

RAPPORT DE VISITE

FRANCE

octobre 2025



CPT

COMITÉ EUROPÉEN POUR
LA PRÉVENTION DE LA
TORTURE ET DES PEINES OU
TRAITEMENTS INHUMAINS
OU DÉGRADANTS

VISITE AD HOC

13 – 24 octobre 2025

CPT/Inf (2026) 41

RAPPORT DE VISITE

FRANCE

OCTOBRE 2025

Comité européen pour la prévention
de la torture et des peines ou traitements
inhumains ou dégradants

Visite ad hoc | 13 au 24 octobre 2025

Publié le 29 octobre 2026

PRÉAMBULE

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) est un organe de contrôle des droits humains du Conseil de l'Europe, chargé de renforcer la protection des personnes privées de liberté. Ce travail s'opère par le biais de visites de lieux de détention réalisées dans chacun des États parties à la Convention établissant le CPT ([STE n° 126](#)). Il y a actuellement 46 États parties.

Le CPT effectue des visites de contrôle depuis 1990, dans chaque État partie à intervalles réguliers dans le cadre de visites périodiques. Il peut également effectuer des visites de manière *ad hoc*, lorsqu'elles sont « exigée[s] par les circonstances », tel que prévu par l'article 7 de la Convention. En moyenne, le CPT effectue huit visites périodiques et dix visites *ad hoc* chaque année.

Le CPT est composé de membres indépendant·es et impartiaux élu·es sur la base de leur expertise reconnue. Un·e membre est élu·e au titre de chaque État partie à la Convention.

Le CPT est habilité à visiter tous les lieux où des personnes sont privées de leur liberté par une autorité publique. Lors de ses visites, le Comité recueille des informations en menant des entretiens confidentiels avec des personnes privées de liberté et des membres du personnel, en examinant les registres et dossiers, ainsi qu'en observant directement les conditions de vie et de prise en charge. Il rencontre également les autorités et les structures publiques compétentes, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes. Il analyse la législation et les politiques publiques et consulte les rapports d'inspections et d'autres rapports pertinents, ainsi que différentes sources médiatiques.

Après chaque visite, le CPT rédige un rapport exposant ses conclusions, évaluant la prise en charge, les conditions de vie et les garanties offertes, identifiant les lacunes et formulant des recommandations pour renforcer la protection des personnes privées de liberté. Les rapports du CPT identifient également des exemples de bonnes pratiques. Ils demeurent confidentiels jusqu'à ce que l'État concerné autorise leur publication. Le rapport et la réponse des autorités nationales servent de fondement au dialogue constructif entre le Comité et chaque État partie.

Pour plus d'informations sur les rapports, normes et activités du CPT : voir le [site web](#).

Note sur la terminologie

RECOMMANDE OU RÉITÈRE SA RECOMMANDATION : termes utilisés lorsque le CPT considère que l'État partie doit agir pour respecter une norme minimale du le Comité.

EXHORTE : terme utilisé pour indiquer une recommandation que le CPT a déjà faite sur le même sujet à l'État partie au moins à trois reprises auparavant.

APPELLE, ENCOURAGE, ESTIME OU INVITE (par ordre de priorité) : termes utilisés lorsque le Comité souhaite qu'un État partie agisse ou commente sur un sujet spécifique. L'objectif est d'engager l'État partie dans un échange sur une question importante ou émergente, lorsque la position du Comité est en cours de développement/d'évolution, ou lorsqu'il ne considère pas (encore) que la question nécessite une recommandation formelle.

DEMANDE D'INFORMATIONS : émises lorsque le Comité sollicite des détails sur les mesures déjà prises ou planifiées par l'État partie.

Les recommandations, commentaires et demandes d'information figurent en **gras** dans le rapport. Les autorités nationales sont invitées à fournir une réponse détaillée à chacun de ces points.

*Le rapport suivant a été rédigé par le CPT sous sa propre responsabilité.
Sauf indication contraire, il couvre la situation jusqu'au moment de la visite.*

Sommaire

PRINCIPALES OBSERVATIONS.....	5
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	6
I. Introduction.....	8
A. Visite, rapport et suites à donner	8
B. Consultations menées par la délégation et coopération rencontrée	8
C. Observations sur-le-champ au titre de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention	12
II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRÉCONISÉES	13
A. Situation dans les centres de rétention administrative et en zones d'attente	13
1. Remarques préliminaires	13
2. Mauvais traitements	17
3. Garanties contre les mauvais traitements	25
4. Conditions de détention.....	27
5. Personnel en charge des lieux de rétention	33
6. Soins de santé	35
7. Personnes en situation de vulnérabilité.....	50
8. Enfants.....	52
9. Autres questions	53
ANNEXE I – ÉTABLISSEMENTS VISITÉS	63
ANNEXE II – LISTE DES AUTORITÉS NATIONALES, AUTRES INSTANCES ET ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES RENCONTRÉES PAR LA DÉLÉGATION DU CPT	64

PRINCIPALES OBSERVATIONS

THÈMES PRIORITAIRES

Coopération

Prendre des mesures résolues afin d'assurer l'accès rapide et sans conditions aux informations médicales nécessaires au travail effectif du CPT

■ Centres de rétention administrative

MAUVAIS TRAITEMENTS – Prendre des mesures urgentes pour prévenir les actes de violence entre personnes retenues

CONDITIONS MATÉRIELLES – Garantir des conditions matérielles et d'hygiène dignes aux personnes retenues et développer l'offre d'activités motivantes dans les lieux de rétention

MESURES DE SECURITÉ – Garantir que le recours à l'isolement n'intervienne qu'en dernier ressort

■ Zones d'attente

ENFANTS – Privilégier des alternatives au maintien d'enfants non-accompagnés en zone d'attente

BONNES PRATIQUES

ENFANTS – La Loi n° 2024-42 du 26 janvier 2024 *pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration* interdit d'enfermer tout enfant (de moins de 18 ans) dans un centre ou local de rétention, même accompagné d'une personne majeure.

CONDITIONS MATÉRIELLES – La capacité opérationnelle des CRA est révisée selon les effectifs présents et la vétusté des locaux et ne dépasse jamais la capacité théorique.

LE CPT ET LA FRANCE

La France a ratifié l'ECPT en 1989 et la première visite du Comité a eu lieu en 1991.

Depuis la ratification, le CPT a effectué 18 visites en France – 8 visites périodiques et 10 visites ad hoc – dont 107 visites dans des établissements de police, 51 dans des prisons, 23 dans des établissements de santé, 2 dans des établissements sociaux et éducatifs-correctionnels et 43 dans des centres de détention pour migrants.

Tous les rapports de visite ont été publiés. La France n'a pas accepté la publication automatique des rapports de visite.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En octobre 2025, le CPT a visité six centres de rétention administrative (ci-après « CRA ») à Coquelles, Lyon, Mesnil-Amelot et Paris-Vincennes, ainsi que deux zones d'attente aéroportuaires à Lyon-Saint Exupéry et Roissy-Charles-de-Gaulle. Il s'agissait de la dix-huitième visite du Comité en France et de la dixième visite ad hoc.

Bien que le nombre de placements en CRA ait diminué depuis la visite du CPT en 2018, la durée moyenne de rétention administrative a triplé, atteignant près de 35 jours en moyenne et dépassant 40 jours dans plusieurs centres. Le Comité s'interroge sur la légitimité du maintien en rétention lorsque l'éloignement effectif n'est pas raisonnablement envisageable. La privation de liberté ne devrait être employée qu'en dernier recours, après examen individuel de la situation et considération d'alternatives moins intrusives, et seulement pour la durée strictement nécessaire et proportionnée à la réalisation de son objectif légitime.

Le Comité déplore l'absence d'amélioration, voire l'aggravation, des tensions et des mauvais traitements observés en rétention depuis 2018. Les conditions matérielles observées dans les CRA visités étaient souvent vétustes et très dégradées. Certains bâtiments récents ou ayant été récemment rénovés montraient des signes de vieillissement prématuré. L'aspect carcéral des CRA et l'austérité générale des lieux étaient évidents. Cette impression tenait notamment aux conditions rudimentaires et particulièrement oppressantes des lieux. Le CRA n°2 de Lyon, récemment construit, a été présenté au CPT comme un prototype pour la conception des futurs centres de rétention. La configuration de cette structure accentue la logique « carcérale » des CRA, à la fois par ses aspects sécuritaires renforcés et en limitant les contacts entre le personnel policier et les personnes retenues.

Plusieurs personnes retenues, en particulier aux CRA de Paris-Vincennes, ont allégué avoir été brutalisées par des agents de police intervenants dans les centres. De nombreuses personnes ont également rapporté des provocations, des insultes, y compris à caractère raciste, ainsi que des comportements manquant de professionnalisme, dans tous les CRA visités. Les personnes retenues ont indiqué être réticentes à déposer plainte par crainte de représailles ou par sentiment de résignation.

