.

La délégation a été informée que le médecin coordonnateur devait valider (ou invalider totalement ou partiellement) a priori, l'utilisation des divers moyens de coercition (notamment gaz au poivre, AIE, balles en caoutchouc) pour chaque détenu en fonction de son état de santé, en premier lieu dans les 24 heures après son admission, puis lors d'un réexamen mensuel en commission pluridisciplinaire. Cette commission technique d'évaluation et de contrôle des mesures coercitives (composée notamment d'un officier, d'un formateur au tir et du médecin coordonnateur) semblait avoir pour seule finalité de diviser l'ensemble des détenus en deux catégories : d'une part ceux qui étaient « aptes » à faire l'objet de mesures coercitives, d'autre part ceux pour lesquels le médecin prononçait une contre-indication. En dehors des séances de la commission, chaque modification significative de l'état de santé d'un détenu devait être signalée au directeur dans la même perspective. Lorsque le médecin coordonnateur n'était pas disponible, cette tâche était confiée au médecin généraliste traitant.

Le Comité est d'avis que l'usage de moyens coercitifs, notamment celui d'AIE, doit être évité à l'encontre des personnes particulièrement vulnérables (comme les personnes âgées, les femmes enceintes, les jeunes enfants, les personnes souffrant, au préalable, de problèmes cardiaques) et dans toute situation où celui-ci pourrait accroître le risque de décès ou de blessures graves. A ce titre, il est donc primordial que le médecin identifie les vulnérabilités particulières que présenterait un détenu et qu'il en informe le directeur en vue d'adapter son régime de détention et/ou d'opérer une surveillance particulière.

Néanmoins, le CPT émet de sérieuses réserves quant à la participation du médecin coordonnateur à une commission à visée essentiellement sécuritaire, qui en outre exige qu'il fournisse des informations sur la pathologie des patients. Ceci le place dans une situation inadmissible d'un point de vue médical et déontologique.

De l'avis du CPT, il convient de privilégier une autre forme de communication qui permette au médecin de partager avec l'administration les seules informations qu'il juge être strictement nécessaires dans le but de protéger les personnes vulnérables. Le CPT souligne également que l'absence de contre-indication identifiée au préalable par le médecin ne saurait équivaloir à une forme de certification de l'aptitude du détenu concerné à faire l'objet de mesures coercitives. En cas d'incident nécessitant un recours à des moyens coercitifs, les risques devraient être évalués en situation.

Le CPT recommande aux autorités andorranes de revoir le rôle du médecin à la lumière des remarques qui précèdent et de proscrire toute autorisation préalable par un médecin concernant l'application de moyens coercitifs.

51. La délégation a pu vérifier que les transferts de détenus, de la prison au tribunal ou à l'hôpital, se faisaient maintenant à bord d'un véhicule de police, neuf et sécurisé. Durant de tels transferts, les détenus étaient systématiquement menottés, et cela toujours dans le dos. Le contact des menottes avec les sièges en plastique dur, a en outre été décrit comme pouvant être douloureux.

Le CPT recommande que le menottage ne soit décidé qu'au cas par cas, sur la base d'une évaluation individuelle du risque présenté par le détenu à transférer. De plus, lorsque la mesure s'avère nécessaire, les poignets devraient être entravés plutôt sur le devant afin d'éviter les risques de blessures.

d. information des détenus

52. Un livret d'accueil était remis à chaque détenu, qui résumait les règles en vigueur au sein de l'établissement. Il était disponible en cinq langues. Néanmoins il datait de 2010 et certaines informations n'étaient plus valables³². **Le CPT recommande la mise à jour rapide de ce livret d'accueil. A cette occasion, il serait utile que des informations concernant les mécanismes de plaintes et les possibilités de recours soient ajoutées au texte.**

Le règlement interne de la prison, en revanche, avait été actualisé en avril 2017. Des exemplaires en étaient largement diffusés parmi les détenus.

³² Par exemple, concernant la durée des sanctions, conditions d'accès aux visites de famille (changements des dernières années pas intégrés).

e. procédures de plainte

53. Les formulaires de plaintes et de requêtes diverses étaient disponibles en plusieurs points de la zone de détention et accessibles aux détenus de chaque quartier. Ces documents permettaient notamment aux détenus de s'adresser au directeur de l'établissement, aux autorités administratives compétentes, au médiateur et aux autorités judiciaires.