Le CPT reconnaît les contraintes humaines et matérielles auxquelles sont confrontés les agents chargés de la surveillance dans les CRA. De nombreux policiers estimaient ne pas disposer des moyens ou de la formation nécessaires pour faire face à l'évolution du profil des personnes retenues majoritairement en raison de la « menace pour l'ordre public » qu'elles représentent et souvent marquées par des problématiques d'addictions et de troubles psychiatriques. De plus, les lieux de rétention visités étaient inadaptés à la prise en charge de ces publics, tant au regard des conditions matérielles, que du dispositif de sécurité dynamique, du régime appliqué et de la prise en charge sanitaire. Ces difficultés ne sauraient en aucun cas justifier des mauvais traitements ou des comportements inappropriés de la part du personnel.

En 2025, l'ampleur des violences entre personnes retenues s'est vraisemblablement aggravée au cours de dernières années. Au niveau national, le nombre d'incidents de violence entre personnes retenues a presque doublé. De nombreuses personnes retenues ont fait état de violences souvent assorties de blessures (ecchymoses, traumatismes, dents cassées), ainsi que des rixes, des vols fréquents ou des extorsions, pouvant être alimentées par des « règlements de comptes » au sein des unités de vie. Certaines personnes ayant peur demandaient à être placées à l'isolement pour leur propre sécurité.

A nouveau, cette situation est principalement attribuée à la persistance, voire l'exacerbation, des facteurs déjà identifiés en 2018 comme sources de tensions : une cohabitation problématique, l'absence quasi-totale d'activités, une sécurité dynamique inefficace, la mauvaise qualité de la vidéosurveillance dans les zones de vie et des conditions matérielles généralement très dégradées. La visite de 2025 met en évidence un sentiment largement partagé selon lequel ces lieux constituent de « véritables poudrières », en l'absence d'une stratégie appropriée pour prévenir les violences entre personnes retenues.

Les problèmes majeurs de propreté, d'entretien et de vétusté constatés par le CPT appellent à des actions immédiates et une vigilance accrue. Ces défaillances contribuent à un risque épidémique élevé, aggravé par la promiscuité, et maintenir des personnes dans de telles conditions matérielles pourrait porter atteinte à leur dignité.

Le dépistage des maladies infectieuses n'était pas systématique. Cette situation est susceptible de favoriser la transmission de maladies infectieuses. Le CPT appelle les autorités françaises à revoir les protocoles d'examen de santé et de vulnérabilités à l'admission dans tous les CRA visités.

Concernant les personnes en détresse psychologique ou ayant des troubles psychiatriques, le CPT note qu'il n'existait pas de programme structuré de prévention des actes auto-agressifs et autres crises psychiques. Le Comité s'interroge également sur un nombre important de certificats médicaux émis par les unités médicales concluant à une incompatibilité avec la rétention et qui n'étaient pas suivis d'effets.

Le recours aux mises à l'écart pour des raisons de « sécurité » était extrêmement élevé, notamment aux CRA de Paris-Vincennes. Certaines personnes pouvaient être placées à l'isolement de manière répétée, parfois plus d'une vingtaine de fois. Alors qu'en 2018 ces mesures étaient de courte durée (généralement quelques heures), en 2025, elles pouvaient s'étendre sur des périodes allant jusqu'à plusieurs jours. Les motifs de placement à l'isolement, ainsi que l'évaluation de la nécessité et de la proportionnalité de ces mesures, restent ainsi peu clairs. Le CPT constate une confusion fréquente entre isolement « sanitaire » et « sécuritaire ».

Le CPT émet à nouveau de sérieuses réserves quant au maintien d'enfants non-accompagnés dans les zones d'attente. En principe, les enfants devraient toujours bénéficier d'une prise en charge spécifique et être hébergés dans des établissements dédiés et respectant leur intérêt supérieur.

Enfin, lors de la visite, l'accès aux lieux de privation de liberté et les entretiens confidentiels avec les personnes retenues et les agents de la police nationale se sont déroulés sans difficulté. Toutefois, la délégation s'est confrontée à des restrictions importantes concernant l'accès à des documents essentiels, à caractère judiciaire et médical, retardant ou entravant la pleine mise en œuvre de son mandat. Le Comité rappelle que l'accès direct, complet et en temps utile aux documents pertinents, en particulier concernant les dossiers médicaux individuels et le matériel de vidéosurveillance, est indispensable pour évaluer le respect et l'effectivité des droits des personnes retenues et la prévention des mauvais traitements, au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Assurer cet accès revient à renforcer la prévention, la crédibilité du système et la protection de la dignité en détention, au bénéfice de toutes les Parties à la Convention établissant le CPT.

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 ad hoc en France du 13 au 24 octobre 2025. Le Comité a considéré que cette visite était « exigée par les circonstances » selon l'article 7, paragraphe 1, de la Convention. Son objectif était d'examiner le traitement des personnes privées de liberté par les forces de l'ordre en vertu de la législation relative à l'entrée et au séjour des personnes étrangères ainsi que les conditions dans lesquelles elles étaient retenues.

2. A cette fin, la délégation a effectué une visite de suivi dans les centres de rétention administrative (« CRA ») de Coquelles, du Mesnil-Amelot n^{os} 2 et 3, et de Paris-Vincennes n^{os} 1 et 2 ainsi que dans la zone d'attente des passagers en instance (« ZAPI 3 ») de l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle, avec une attention particulière sur la situation des enfants non-accompagnés dans cette dernière. Elle s'est également rendue pour la première fois au CRA de Lyon n^o 2 (ci-après CRA de Lyon) et à la zone d'attente de l'aéroport de Lyon Saint-Exupéry. Il s'agissait de la dix-huitième visite du Comité en France et de la dixième visite ad hoc¹.

3. La visite a été effectuée par les membres suivants du CPT : Kristina Pardalos (cheffe de la délégation), Valérie Bernard, Vanessa Durich Moulet et Nico Hirsch. Ils étaient secondés par Kelly Sipp (conseillère) et Patrice Weber (chef de l'unité information et communication) du secrétariat du Comité, et assistés par une experte, Teresa Salamone, médecin (Suisse).

4. Le rapport relatif à cette visite a été adopté lors de la 119^e réunion du CPT, qui s'est tenue du 9 au 13 mars 2026, et remis aux autorités françaises le 9 avril 2026. Le Comité demande aux autorités françaises de lui fournir, dans un délai de trois mois, une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises afin de mettre en œuvre les recommandations formulées par le Comité ainsi que des réactions aux commentaires et demandes d'information qui figurent en gras dans le présent rapport.

B. Consultations menées par la délégation et coopération rencontrée

5. Au cours de la visite, la délégation a rencontré des hauts responsables du ministère de l'Intérieur et des Outre-mer, et du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, ainsi que des institutions indépendantes de contrôle des droits (Contrôleur général des lieux de privation de liberté et Défenseur des droits).

6. Le Comité prend note de l'attachement exprimé par les autorités françaises, lors des rencontres officielles et dans un courrier daté du 17 décembre 2025, à une coopération approfondie et de qualité avec le CPT, conformément à l'article 3 de la Convention établissant le Comité. Il soulève l'esprit de compréhension mutuelle qui caractérise les échanges avec les autorités françaises et réaffirme, pour sa part, son attachement à une coopération fondée sur le respect du mandat conventionnel du Comité et l'objectif commun de renforcement de la protection des personnes privées de liberté.

7. Le CPT tient également à souligner la bonne volonté et la disponibilité des interlocuteurs rencontrés, et en particulier Inès Saint-Joly, conseillère juridique, et Milène Blanchard, sous-directrice, à la sous-direction des droits de l'homme au ministère de l'Europe et des affaires étrangères, ainsi que Thierry Donard, agent de liaison du CPT, Premier vice-président adjoint au tribunal judiciaire de Paris, qui ont veillé au bon déroulement de la visite.

1. Voir la liste complète des visites et les rapports correspondants sur le site [Internet](#) du CPT.

8. Lors de la visite, l'accès aux lieux de privation de liberté et les entretiens confidentiels avec les personnes retenues et les agents de la police nationale se sont déroulés sans difficulté. Toutefois, la délégation s'est confrontée à des restrictions importantes concernant l'accès à des documents essentiels, à caractère judiciaire et médical, retardant ou entravant la pleine mise en œuvre de son mandat.

9. S'agissant de l'accès aux informations relevant du secret médical, en particulier les dossiers médicaux des patients, la délégation a rencontré des restrictions significatives pour accéder à ces informations.

Dans la plupart des CRA visités, il a été exigé que le consentement des patients « en mesure de l'exprimer » soit sollicité pour « désigner le médecin du CPT comme tiers autorisé à consulter » leurs dossiers médicaux². En pratique, une telle demande est matériellement et conventionnellement inopérante. D'une part, l'accès du Comité aux informations médicales pertinentes ne saurait exposer les personnes concernées à des risques de représailles. Dans ce contexte, il est indispensable que l'accès soit confidentiel et inconditionnel, afin que le médecin de la délégation ne soit pas contraint de révéler l'identité des personnes ayant partagé des allégations. D'autre part, les visites du CPT sont par principe inopinées et se déroulent sur une durée très limitée - en l'espèce deux jours sur place - ce qui rend la collecte du consentement individuel matériellement difficile, voire impossible. Les dossiers médicaux sont également consultés dans le but d'obtenir une évaluation globale sur différentes thématiques, telles que la proportion des blessures traumatiques pour diverses raisons, les pratiques en matière de traitements pharmacothérapeutiques, l'évaluation de la prise en charge sanitaire ou tout autre indication liée au mandat du CPT. La consultation de documents médicaux permet également d'identifier des personnes susceptibles d'avoir subi des mauvais traitements et avec qui la délégation serait susceptible de mener un entretien confidentiel. Ces consultations sont systématiquement réalisées par les médecins du CPT qui sont spécifiquement mandatés et formés à ces tâches.

Au vu de ces éléments, le CPT considère qu'il serait contraire à sa pratique comme à l'esprit de la Convention de demander un tel consentement des personnes privées de liberté lors de ses visites. La délégation a donc été contrainte lors de la visite en 2025 à faire usage d'une procédure dérogatoire proposée par les autorités³ qui consistait à mobiliser un médecin d'une Agence régionale de santé (ARS) compétente pour les Unités Médicales des centres de rétention administrative (UMCRA) afin d'obtenir des données filtrées, non-nominatives et d'ordre général. Cette procédure s'est montrée inefficace pour la délégation qui n'a pas été en mesure d'obtenir des informations suffisamment précises pour apprécier la crédibilité des allégations de mauvais traitements qu'elles auraient reçues ou évaluer si la prise en charge sanitaire était conforme aux normes du CPT. A titre d'exemple, les analyses des médecins des ARS compétentes pour les CRA de Coquelles et de Paris-Vincennes ont fait plusieurs mentions non-nominatives de coups et blessures constatés sur des personnes retenues. Sans le nom des personnes concernées, la délégation n'a pas été en mesure de faire le lien entre les blessures qui auraient pu être consignées dans les dossiers individuels et les éventuelles allégations de mauvais traitements recueillies dans les entretiens. Par ailleurs, les brèves informations concernant le contenu d'un dossier médical ne permettent en aucun cas au CPT de faire des recommandations, à la lumière des standards qu'il applique depuis sa création, sur une éventuelle amélioration de la consignation des coups et blessures ou, de façon plus générale, de la prise en charge sanitaire⁴.

2. Sur la base de l'article [L. 1111-7](#) du Code de la santé publique.

3. Voir notamment la réponse des autorités au rapport de la visite du CPT en France du 4 au 18 décembre 2019, [CPT/Inf \(2021\) 15](#), paragraphes 25 à 33.

4. Par exemple, l'analyse datée du 28 octobre 2025 du médecin de l'ARS affecté au CRA de Coquelles indique que « sur les 77 dossiers médicaux consultés, les antécédents médico-chirurgicaux de la personne étaient renseignés dans 46 dossiers et la prise des constantes (pression artérielle, pouls, température, saturation en O2, etc.) était mentionnée dans 43 dossiers ». Pour les CRA de Paris-Vincennes, le CPT n'a pas reçu de rapport du médecin de l'ARS compétente, mais uniquement une brève restitution après quelques heures sur place, sans précisions sur la qualité ou le contenu des dossiers individuels.

Les procédures évoquées ci-dessus (recueil du consentement individuel, mobilisation ponctuelle d'un médecin de l'ARS) présentent des limites structurelles importantes tant dans la temporalité que dans une mise en œuvre disparate ne permettant pas au Comité d'accomplir pleinement son mandat. Se pose également la question de certaines situations critiques, comme celles concernant les personnes incapables de consentir, car déjà éloignées, transférées ou décédées. Sans le nom des personnes concernées ni un accès direct et rapide à la documentation médicale, l'évaluation du CPT devient inopérante.

10. S'agissant des informations relatives aux procédures disciplinaires et judiciaires, la coopération n'a pas été pleinement satisfaisante. Au CRA de Lyon, la délégation s'est heurtée à un refus de la direction de l'établissement de visionner les enregistrements vidéo liés à deux incidents ayant eu lieu peu avant la visite⁵. Il a été indiqué qu'en raison des blessures en service ayant résulté de ces incidents, des plaintes avaient été déposées contre des personnes retenues. En conséquence, la délégation a été empêchée de visionner les enregistrements vidéo car soumis au secret de l'instruction. A la suite de ce refus, la délégation a tenté d'obtenir des précisions sur le suivi du dossier et l'autorisation d'accéder à ces vidéos. Malgré ses demandes, elle n'a pas eu les réponses nécessaires de la part du ministère public lui permettant de reconstituer de manière complète les faits survenus dans le CRA ni d'analyser la qualité de la gestion de ces incidents.

Dans leur communication, les autorités indiquent que selon la réglementation⁶, l'autorité judiciaire peut refuser la transmission de certaines pièces « si la délivrance de la copie est susceptible de porter atteinte à l'efficacité de l'enquête ou à la présomption d'innocence ». Selon les autorités, « ces dispositions laissent ainsi le soin aux procureurs de la République et procureurs généraux d'assurer une conciliation entre l'intérêt du tiers demandeur et la prévention des atteintes aux biens et aux personnes d'une part, la protection de la vie privée, du secret des investigations et de la présomption d'innocence d'autre part. Le cadre juridique français permet donc de concilier de manière équilibrée les impératifs liés à l'accomplissement de la mission du CPT avec les exigences du secret de l'enquête et du respect de la vie privée, ainsi que le prévoit l'article 8-2-d de la Convention. »

Il convient ici de rappeler que le CPT ne dispose pas de pouvoirs judiciaires et n'intervient pas dans les procédures pénales. Il veille dans le cadre de ses visites à ne pas entraver le déroulement des enquêtes.

11. S'agissant de la mise en œuvre de l'article 8, paragraphe 2, de la Convention⁷, le Comité tient à rappeler qu'il veille à ce que les demandes d'informations adressées aux autorités soient strictement limitées à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de sa tâche. Ces demandes visent à prévenir les analyses partielles, en croisant les sources, afin de ne pas reposer sur la seule version institutionnelle ou, à l'inverse, uniquement sur celle de la personne privée de liberté. L'accès aux informations lui permet d'objectiver les faits en cas d'allégations et de renforcer la légitimité des pratiques conformes à ses normes. L'accès direct, complet et en temps utile aux documents pertinents, en particulier concernant les dossiers médicaux individuels et le matériel de vidéosurveillance, est indispensable pour évaluer le respect et l'effectivité des droits des personnes retenues et la prévention des mauvais traitements, au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

12. Le CPT prend note de l'organisation de consultations interministérielles visant à élaborer un protocole opérationnel à l'attention des administrations et des services concernés pour faciliter un accès aux documents à caractère médical ou judiciaire. Le 23 février 2026, une délégation du CPT s'est entretenue avec les représentants des services ministériels concernés, à savoir ceux des ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur, ainsi que de l'Europe et des Affaires étrangères.

5. Voir aussi le paragraphe 36.

6. Voir l'[Article R. 170](#) du Code de procédure pénale.

7. Tel que décrit au paragraphe 64 du Rapport explicatif de la [Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants](#).

Le CPT est sensible à la forte implication des quatre ministères concernés dans un travail important de réflexion et de coordination, à la mobilisation de leurs services ainsi qu'aux mesures déjà prises ou en cours de préparation. Les mesures exposées visent essentiellement à améliorer l'information et la coordination des services concernés sur le rôle et le mandat du CPT ainsi que la procédure applicable pour répondre aux demandes des délégations lors des visites tout en tenant compte des contraintes normatives et opérationnelles qui s'imposent aux services.

13. Le Comité reconnaît l'existence de règles de droit et de déontologie, en particulier les dispositions relatives à la protection des données et les règles du secret médical, en vigueur au niveau national. Cependant, il ne les érige ni en limites automatiques ni en barrières absolues à l'accès aux informations nécessaires. Une interprétation trop restrictive des exceptions prévues par le droit interne risque de vider le mécanisme du CPT de sa substance. Ces règles doivent être interprétées à la lumière de l'objectif supérieur de prévention des mauvais traitements, tel que défini par la Convention européenne des droits de l'homme.

En pratique, le secret médical a pour finalité de protéger la personne concernée, non d'empêcher un contrôle indépendant destiné à prévenir les abus. Le secret de l'enquête vise à garantir l'efficacité des investigations et la présomption d'innocence, non à soustraire les pratiques institutionnelles à tout regard externe.