A leur réception par l'administration, les différentes requêtes étaient référencées dans un registre. Cependant, celui-ci regroupait l'ensemble des communications sortantes. Une copie des documents pertinents était placée dans le dossier individuel du détenu, tandis que les courriers adressés aux autorités externes administratives ou judiciaires, ou au médiateur, n'étaient pas ouverts. Le registre totalisait 757 demandes en 2017 et indiquait l'expéditeur, le destinataire et le numéro d'enregistrement du document. Ce système, s'il permettait de retracer les courriers et requêtes, et de rechercher ensuite certains éléments dans les dossiers individuels, ne permettait pas pour autant à la Direction ou à un organe de contrôle externe d'avoir vue d'ensemble et rapide des motifs des plaintes reçues et de vérifier leur suivi effectif.

De l'avis du CPT, il importe que les plaintes internes soient consignées dans un registre prévu à cet effet, qui devrait comporter l'identité des personnes plaignantes, le type et le sujet des plaintes, l'issue de la procédure de plainte et d'une éventuelle action en appel, les mesures éventuellement prises par la suite pour remédier à la situation ayant fait l'objet de la plainte et toute réparation accordée à la personne concernée. Ces informations consignées devraient servir d'outil de gestion; il peut en effet arriver que, par exemple, un grand nombre de plaintes concernent les mêmes membres du personnel, ou que certaines catégories de personnes privées de liberté déposent rarement de plaintes officielles.³³

Le CPT invite les autorités andorranes à revoir l'outil faisant office de registre de plaintes à la lumière de ces observations.

³³ A cet égard, voir le 27^e rapport général du CPT (CPT/Inf (2018) 4, pages 27 à 33).

C. Unité d'hospitalisation du service de santé mental de l'Hôpital de Nostra Senyora de Meritxell

1. Remarques préliminaires

54. La délégation du CPT a effectué une visite de suivi à l'unité d'hospitalisation du service de santé mental de l'Hôpital de Nostra Senyora de Meritxell. Depuis la visite précédente du Comité, la capacité d'accueil du service avait été augmentée de 12 à 16 lits avec l'ajout, dans une section dédiée, de quatre lits réservés à l'hospitalisation d'enfants et adolescents. Au moment de la visite, l'unité hébergeait six adultes et deux mineures.

55. Il s'agissait toujours d'une unité fermée, destinée à accueillir aussi bien des patients involontaires que des patients en hospitalisation libre. La délégation a noté que le régime de permissions de sorties de l'unité était déterminé au cas par cas par le psychiatre. Les sorties auprès de la famille pouvaient être autorisées uniquement le weekend ; pendant la semaine, seules des « sorties » au sein de l'enceinte de l'hôpital (cafeteria, parvis) étaient permises pour certains patients, pendant les heures de visites et, selon les cas, seul ou sous la supervision des visiteurs³⁴. Les restrictions de mouvements étaient revues régulièrement par le psychiatre et les conditions de sortie étaient généralement assouplies au bout de quelques jours. Selon le personnel, les droits de sortie différenciés faisaient partie du contrat thérapeutique auquel le patient consentait à l'admission. Toute sortie non-autorisée du patient de l'unité revenait à rompre ce contrat ; le patient était libre de le faire, mais alors il mettait fin à la prise en charge.

Bien qu'au moment de la visite, tous les patients étaient en hospitalisation libre, deux d'entre eux n'étaient pas autorisés à quitter l'unité. Ceux-ci ont néanmoins confirmé à la délégation leur volonté de poursuivre leur traitement dans ces conditions. Le CPT a conclu que malgré les restrictions de mouvement décrites ci-dessus, aucun patient ne se trouvait en situation de privation de liberté, *de jure* ou *de facto*, au moment de la visite. Aussi les conclusions du Comité concernant les patients hospitalisés sous contrainte découlent essentiellement des informations collectées dans les dossiers médicaux et n'ont pu être vérifiées auprès des personnes concernées.

2. Conditions de séjour, personnel et traitement

56. Outre l'ajout de deux chambres doubles destinées aux enfants et adolescents, les conditions de séjour au sein de l'unité étaient restées largement inchangées depuis la visite précédente. Les chambres (sept chambres doubles et deux chambres simples) étaient bien aménagées et équipées, les portes de celles-ci restaient ouvertes. La salle polyvalente servait de réfectoire, salon TV et de salle d'activités. La salle pour fumeurs avait été supprimée ; des substituts nicotiques étaient proposés aux patients.