Le CPT rappelle également que l'article 11 de la Convention garantit la stricte confidentialité de ses travaux. Le Comité ne saurait divulguer les informations auxquelles il a accès. Il accorde une vigilance renforcée au traitement des informations sensibles, notamment les informations médicales, qui lui sont communiquées, afin de garantir la protection de l'anonymat et de la vie privée des personnes concernées, ainsi que de prévenir toute entrave aux procédures d'enquête ou d'instruction en cours en respectant le secret de l'enquête.

Le CPT est contraint de constater que les procédures proposées par les autorités françaises à l'issue du travail de coordination interministérielle, bien qu'animées d'une volonté de coopération, ne garantissent pas un accès effectif et systématique aux documents nécessaires à l'exercice de sa mission. Il demeure particulièrement préoccupé en ce qui concerne l'accès aux dossiers médicaux, le protocole dérogatoire décrit ci-dessus (voir paragraphe 9) restant inchangé.

14. Cette limitation d'accès à l'information affaiblit non seulement la rigueur du travail du CPT mais aussi la crédibilité globale du dispositif de prévention, y compris aux yeux des juridictions et des mécanismes internationaux. Il importe pour l'indépendance et l'impartialité du Comité d'appliquer les mêmes procédures et approches de manière harmonieuse dans l'ensemble des États Parties à la Convention. Il convient d'ailleurs de noter que des obstacles similaires dans d'autres pays ont trouvé des solutions garantissant les conditions nécessaires au travail effectif du Comité⁸.

L'accès effectif et rapide aux documents médicaux et judiciaires nécessaires constitue une traduction concrète de l'engagement volontaire des États à prévenir la torture et les mauvais traitements, dans un esprit de coopération, de confiance et de responsabilité partagées. Assurer cet accès revient à renforcer la prévention, la crédibilité du système et la protection de la dignité en détention, au bénéfice de toutes les Parties.

Le CPT en appelle aux autorités françaises pour qu'elles prennent des mesures résolues afin d'assurer l'accès rapide et sans conditions aux informations médicales et pénales nécessaires au travail effectif du Comité lors de ses prochaines visites. En l'absence de progrès, il pourrait être contraint d'envisager l'ouverture d'une procédure pouvant mener à une déclaration publique en vertu de l'article 10, paragraphe 2, de la Convention.

8. Voir notamment le rapport de la visite aux Pays-Bas (mai 2022), [CPT/Inf \(2023\) 12](#), paragraphes 8 à 10 et la réponse des autorités, [CPT/Inf \(2023\) 13](#); le rapport de la visite en Autriche (novembre-décembre 2021), [CPT/Inf \(2023\) 03](#), paragraphe 7, et la réponse des autorités, [CPT/Inf \(2023\) 04](#); ainsi que le rapport de la visite en Allemagne (décembre 2020), [CPT/Inf \(2022\) 18](#), paragraphes 7 à 10, et la réponse des autorités, [CPT/Inf \(2022\) 19](#).

15. De plus, le CPT doit rappeler que le principe de coopération entre les Parties à la Convention et le Comité ne se limite pas aux mesures prises pour faciliter la tâche d'une délégation en visite. Il exige également que des mesures décisives soient prises pour améliorer la situation, notamment par la mise en œuvre des recommandations du CPT.

À cet égard, le CPT reste préoccupé par la situation dans les CRA visités marquée par la pression sécuritaire, une augmentation des tensions et une complexité des profils des personnes retenues. Malgré les recommandations précédentes, les constats de la visite effectuée en 2025 convergent vers l'existence d'un modèle de rétention administrative caractérisé par une carcéralisation des bâtiments, des conditions matérielles très dégradées, des carences dans la prise en charge sanitaire, une pauvreté du régime de vie associés à une sécurité dynamique insuffisante. Le CPT espère que les autorités françaises prendront les mesures nécessaires pour mettre pleinement en œuvre les recommandations formulées dans ce rapport afin de remédier à ces carences.

C. Observations sur-le-champ au titre de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention

16. Au cours des entretiens de fin de visite, le 24 octobre 2025, la délégation a formulé quatre observations sur-le-champ au titre de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention et demandé aux autorités françaises de :

- de procéder à la fermeture progressive de la zone bleue du CRA de Coquelles, en vue d'une rénovation, y compris des sanitaires, suivies d'une rénovation progressive des autres zones de vie (rouge et verte) dans ce centre ;
- d'assurer la réparation et le bon fonctionnement des installations sanitaires au quotidien, y compris l'alimentation en eau chaude, aux CRA de Paris-Vincennes ;
- d'effectuer une analyse complète de la qualité microbiologique de l'eau incluant la recherche d'indicateurs de contamination fécale, l'évaluation de la charge bactérienne totale et la vérification de la présence éventuelle de pathogènes, afin d'en attester la conformité aux normes de potabilité et de garantir la sécurité des points d'approvisionnement en eau potable au sein des CRA du Mesnil-Amelot ;
- d'effectuer sans délai une enquête sanitaire visant à clarifier les affections cutanées observées sur les personnes retenues, notamment leur éventuelle origine (gale ou punaises de lit), et à mettre en œuvre des mesures rapides de prise en charge des personnes concernées ainsi que des actions urgentes de désinfestation et de désinfection des locaux du CRA de Coquelles.

La délégation a demandé aux autorités de spécifier, dans un délai d'un mois, les mesures prises pour mettre en œuvre ces observations. La réponse des autorités reçue le 17 décembre 2025 est traitée dans les parties respectives (voir les paragraphes 74, 75, 76 et 137).

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRÉCONISÉES

A. Situation dans les centres de rétention administrative et en zones d'attente

1. Remarques préliminaires

a. cadre normatif et situation générale

17. La privation de liberté des personnes étrangères en vertu de la législation sur l'immigration est régie par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (ci-après [CESEDA](#)). Elle peut résulter soit d'un placement en rétention administrative, soit d'une décision de maintien en zone d'attente. La gestion des lieux et la prise en charge des placements est assurée par les forces de l'ordre, soit la police ou la gendarmerie nationales⁹.

18. La rétention administrative permet de priver de liberté une personne étrangère qui fait l'objet d'une décision d'éloignement, administrative¹⁰ ou judiciaire¹¹, dans l'attente de son éloignement¹². Le placement en rétention est une décision administrative soumise à contrôle juridictionnel après 96 heures¹³. Un juge des libertés et de la détention peut prolonger le placement en rétention une première fois de 26 jours, puis une seconde fois de 30 jours dans des cas précis¹⁴. La prolongation de la rétention peut être renouvelée une fois, dans les mêmes conditions¹⁵. La durée maximale de la rétention n'excède alors pas 90 jours, sauf dans certains cas (actes ou comportements en lien avec le terrorisme) où la durée peut être portée à 210 jours.

19. En 2024, la durée moyenne de rétention au niveau national s'est élevée à 34,5 jours, soit trois fois plus qu'en 2018, et dépassait 40 jours dans plusieurs centres. Malgré cet allongement, le taux d'éloignement effectif est demeuré stable, autour de 40 % en France métropolitaine (71 % sur les territoires d'Outre-mer)¹⁶. Concernant les CRA visités, le taux d'éloignement pour l'année 2025 est d'environ 87 % aux CRA de Paris-Vincennes, 48 % au CRA de Coquelles, 43 % au CRA n° 2 du Mesnil-Amelot et 27 % au CRA n° 3 de ce dernier. Le taux était d'environ 53 % au CRA de Lyon, en 2024 selon un rapport de la société civile¹⁷. Selon ce même rapport, 78 % des éloignements au niveau national ont lieu dans les 45 premiers jours de rétention et moins de 13 % durant les prolongations au-delà des 60 jours.

20. Par ailleurs, comme lors des précédentes visites, un nombre significatif de personnes retenues demeurait en attente de laissez-passer consulaires. Un rapport de la Cour des comptes de 2024 souligne qu'entre 2018 et 2022, 58 % des libérations de CRA avant éloignement avaient résulté de décisions des juridictions judiciaires, souvent en raison d'une impasse dans la délivrance de laissez-passer consulaires¹⁸. Les autorités ont reconnu avoir rencontré des difficultés concernant l'obtention de laissez-passer, notamment pour les personnes retenues d'origine algérienne. La délégation a également constaté que de nombreuses personnes faisaient l'objet de placements successifs en rétention¹⁹.

9. Lors de la visite de 2025, la délégation n'a pas visité de lieux gérés par la gendarmerie nationale.

10. Par exemple, une obligation de quitter le territoire français (OQTF) ou un arrêté d'expulsion.

11. Par exemple, une interdiction temporaire ou définitive du territoire français (ITF).

12. Il convient de souligner que toutes les personnes sous le coup d'une mesure d'éloignement ne font pas l'objet d'une décision de rétention.

13. Ce délai est passé de 48 à 96 heures à la suite de la loi n°2025-796 du 11 août 2025.

14. Voir l'[Article L742-4 du CESEDA](#).

15. Il convient de relever que la loi n° 2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration introduit notamment la notion de « menace à l'ordre public » comme critère autonome pour justifier et prolonger la rétention au-delà de 60 jours. Voir aussi la [circulaire du ministère de l'intérieur](#), 28 octobre 2024.

16. [Informations de la Direction de l'information légale et administrative](#), accès le 20 octobre 2025.

17. Voir Rapport inter-associatif sur les centres et locaux de rétention administrative de 2024 (ci-après « Rapport inter-associatif sur la rétention administrative 2024 »).

18. [Cour des comptes](#), La politique de lutte contre l'immigration irrégulière, janvier 2024.

19. La loi du 26 janvier 2024 a notamment instauré la possibilité pour les préfetures de placer en rétention sur le fondement d'une OQTF prises jusqu'à trois ans auparavant (contre un an précédemment), pouvant expliquer la multiplication des placements sur une même décision d'éloignement.

21. Le CPT s'interroge sur l'opportunité d'un recours à la rétention en cas d'absence de perspective raisonnable d'éloignement, alors même que la loi la conditionne explicitement à un « temps strictement nécessaire [au] départ »²⁰. Cette question se pose d'autant plus au regard des conditions de vie préoccupantes dans les centres de rétention, décrites aux paragraphes 69 et suivants. En outre, selon le rapport de la Cour des comptes de 2024, le coût moyen journalier de la rétention s'élève à environ 600 euros par personne.

Le CPT est d'avis que la rétention administrative ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, après un examen attentif et individualisé de chaque cas et la prise en compte d'alternatives moins intrusives, et ne devrait être imposée que pour la durée strictement nécessaire et proportionnée à la réalisation de son objectif légitime.

Le Comité recommande de prendre les mesures nécessaires pour mettre fin aux placements sans perspective raisonnable d'éloignement, ainsi qu'aux situations de placements successifs.

22. Le CPT note l'évolution du profil des personnes retenues dans les CRA depuis sa précédente visite en 2018. La rétention vise en priorité « la menace pour l'ordre public » que ces personnes représentent (par exemple, les auteurs de « troubles à l'ordre public », ci-après « TOP »), comme critère d'évaluation du « risque de soustraction à l'exécution de la décision d'éloignement »²¹.

A la fin de l'année 2025, plus de 90 % des personnes retenues relevaient de ces profils TOP, sans que cette notion de « trouble » ou de « menace à l'ordre public » n'apparaisse clairement définie²². Le [décret du 26 décembre 2025](#) précise seulement que l'évaluation doit être individuelle et doit permettre de « caractériser une menace réelle, actuelle et suffisamment grave à l'ordre public ».

Dans la pratique, les personnes sortant d'établissements pénitentiaires étaient régulièrement attribuées un profil « TOP ». La proportion de ces personnes a plus que doublé depuis la dernière visite du CPT, passant de 12,9 % en 2018 à 26,8 % en 2024²³. En 2025, dans les CRA visités, il y avait environ 12 % de personnes sortant de prison au CRA de Coquelles, 10 % aux CRA de Paris-Vincennes, 30 % au CRA de Lyon, 18 % au CRA n° 2 et 30 % au CRA n° 3 du Mesnil Amelot.

23. Par ailleurs, selon la [loi n°2025-796](#) du 11 août 2025, l'autorité administrative peut placer un demandeur d'asile en rétention, alors même que la personne ne fait pas l'objet d'une mesure d'éloignement, pour une durée de 48 heures (susceptible d'être prolongée de 28 jours)²⁴, si son « comportement constitue une menace à l'ordre public »²⁵, et si sur la base d'une appréciation au cas par cas, l'assignation à résidence « s'avère insuffisante ».

24. Le CPT est préoccupé par l'évolution du profil des personnes retenues qui semble faire primer la menace pour l'ordre public sur la perspective d'éloignement²⁶.

20. Article L741-3 du CESEDA.

21. Article L741-1 du CESEDA. Voir aussi l'instruction ministérielle du 3 août 2022.

22. Une communication interne de la Direction générale des étrangers en France (DGEF) du 10 août 2022 inclus dans les profils « TOP » les personnes poursuivis ou ayant fait l'objet de poursuites (dont condamnations) notamment pour les infractions suivantes : violences sur personne dépositaire de l'autorité publique, atteinte aux personnes, violence intrafamiliale, proxénétisme, infraction sexuelle ou en lien avec les stupéfiants, atteinte aux biens, etc.

23. Selon les chiffres du Rapport inter-associatif sur la rétention administrative 2024.

24. La personne retenue bénéficie dans ce cas d'une procédure accélérée auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). A défaut d'en bénéficier, elle est libérée.

25. Voir aussi le [décret d'application du 26 décembre 2025](#).

26. Voir aussi les Observations finales concernant le huitième rapport périodique de la France, Comité contre la torture, 22 mai 2025, [CAT/C/FRA/CO/8](#), paragraphes 24 et 25.

Selon les autorités, l'évolution du profil des personnes retenues, souvent marquées par des problématiques d'addictions et de troubles psychiatriques, aurait conduit à une augmentation globale des incidents dans les CRA. Le CPT constate, à travers les différents points développés dans ce rapport, l'inadaptation des lieux de rétention à la prise en charge de ces publics, tant au regard des conditions matérielles, que du dispositif de sécurité dynamique, du régime appliqué et de la prise en charge sanitaire, autant de facteurs pouvant aussi contribuer à la hausse des tensions.

25. Le CPT recommande aux autorités françaises de clarifier la définition « de menace » et « de troubles » à l'ordre public comme critère de placement en rétention administrative et de s'assurer que toute évaluation du risque repose sur une analyse individualisée et fondée sur des critères définis et objectifs.

Concernant les nouvelles dispositions applicables aux demandeurs d'asile, le CPT souhaite recevoir des données statistiques détaillées sur le nombre de décisions administratives de placement en rétention concernant ces personnes, ventilées par motifs, ainsi que sur la durée des placements (période initiale de 48 heures et prolongations). Le CPT s'interroge sur l'opportunité d'un recours à la rétention en cas d'absence de perspective raisonnable d'éloignement, alors même que la loi la conditionne explicitement à un « temps strictement nécessaire [au] départ »²⁷. Cette question se pose d'autant plus au regard des conditions de vie préoccupantes dans les centres de rétention, décrites aux paragraphes 69 et suivants. En outre, selon le rapport de la Cour des comptes de 2024, le coût moyen journalier de la rétention s'élève à environ 600 euros par personne.

26. Au moment de la visite, la France comptait 27 CRA (1 959 places), dont 23 centres (1 812 places) en métropole. En 2024, le taux d'occupation des CRA avait atteint 92,3 %. La population retenue était composée à 95,8 % d'hommes et 3,8 % de femmes, avec la présence de six enfants accompagnés en 2024²⁸. Selon les données officielles, 30 115 placements en CRA avaient été comptabilisés en 2024 (16 222 en métropole et 18 893 en Outre-mer), ce qui représente une baisse depuis la dernière visite du CPT en 2018²⁹. Plus de 3 000 demandes de placement en CRA avaient dû être rejetées par manque de places en 2024.

Le CPT note de manière positive qu'il n'y avait pas de surpopulation dans les CRA. Leur capacité opérationnelle était révisée selon les effectifs présents ou parfois la vétusté des locaux et ne dépassait jamais la capacité théorique.

27. Le ministère de l'Intérieur a engagé un plan de construction de nouvelles places en CRA pour atteindre 3 000 lits³⁰. La création de 10 nouveaux CRA et de deux extensions de CRA pour une capacité totale de 1 124 places supplémentaires était prévue entre 2026 et 2029.

28. Par ailleurs, la police aux frontières (PAF) disposait également de 29 locaux de rétention administrative (LRA) permanents en métropole pour une capacité totale de 145 places et 14 LRA temporaires (32 places au total) au moment de la visite. En août 2025, en métropole, 1 408 placements avaient été réalisés en LRA permanent et 52 en LRA temporaire. L'extension du parc de LRA était également prévue avec notamment l'ouverture de 20 places supplémentaires dans quatre nouveaux LRA avant 2027.

29. Une mesure de maintien en zone d'attente (ZA) peut être prononcée à l'encontre des personnes étrangères qui ne remplissent pas les conditions d'admission sur le territoire français et ont fait l'objet d'un refus d'entrée. La durée maximum de maintien en ZA est en principe de 20 jours : la mesure initiale - d'une durée maximale de quatre jours - de la PAF, peut être prolongée à deux reprises par le juge des libertés et de la détention pour huit jours maximum à chaque fois.

27. Article L741-3 du CESEDA.

28. Selon les chiffres communiqués par le Rapport inter-associatif sur la rétention administrative 2024. Sur la question des personnes mineures, voir le chapitre 7 de ce rapport.