³⁴ Les visites étaient permises entre 17 et 19 heures et entre 21 et 22 heures.

57. L'effectif du personnel de santé avait été renforcé et comptait à présent deux psychiatres (au lieu d'un seul en 2011) et une psychologue. Ceux-ci intervenaient également auprès des patients en hôpital de jour mais assuraient une présence quotidienne au sein de l'unité.

Huit postes d'infirmiers et sept postes d'aides-soignants (équivalents temps plein) permettaient d'assurer la présence continue d'une infirmière et d'un aide-soignant sur l'unité. Intervenait également auprès des patients un ergothérapeute et un assistant social, impliqués dans l'ensemble du service de santé mentale.

Du personnel spécifique assurait la prise en charge des enfants et adolescents : une pédopsychiatre et une psychologue (qui partageaient également leur temps entre l'unité d'hospitalisation et le centre de jour), ainsi qu'une infirmière dédiée en journée, et un aide-soignant la nuit.

L'équipe de soins de l'unité se réunissait au complet une fois par semaine. La délégation a estimé que les effectifs étaient suffisants pour assurer la prise en charge adéquate des patients.

Les patients ont unanimement fait part de leur satisfaction vis à vis des membres du personnel, soulignant leur grande disponibilité (rapports quotidiens y compris avec les médecins) et leur sens de l'écoute.

58. Dans l'ensemble, la délégation a confirmé son impression généralement positive de la prise en charge thérapeutique au sein de l'unité. La délégation a pu vérifier que les plans de traitement des patients étaient individualisés et revus régulièrement. Les dossiers médicaux, informatisés, étaient bien tenus et très complets. La durée moyenne de séjour au sein de l'unité était de dix jours.

Les prescriptions médicamenteuses semblaient adéquates, rien n'indiquant, par exemple, un recours excessif aux psychotropes. Les thérapies étaient menées essentiellement en face à face, néanmoins certaines activités ergo-thérapeutiques de groupe étaient organisées (séances de gymnastique ou de yoga notamment). Ces dernières étaient, dans l'ensemble, très appréciées des patients.

Les mineures hospitalisées au moment de la visite étaient régulièrement conviées aux activités de l'hôpital de jour. De plus, un enseignant les aidait quotidiennement dans la poursuite de leur scolarité.

59. L'unité, située en étage, ne disposait pas d'un accès direct à un espace extérieur (jardin ou cour). Etant données les restrictions de mouvements décrites au paragraphe 54, l'accès quotidien à l'air libre n'était par conséquent pas assuré pour tous les patients. Pour rappel, le CPT préconise qu'il soit offert à tous les patients hébergés en unité psychiatrique fermée, pour autant que leur état de santé le permette, un accès quotidien, d'au moins une heure, et de préférence beaucoup plus, à un espace extérieur, relativement vaste et sécurisé, disposant par ailleurs d'un abri contre les intempéries. D'après la Direction du SAAS, une réflexion était en cours concernant l'aménagement possible d'un espace-terrace sur le toit du bâtiment, afin d'assurer un tel accès aux patients de l'unité.

Le CPT demande aux autorités andorranes confirmation des mesures prises en ce sens.

3. Moyens de contrainte

60. L'unité d'hospitalisation pouvait recourir à divers moyens de contrainte, notamment à la contention mécanique, à l'isolement et à la contention chimique. Les recours à de telles mesures étaient consignés aux dossiers du patient, généralement bien tenus, à l'aide d'une fiche de suivi spécifique³⁵. Ceci marquait une nette amélioration dans la documentation de telles mesures. Néanmoins, ces mesures n'étaient pas toutes consignées dans un registre central. La délégation n'ayant pu parcourir l'ensemble des dossiers individuels, elle n'a pas obtenu une vue d'ensemble, sur une ou plusieurs années par exemple, de l'ensemble de ces pratiques, et plus particulièrement en ce qui concerne les mesures d'isolement ou à de contention chimique.