29. En 2018, le nombre d'entrées en CRA avait été d'environ 35 300, dont 20 500 en métropole.

30. Loi n° 2023-22 du 24 janvier 2023 d'orientation et de programmation du ministère de l'intérieur (LOPMI).

Les zones d'attente sont généralement situées à proximité immédiate du point de passage d'une frontière entre la France et un autre pays (aéroports, ports, gares ferroviaires ouvertes au trafic international)³¹.

30. Au moment de la visite, la France comptait 25 zones d'attente (dont 10 en Outre-mer), placées sous l'autorité de la PAF, pour une capacité totale d'environ 300 places. Des places supplémentaires pouvaient également être utilisées dans des structures hôtelières selon les besoins. En 2024, 8 722 personnes avaient été placées en zone d'attente en métropole et 317 en Outre-mer. Pour le premier semestre de 2025, 4 929 personnes en métropole et 100 en Outre-mer y avaient été placées.

31. Le CPT prend note des évolutions normatives européennes et s'intéresse en particulier, aux répercussions du Pacte européen sur la migration et l'asile (le Pacte), adopté le 14 mai 2024 et applicable à partir de juin 2026, sur la privation de liberté des personnes étrangères en France. Il prend note du Plan national de mise en œuvre du Pacte du 24 juin 2024, qui vise à prioriser le filtrage aux frontières extérieures de l'Union européenne et les procédures d'asile et de retour. Selon une annexe au projet de loi de finances 2026, il est prévu par exemple de créer une « zone adaptée » de 150 places à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle afin de permettre l'examen des demandes d'asile à la frontière à compter de juin 2026.

Le Comité souhaite recevoir des autorités françaises des informations concernant les mesures et adaptations qu'elles entendent mettre en œuvre pour garantir de manière effective le respect des droits et de la dignité des personnes maintenues, dans le cadre du régime d'accueil à la frontière pendant la durée des procédures aux frontières qui découleront des récents engagements européens.

b. caractéristiques des centres de rétention et des zones d'attente visités

32. La délégation a visité six centres de rétention administrative : le CRA de Coquelles, le CRA de Lyon n° 2, les CRA n°s 2 et 3 du Mesnil-Amelot et les CRA n°s 1 et 2 de Paris-Vincennes, qui n'hébergeaient que des hommes, pour la plupart entre 21 et 30 ans.

Le CRA de Coquelles, ouvert en 2003, avait une capacité théorique de 104 places. La capacité opérationnelle avait été réduite à 90 places pour des raisons de vétusté et du manque de personnel et 88 hommes y étaient hébergés au moment de la visite. En 2024, le nombre d'admissions avait nettement diminué par rapport à 2018 : 1 163 contre 2 790. Au mois d'octobre 2025, le nombre d'admissions au CRA de Coquelles pour l'année était de 828. Cependant, la durée moyenne de rétention était passée de 9,8 jours en 2018 à 28 jours en 2024 et 32 jours en 2025 (avec un taux d'éloignement de 39 % en 2024 et 48 % en 2025). Le taux d'occupation moyen était d'environ 95 % en 2024-2025.

Le CRA de Lyon n° 2, ouvert en 2022, disposait d'une capacité théorique et réelle de 140 places. Il hébergeait 135 hommes au moment de la visite. Le nombre d'admissions avait été de 1 105 en 2024³² et de 748 entre janvier et octobre 2025, pour une durée moyenne de rétention de 36,5 jours en 2024 et de plus de 51 jours en 2025.

Le CRA du Mesnil-Amelot n° 2, ouvert en 2011 et situé à proximité de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle, hébergeait 98 hommes, pour une capacité réelle de 105 places³³. Le centre n'était plus habilité à accueillir des femmes et des familles. En 2024, 1 080 personnes y avaient été admises (contre 1 638 en 2018), pour une durée moyenne de rétention de 29 jours (contre 17,2 jours en 2018) et un taux d'éloignement de 46 %. Le nombre d'admissions entre janvier et octobre 2025 était de 927 (pour une durée moyenne de rétention de 28 jours et un taux d'éloignement de 43 %). Le taux d'occupation moyen était d'environ 88 % en 2023-2025.

31. Voir aussi la description plus complète de la mesure de maintien en zone d'attente dans le rapport du CPT sur sa visite en France du 23 au 30 novembre 2018, CPT/Inf (2020) 11, paragraphes 12 et 14.

32. Selon le rapport inter-associatif sur la rétention administrative 2024.

33. La capacité théorique des deux CRA du Mesnil-Amelot est de 120 places chacun, mais avait été sous-dimensionnée en raison du manque d'effectifs policiers.

Le CRA du Mesnil-Amelot n°3, attenant au CRA du Mesnil-Amelot n°2, de configuration similaire et ouvert également depuis 2011, hébergeait 98 hommes, pour une capacité réelle de 105. En 2024, le nombre d'admissions avait été de 866 (contre 1 022 en 2018), pour une durée moyenne de rétention de 40 jours (contre 20,5 jours en 2018) et un taux d'éloignement de 32 %. En octobre 2025, le nombre d'admissions pour l'année était de 671 (pour une durée moyenne de rétention de 41 jours et un taux d'éloignement de 27 %). Le taux d'occupation moyen était d'environ 95 % en 2023-2025.

Les CRA n°s 1 et 2 (A et B) de Paris-Vincennes, installés depuis 1995 dans un ancien fort du 19^{ème} siècle, hébergeaient 169 hommes, pour une capacité réelle de 59 et 116 places, respectivement³⁴. En 2024, 2 051 personnes retenues ont transité par ces CRA (contre 1 173 en 2018), pour une durée moyenne de 37 jours (18,8 jours en 2018). Le taux moyen d'occupation des deux CRA était de 94 % comme en 2023. Les CRA ont la particularité de ne pas être gérés par la PAF mais par la sous-direction de la Préfecture de Police de Paris chargée de la lutte contre l'immigration irrégulière.

33. La délégation a aussi visité les zones d'attente des aéroports de Lyon Saint-Exupéry et de Roissy-Charles-de-Gaulle (plus précisément, la ZAPI 3). Ces lieux disposaient d'un hébergement sur site. La zone d'attente de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle a fait l'objet de visites du CPT en 2002, 2006 et 2018 et la visite effectuée en 2025 s'est focalisée sur la détention des enfants non-accompagnés.

Le lieu d'hébergement de la *zone d'attente de l'aéroport de Lyon Saint-Exupéry* disposait d'une capacité officielle de 12 places (six chambres). Au moment de la visite, quatre personnes y étaient maintenues (dont un enfant accompagné). Le nombre de personnes retenues dans la zone d'attente était en légère hausse, passant de 251 en 2023 à 300 en 2024. 131 personnes avaient été placées dans cette zone d'attente sur le premier semestre de 2025. La durée moyenne de séjour était de 76 heures, tant en 2024 qu'en 2025.

Le lieu d'hébergement de la *zone d'attente de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle* ou ZAPI 3, ouverte en 2001, consistait en un bâtiment situé sur le site de l'aéroport d'une capacité officielle de 149 places (67 chambres), avec un espace dédié aux familles (quatre à huit places au 1^{er} étage avec les autres adultes) et un espace dédié aux enfants non-accompagnés (six places au rez-de-chaussée, dans une zone isolée des adultes et des familles). Au moment de la visite, 99 personnes y étaient maintenues dont deux enfants non-accompagnés. La ZAPI 3 accueillait environ 7 000 personnes par an ; 86 enfants non-accompagnés (dont 12 enfants de moins de 13 ans) y avaient été admis en 2025. En 2025, la durée moyenne de maintien était de 4,5 jours - sept jours pour les enfants non-accompagnés - contre 4,2 jours en 2017.

2. Mauvais traitements

a. mauvais traitements par le personnel

34. La majorité des personnes avec lesquelles la délégation s'est entretenue a estimé être traitée correctement par les agents de police chargés de leur surveillance pendant leur rétention ou leur maintien en zone d'attente.

Néanmoins, plusieurs personnes retenues, en particulier aux CRA de Paris-Vincennes, ont allégué avoir été brutalisées par des agents de police, notamment lors d'interventions et du recours à la force au sein des CRA visités. Certaines allégations évoquaient des gestes commis sur des personnes déjà maîtrisées, y compris un placage de la tête contre un mur, des prises par les cheveux, des gifles, des coups de poing et de genou dans le ventre, des pressions au niveau des oreilles, des clés de bras excessives, survenant fréquemment lors de placements à l'isolement ou dans des zones non-couvertes par la vidéosurveillance.

35. À la suite de la consultation des documents et vidéos disponibles ainsi que des entretiens menés aux CRA de Paris-Vincennes, le CPT a constaté que des gestes des policiers ne relevaient pas de pratiques professionnelles appropriées :

34. Soixante places au CRA n° 1 de Paris-Vincennes étaient en cours de rénovation jusqu'en 2027.

- Le 1^{er} octobre 2025, une personne assise au réfectoire, à la suite d'un échange de mots, a été soudainement saisie par derrière au niveau de la gorge par un policier, puis tirée vers une pièce voisine en vue de son placement à l'isolement. D'autres policiers sont intervenus pour les séparer et apaiser la situation. Lors d'un entretien avec le commandant, il a été indiqué que ce geste avait donné lieu à un rappel à l'ordre, sans que soit déclenchée une procédure disciplinaire.
- Le 6 octobre 2025, un policier aurait poussé une personne retenue sur une chaise. L'homme aurait ensuite été saisi par le col de son vêtement et tiré par les cheveux. Il aurait résisté au menottage et, au moment où cinq policiers tentaient de le maîtriser, il aurait reçu un coup de poing au visage, sous l'œil gauche, assorti d'insultes. Sur les images visionnées, la personne retenue était portée par quatre policiers le tenant par les bras et les jambes, le visage dirigé vers le sol, les mains menottées dans le dos. Au moment de l'ouverture de la grille d'accès, le bras de la personne glisse de la prise d'un des policiers. La personne tombe et sa tête heurte le sol. Sur un autre extrait, la personne retenue est tirée par les jambes, la tête au sol, dans la chambre de mise à l'écart. Dans cette chambre, qui n'est pas placée sous vidéo-surveillance, il aurait été brutalisé (coups, pressions, torsions). La personne retenue a indiqué avoir été vue par le personnel infirmier environ un quart d'heure après son placement à l'isolement, qui lui aurait apporté de la glace pour l'œil gonflé. Le personnel de santé aurait documenté ses lésions et le médecin aurait décidé d'un transfert à l'hôpital pour examen. La délégation n'a pas pu vérifier ces éléments au moyen des documents médicaux en raison des problèmes d'accès décrits au paragraphe 9.
- Le 6 octobre 2025, des images montrent une personne retenue saisie par l'épaule, alors qu'il y aurait eu des indications qu'elle avait une douleur à l'épaule, et poussée dans la chambre de mise à l'écart. Un policier était posté devant la porte, tandis qu'un autre policier demeurait seul avec la personne retenue dans la chambre. La caméra-piéton était activée, mais fixée de manière non réglementaire à la ceinture, rendant les images à l'intérieur de la chambre peu exploitables ; en revanche, l'enregistrement sonore atteste d'échanges verbaux houleux. Selon les allégations, le policier aurait menotté violemment la personne retenue, l'aurait bousculée, mise au sol, frappée et lui aurait cogné la tête contre le mur à plusieurs reprises.
- Le 13 octobre 2025, une personne retenue allègue avoir été frappée dans une chambre par des policiers, ce qui lui aurait causé une blessure aux lèvres, après avoir tenu des propos à caractère raciste à l'encontre d'un officier. Il indique également avoir été saisi par les cheveux, menotté dans le dos et saisi au niveau du cou. La vidéo montre que la personne est en effet saisie par les cheveux et menottée. La délégation n'a pas pu vérifier les documents médicaux pertinents.

Au regard des éléments mentionnés ci-dessus, le CPT recommande qu'une enquête indépendante et approfondie soit menée sur les allégations de mauvais traitements et le suivi des manquements professionnels dans les CRA de Paris-Vincennes.

36. Au CRA de Lyon, la délégation a été informée de plusieurs incidents à l'occasion desquels des agents auraient subi des blessures en service. La délégation s'est heurtée au refus de visionner les enregistrements de vidéosurveillance pertinents car ils faisaient partie d'éléments de procédures pénales, comme indiqué au paragraphe 10. Ceci est regrettable alors que les blessures mentionnées dans les rapports d'incidents³⁵ témoignent d'un certain niveau de force exercée par les agents, que ce soit pour maîtriser une personne retenue ou pour procéder à un placement en chambre de mise à l'écart. Selon les informations communiquées, une plainte avait été déposée contre les fonctionnaires de police concernant un incident survenu le 1^{er} octobre 2025.

35. Les dossiers consultés indiquaient notamment : une blessure au bras associée à un « poignet coincé sous l'aisselle et une torsion du poignet droit » (incident du 12 mars 2025) avec 165 jours d'arrêt ; une « vive douleur à l'épaule droite » (incident du 1^{er} juillet 2025) avec 240 jours d'arrêt ; une douleur au flanc gauche consécutive à une chute (incident du 1^{er} octobre 2025) ; une entorse de la colonne du pouce gauche (incident du 1^{er} octobre 2025) ; des douleurs au dos et à la main droite (incident du 1^{er} octobre 2025) ; des blessures rapportées au dos et au genou gauche (incident du 1^{er} octobre 2025) ; une douleur au nez accompagnée d'une douleur vive au genou (incident du 1^{er} octobre 2025) ; ainsi que des douleurs à la main droite et au tibia gauche (incident du 1^{er} octobre 2025), avec 11 à 19 jours d'arrêt de travail pour les incidents du 1^{er} octobre 2025.

III Le CPT souhaite être informé du suivi et de l'issue de cette plainte.

37. De nombreuses personnes ont également rapporté des propos provocateurs, des insultes, y compris à caractère raciste, ainsi que des menaces et des comportements manquant de professionnalisme, dans tous les CRA visités. Les personnes retenues ont également indiqué qu'elles étaient réticentes à déposer plainte par crainte de représailles ou par sentiment de résignation.

38. Le Comité déplore l'absence d'amélioration, voire l'aggravation, des tensions et des mauvais traitements observés en rétention depuis sa dernière visite en 2018. L'environnement carcéral des centres de rétention, présenté comme modèle pour l'avenir, à l'image du CRA de Lyon³⁶, repose sur un équilibre particulièrement fragile.

Le CPT est conscient des contraintes humaines et matérielles auxquelles sont confrontés les agents chargés de la surveillance des CRA. De nombreux policiers estimaient ne pas disposer des moyens ou de la formation nécessaires (voir notamment le paragraphe 99) pour faire face à l'évolution du profil des personnes retenues. Le Comité réaffirme néanmoins que les difficultés rencontrées par la police ne sauraient en aucun cas justifier des mauvais traitements, ni des comportements ou propos inappropriés.

Le Comité prend acte de l'engagement des autorités dans leur communication de décembre 2025 en faveur du principe de « tolérance zéro », principe au cœur du mandat du Comité, à l'égard de toute forme de violence inappropriée de la part des agents affectés aux CRA, ainsi que du strict respect des principes déontologiques applicables aux forces de l'ordre³⁷. Il rappelle que tout recours à la force à l'encontre de personnes retenues doit respecter les principes de nécessité et de proportionnalité, être limité à la légitime défense ou à la protection de la vie et de la sécurité, ou à garantir le respect de la loi. Rien ne justifie le recours à la force à l'encontre de personnes retenues qui ont déjà été maîtrisées (voir aussi les paragraphes 99 et suivants sur la formation du personnel).

Le Comité recommande aux autorités françaises de maintenir une vigilance accrue quant au niveau de tensions et d'incidents dans les CRA et de rappeler un message clair de « tolérance zéro » en matière de mauvais traitements en rétention, y compris des propos insultants.

b. mesures de prévention des mauvais traitements

39. Le Comité estime qu'il est essentiel que les responsables des CRA exercent un contrôle effectif sur la proportionnalité du recours à la force et mettent en œuvre des mesures appropriées qui assurent la pleine transparence des actions et préviennent les manquements déontologiques ou toute pratique inacceptable. Des lacunes ont pu être constatées dans les mesures déjà mises en place.

40. Les interventions des agents n'étaient pas adéquatement consignées afin de permettre un contrôle effectif des réponses aux incidents et des actions prises. Le logiciel de gestion des CRA (LOGICRA) permettait d'extraire le nombre et le type d'incidents³⁸, en distinguant les faits collectifs des faits individuels. Selon les données officielles, le nombre d'incidents en métropole est passé de 587 en 2022 à 799 en 2023 (+36 %), puis à 869 en 2024 (+9 %). Cette tendance apparaît en légère baisse en 2025 avec 742 faits sur les 10 premiers mois 2025 contre 764 un an plus tôt (-3 %). Aux CRA de Paris-Vincennes, une typologie statistique et une liste des incidents faisant l'objet d'enquêtes étaient tenues, permettant le suivi des affaires.

36. Voir notamment les paragraphes 69 et suivants sur les conditions matérielles.

37. Voir les [Articles R. 434-1 à R. 434-33](#) du Code de la sécurité intérieure.

38. Le terme « incidents » recouvre notamment : les actes auto-agressifs, les rébellions, les outrages, les grèves de la faim, les tentatives de suicide, les tentatives de fuite, les violences entre personnes retenues, les violences sur intervenants et sur les fonctionnaires de police, les dégradations volontaires, etc.