Des chiffres consolidés étaient néanmoins disponibles concernant l'application de mesures de contention mécanique. Celles-ci avaient été utilisées, sur l'ensemble de l'année 2017, 17 fois et sur huit patients au sein de l'unité d'hospitalisation. Le type de contention la plus courante était la fixation en cinq points à l'aide de sangles (dans 13 cas sur 17), le plus souvent accompagnée de l'utilisation d'une barrière de lit (neuf cas sur 13). Eu égard aux 282 hospitalisations sur l'année, le recours à ce type de pratique était donc limité. L'examen des dossiers a indiqué une durée variable allant de 20 minutes jusqu'à 24 heures.

Le CPT réitère sa recommandation pour que soit mis en place un registre central compilant l'ensemble des mesures de contrainte, y compris le recours à l'isolement et à la contention chimique. Celui-ci devrait être consultable indépendamment des dossiers individuels pour permettre aux instances dirigeantes et à toute instance de contrôle d'acquérir une vue d'ensemble et d'analyser le recours effectif à ces mesures. Pour rappel, ce document devrait, pour tout recours, porter mention de : 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 du personnel qui a participé à sa mise en œuvre, les modalités de surveillance de la mesure et un compte rendu des blessures éventuelles subies par les patients ou les membres du personnel.

61. Le Conseil d'administration du SAAS avait adopté, quelques jours avant la visite du CPT, un Protocole³⁶ ainsi qu'un Guide d'application à l'usage du personnel³⁷, visant à encadrer les mesures de restriction physique, à savoir la contention mécanique et l'isolement du patient. Ces lignes directrices s'appliquaient à l'ensemble des services de l'hôpital mais comportaient certaines dispositions spécifiques ou précisions concernant les patients psychiatriques. Ces documents posaient comme principe que la contention physique ne pouvait être qu'une mesure exceptionnelle et de dernier recours, après épuisement de mesures alternatives. Ceci est conforme aux préconisations du CPT. De plus, la Loi 15/2004 sur l'incapacité et les organes de soins, avait été révisée en 2013³⁸ pour mieux encadrer le recours aux moyens de contention sur les patients hospitalisés sous contrainte³⁹.

³⁵ Document nommé « *Registre de contencio* ».

³⁶ *Protocol del maneig de la restricció física a l'àmbit del SAAS* du 24 janvier 2018.

³⁷ *Guia del maneig de la restricció física a l'àmbit del SAAS* du 24 janvier 2018.

³⁸ *Llei 27/2013, del 19 de desembre, de modificació de la Llei 15/2004, del 3 de novembre, qualificada d'incapacitació i organismes tutelars.*

³⁹ Idem, article 13, paragraphe 3.

Selon le protocole, toute prescription de contention physique relève de la décision du psychiatre ou, à défaut, du médecin de garde. Le protocole prévoit néanmoins qu'en leur absence, le personnel infirmier le plus expérimenté est habilité à initier la procédure, sous réserve qu'il obtienne l'approbation du psychiatre dans le délai le plus court possible. Le personnel de l'unité a expliqué qu'une contention n'était initiée, dans la pratique, qu'en la présence *in situ* d'un médecin, mais ceci n'est pas précisé dans les directives. La prescription d'une mesure de restriction physique doit être réévaluée « toutes les 24 heures »⁴⁰ par un psychiatre.

Les directives du SAAS précisent que le consentement du patient, ou le cas échéant de son représentant légal, est toujours recherché avant une procédure de contention physique. Il est néanmoins prévu une exception « *en cas de nécessité* », c'est-à-dire s'il « *existe un risque immédiat pour le patient ou pour autrui* ». Dans ce cas, la procédure peut être engagée sans consentement. Les directives du SAAS mentionnent qu'en cas de procédure effectuée sans consentement, il « *faudra déterminer si la situation équivaut à une admission involontaire* ». Il est précisé que le cas échéant, le protocole d'admission involontaire doit être activé et le juge saisi dans le délai légal de 24 heures. Dans tous les cas, la famille ou le représentant légal doit être informé *a posteriori* de la mesure et de sa justification.

Dans la pratique, selon l'interprétation du personnel de santé de ces dispositions, une mesure de contention de durée inférieure à 24 heures ne nécessitait ni réexamen du statut du patient ni information du juge.

Le CPT recommande que dès lors qu'une mesure de contention est appliquée sans consentement à un patient volontaire, le statut de celui-ci soit ré-examiné, indépendamment de la durée de la mesure.

62. Concernant la surveillance des patients pendant l'exécution des mesures de contention physique, les directives stipulent que la procédure doit être réévaluée à chaque heure⁴¹. Le personnel infirmier a confirmé à la délégation que la pratique était conforme à ces instructions. Le personnel de soins n'assurait pas une présence permanente auprès du patient. En revanche, bien que les directives n'en fassent pas mention, en pratique, les patients placés sous contention mécanique faisaient l'objet d'une vidéosurveillance continue.

Le CPT réitère sa recommandation selon laquelle une surveillance continue, directe et personnelle doit être effectuée par du personnel formé (par exemple du personnel infirmier) durant toute la durée de la mesure de contention mécanique, et ce afin de maintenir la relation thérapeutique et éventuellement assister le patient. Des contrôles toutes les heures ou toutes les deux heures sont insuffisants et à l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. Dans les cas où un patient est isolé, le membre du personnel peut rester à l'extérieur de la chambre du patient, à condition que le patient puisse voir complètement le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer et entendre le patient.

⁴⁰ *Guia del maneig de la restricció física a l'àmbit del SAAS*, paragraphe 14.4.

⁴¹ *Guia del maneig de la restricció física a l'àmbit del SAAS*, paragraphe 14, section 1.

63. La délégation a noté positivement que la fiche de suivi de la contention mécanique, remplie par le personnel infirmier, était assez complète et incluait notamment une évaluation de l'état du patient une fois la mesure terminée (blessures, effets post-traumatiques ou psychologiques). En revanche, la lecture de la fiche ne permettait pas de savoir si un débriefing avait été effectué avec le patient une fois la procédure levée. **Le CPT réitère sa recommandation selon laquelle, une fois les moyens de contention levés, un bilan (« débriefing ») devrait être effectué avec le patient. Cette session devrait être mentionnée sur la fiche de suivi.**

64. Les dossiers consultés ont mis en évidence que parmi les huit patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique en 2017, deux étaient de jeunes enfants, des jumeaux âgés de huit ans. Les frères avaient été hospitalisés à deux mois d'intervalle environ, pour une durée de sept à onze jours respectivement. Les deux avaient fait l'objet d'une mesure de contention mécanique (cinq points), pendant une heure et trois heures respectivement.

De l'avis du CPT, **le recours à des mesures de contention mécanique concernant des enfants d'un tel âge reste inacceptable, y compris dans des circonstances jugées exceptionnelles.**

4. Garanties

65. Le livret d'accueil remis aux patients à l'admission avait été remanié à la lumière des recommandations précédentes formulées par le CPT. Il intégrait dorénavant la gamme des options thérapeutiques proposée au sein de l'unité (traitement pharmacologique, psychothérapie, thérapie occupationnelle, activités relationnelles) ainsi que les règles de fonctionnement propres à l'unité. Notamment, il était précisé que les sorties en dehors de l'unité étaient sujettes à autorisation du psychiatre.

Il y était fait mention également d'un possible recours, en cas de risque d'auto ou d'hétéro agressivité, à des mesures de sécurité y compris la contention, chimique ou physique. Il mentionnait également la présence de caméras de vidéosurveillance, dont certaines dans les chambres et pouvant être activées en cas de situation dites à risques.

Le CPT recommande que des informations supplémentaires soient ajoutées au livret d'accueil, notamment concernant l'aide juridique, la procédure de réexamen de la décision d'hospitalisation, le consentement au traitement et les procédures d'appel et de plainte.

66. Les cas d'hospitalisation sous contrainte sont encadrés par la « Loi sur l'incapacité et les organes de soins » (15/2004). Selon les dispositions de celle-ci, les admissions non-volontaires doivent être notifiées au Juge sous 24 heures. Ce dernier dispose de 72 heures pour valider l'hospitalisation. Pour statuer, il est tenu d'examiner la personne concernée, d'entendre l'opinion de son avocat ou de son défenseur judiciaire commis d'office, du Procureur, et d'un médecin qu'il désigne lui-même. Le placement du patient doit ensuite être revu au minimum tous les six mois, selon les mêmes modalités. A tout moment avant cela, le Juge peut demander au médecin traitant des informations sur l'évolution du patient. Dans le cas où le médecin traitant préconise la mainlevée de la mesure d'hospitalisation, le Juge doit se prononcer sous 24 heures. Un appel d'une décision de placement est possible devant le tribunal supérieur.

Sur l'ensemble de l'année 2017, il y avait eu huit hospitalisations sous contrainte au sein de l'unité. La délégation a pu consulter les dossiers papier de six de ces patients⁴². Sur la base des dossiers examinés, le CPT a estimé que la procédure était suivie conformément aux dispositions légales. Notamment, la validation judiciaire avait été transmise sous 24 heures ou moins. Le juge avait généralement requis des informations concernant la situation du malade sur une base au moins hebdomadaire. La durée de séjour des patients avait varié entre quatre jours et trois semaines. Les demandes de mainlevée émanant de l'hôpital avaient été confirmées par le juge en moins de 24 heures.

Par le passé, le CPT avait recommandé que la décision d'hospitalisation sous contrainte et le réexamen de cette mesure, soient conditionnés par le deuxième avis d'un médecin-psychiatre autre que le médecin traitant, et exerçant de préférence hors de l'hôpital. Dans leur réponse, les autorités andorranes ont estimé qu'il n'était pas possible de mettre en œuvre cette recommandation car tous les psychiatres étaient rattachés au SAAS. Lors de la visite de 2018, la délégation a été informée par la Présidente du Tribunal Battlia que le juge avait le plus souvent recours au médecin légiste⁴³.

Dans un contexte où la grande majorité des psychiatres en Andorre sont rattachées au SAAS, la délégation note avec intérêt la pratique décrite par la Présidente de la Battlia selon laquelle l'avis était pris auprès d'un médecin légiste.

Le CPT note avec intérêt cette évolution ; il souhaite savoir si l'ensemble des psychiatres rattachés au SAAS exerce au sein de l'hôpital de Nostra Senyora de Meritxell et dans quelle mesure le médecin légiste a reçu une formation en psychiatrie.

⁴² La durée de leur séjour variait entre quatre jours et trois semaines.

⁴³ La traduction (fournie par les autorités andorranes) de la Loi 15/2004 sur l'incapacité et les organes de soins stipule à l'article 12.3, qu' « Avant d'autoriser ou de ratifier l'internement, le juge doit personnellement examiner la personne affectée, demander une analyse par un médecin indépendant ».

ANNEXE :

Liste des autorités nationales et autres instances rencontrées par la délégation du CPT

Ministère des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur

Xavier ESPOT, Ministre des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur
Ester MOLNÉ, Secrétaire d'Etat à la Justice et à l'Intérieur
Ismael ALARCÓN, Directeur adjoint des Institutions pénitentiaires
Miquel Àngel GARCIA, Officier des Institutions pénitentiaires
Bruno LASNE, Directeur adjoint du Département de la Police
Ester FENOLL, Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales et à l'Emploi
Xavier CAÑADA, Directeur des Affaires sociales
Joan Carles VILLAVARDE, Chef de service pour l'Assistance et l'intervention sociale
Aurembiaix SEMIS, Cheffe de service pour le Soutien aux jeunes placés sous tutelle et précédemment sous tutelle
Iolanda SOLÀ, Cheffe de service du Centre d'accueil pour mineurs 'La Gavernera'

Ministère de la Santé

Carles ÀLVAREZ, Ministre de la Santé
Joan LEÓN, Secrétaire d'Etat à la Santé
Josep M. PIQUÉ, Directeur général du Service andorran d'assistance médicale (SAAS)
Carme CURCÓ, Sous-directrice du SAAS
Carme PALLARÈS, Cheffe de service pour les Ressources médicales

Ministère des Affaires étrangères

Maria UBACH, Ministre des Affaires étrangères
Gemma CANO, Directrice des Affaires multilatérales et de la Coopération
Florència ALEIX LARTIGUE, Agent pour les Affaires multilatérales et la Coopération (Agent de liaison pour le CPT)
Jordi CANUT, Agent pour les Affaires multilatérale et la Coopération

Autres instances

Alfons ALBERCA SANVICENS, Procureur Général
Carolina BAILEN-VILA, Procureur adjointe, Coordinatrice des affaires pénales
Alexandra CORNELLA SOLA, Coordinatrice des affaires civiles, Bureau du Procureur

Azahara CASCALES, Présidente de la Cour
Laura RODRIGUEZ GONZALEZ, Juge

Marc VILA AMIGO, Médiateur (*Raonador del Ciutadà*)

Sophie BELLOCQ ANNEY, Présidente du Barreau