Toutefois, les centres visités ne disposaient pas d'un registre spécifique et structuré permettant de consigner les modalités des interventions de police, de contrôler le nombre et le type de recours à la force ou aux moyens de contrainte et le recensement des dossiers relatifs à des allégations de mauvais traitements imputés à des policiers. Les informations étaient dispersées. Les rapports d'incident prenaient la forme de notes internes, enregistrées dans LOGICRA. Les incidents pouvaient également être consignés dans la main courante de la police nationale (MCPN) ainsi que dans le registre des admissions.

Le CPT recommande la mise en place, dans chaque CRA, d'un registre unique (distinct de la main courante) dans lequel tous les incidents seraient systématiquement consignés, avec mention des circonstances, du recours aux moyens de contrainte, de la durée, des agents impliqués, des blessures constatées et des mesures de suivi, y compris des plaintes et toute action prise à la suite de celles-ci.

41. Les rapports d'incidents reposaient le plus souvent sur les seuls témoignages des agents de police. Les manquements déontologiques ou pratiques contraires aux consignes pouvaient y être évoqués, mais les témoignages des personnes retenues impliquées n'étaient pas recueillis, ce qui ne permettait pas une appréciation objective des faits.

42. Dans le même sens, des retours d'expériences ou « retex » n'étaient pas systématiquement réalisés en cas de recours à la force dans les établissements visités, en particulier lorsque des plaintes avaient été déposées dans le contexte de certains incidents³⁹.

43. S'agissant de la qualité de la vidéo-surveillance, des projets visant à remplacer certaines caméras dysfonctionnelles ou des systèmes vétustes (notamment aux CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot) étaient en cours. Les images étaient conservées et automatiquement effacées au bout de 7 jours au CRA n° 1D de Paris-Vincennes, de 15 jours aux CRA du Mesnil-Amelot et de 30 jours dans les autres CRA, sans demandes d'extraction. Les enregistrements vidéo des incidents n'étaient pas systématiquement exploités par la police pour vérifier l'exactitude des rapports et des allégations, ou encore soutenir la légitimité de l'intervention des forces de l'ordre.

44. Le Comité note que le déploiement de caméras-piétons est prévu au niveau national et que leur utilisation est encadrée par une doctrine d'emploi. Dans la pratique, elles n'étaient pas toujours correctement portées ni activées en temps utile lors d'incidents, notamment aux CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot. Les agents ont indiqué que les batteries des caméras-piétons ne permettaient pas de couvrir les besoins de tout un service.

45. S'agissant du port d'un numéro de matricule sur l'uniforme qui est en principe obligatoire, il est apparu que ce numéro était peu porté ou difficilement lisible sur les uniformes des agents dans les CRA visités.

46. Le CPT recommande aux autorités de poursuivre les efforts de prévention des mauvais traitements afin que des améliorations concrètes et urgentes soient observées sur le terrain.

39. Aux CRA de Paris-Vincennes, par exemple, les retours d'expérience n'étaient que réalisés à la suite d'événements « graves » (suicides, incendies, etc.) afin de partager des enseignements dans une logique d'amélioration continue. Ces retex n'étaient pas réalisés à la suite d'incidents où la force aurait été utilisée.

Le CPT recommande notamment que, pour chaque usage de la force ou de moyen de contraintes, les images de vidéosurveillance soient systématiquement extraites, conservées et consultées par les autorités compétentes. En outre, les opérateurs des systèmes de vidéosurveillance devraient être tenus de signaler immédiatement tout incident constaté aux responsables des CRA. Il importe pour les responsables des CRA et, le cas échéant, les autorités indépendantes d'enquête et de contrôle, de réaliser des analyses régulières des pratiques professionnelles, y compris en s'appuyant sur les enregistrements vidéo, et, le cas échéant, de prendre les mesures nécessaires, y compris en matière de formation et sur le plan disciplinaire ou pénal.

Le CPT recommande aux autorités nationales de prendre les mesures nécessaires pour optimiser la qualité du système de vidéosurveillance, soit par l'usage de caméras fixes ou de caméras piétons. Le dispositif de caméras-piétons devrait être amélioré afin d'assurer une autonomie suffisante et une continuité effective des enregistrements lors des interventions. Il recommande également aux autorités de faire un rappel sur l'utilisation correcte des caméras- piétons en cas d'incidents. Il souhaiterait être informé de la mise en œuvre des projets visant à remplacer les systèmes de vidéosurveillance et de l'évaluation des autorités concernant le déploiement des caméras-piétons aux CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot.

Le CPT recommande que tous les CRA conservent toutes les images de vidéosurveillance pour un minimum de 30 jours afin de faciliter l'élucidation des allégations de mauvais traitements faites contre les membres des forces de l'ordre.

Le CPT recommande aux autorités françaises d'assurer le port effectif du matricule d'identification en toutes circonstances et souhaite être informé des mesures envisagées pour le rendre plus visible.

47. Une prévention efficace des mauvais traitements comprend également des mesures destinées à lutter contre l'impunité. Dans son dialogue avec les autorités françaises, le CPT accueille leur attachement à ce que les faits de violence soient enquêtés et sanctionnés, si ceux-ci sont avérés. La célérité de ces enquêtes revêt une importance particulière, car elles portent sur des situations urgentes, les personnes retenues n'étant censées séjourner que brièvement dans les centres de rétention.

Le Comité prend note qu'en cas de plaintes contre une personne dépositaire de l'autorité publique, les affaires en dessous d'un certain seuil de gravité étaient instruites par la cellule de déontologie départementale ou le service de déontologie de synthèse et d'évaluation de la police (SDSE) dans le cas des CRA de Paris-Vincennes. Au-delà d'un certain seuil de gravité⁴⁰, l'Inspection générale de la police nationale (IGPN), rattachée au ministère de l'Intérieur, était chargée de diligenter les enquêtes administratives et judiciaires. La décision de saisir l'IGPN ou la cellule de déontologie relevait du procureur compétent⁴¹. En outre, l'IGPN ne pouvait enquêter sur des allégations de mauvais traitements que sur la base d'un signalement et les conclusions du Défenseur des droits n'étaient pas systématiquement suivies d'effet notamment en matière d'ouverture de poursuites⁴².

40. Voir la circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, 20 février 2014.

41. Conformément à l'article 12-1 du Code de procédure pénale.

42. Voir en particulier le rapport du CPT sur la visite en France du 15 au 27 novembre 2015, CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 15.

48. À la lumière des informations communiquées par les autorités, d'importantes disparités apparaissent dans le volume de plaintes et de signalements entre les différents CRA sur la période 2023-2025. Les CRA de Paris-Vincennes se distinguaient nettement, avec des dizaines de saisines judiciaires annuelles (44 en 2023, 36 en 2024 et 26 en 2025), dont seulement 22 % des procédures avaient été traitées au moment de la visite. Parallèlement, sept enquêtes administratives diligentées par l'IGPN avaient abouti notamment à des avertissements, des blâmes et une révocation. De plus, selon les informations fournies localement, de nombreux signalements avaient été effectués auprès du SDSE (47 en 2023, 82 en 2024 et 25 en 2025), dont la quasi-totalité était encore en cours d'instruction au moment de la visite du CPT à l'automne 2025.

Les autres CRA enregistraient moins de plaintes. Aucun signalement n'a été rapporté dans les zones d'attente visitées.

Au CRA de Coquelles, sept procédures judiciaires et deux enquêtes administratives avaient été traitées par l'IGPN ; par ailleurs, la cellule départementale de déontologie n'avait fait l'objet d'aucune saisine sur la période considérée.

Aux CRA du Mesnil-Amelot, quatre enquêtes judiciaires avaient été traitées par l'IGPN et ont toutes été classées sans suite (absence de violences illégitimes) ; aucune enquête administrative pré-disciplinaire n'avait été ouverte et une seule saisine de la cellule départementale de déontologie avait été recensée.

Au CRA de Lyon, 16 plaintes avaient été enregistrées par l'IGPN et deux enquêtes judiciaires et deux enquêtes administratives avaient été diligentées. Le CPT n'a pas reçu d'informations concernant des saisines de la cellule déontologique départementale compétente au CRA de Lyon. Par ailleurs, ces éléments contredisent les informations recueillies auprès de l'ONG présente dans l'établissement, qui fait état d'au moins 25 plaintes déposées contre des fonctionnaires de police en 2025, 20 en 2024 et 23 en 2023.

Le CPT souhaiterait recevoir des informations quant à cette disparité statistique.

49. L'information relative à l'existence des plaintes et à leurs suivis demeurerait floue et lacunaire, ne permettant pas d'avoir une vision cohérente des saisines adressées au parquet, à l'IGPN et aux cellules de déontologie. Aux CRA de Paris-Vincennes, la direction, et souvent le Défenseur des droits, étaient mis en copie des plaintes transitant par l'association travaillant dans les CRA. Toutefois, ni l'administration des CRA ni l'association ayant accompagné la plupart des personnes retenues dans leurs démarches n'avaient connaissance de l'avancement des enquêtes, à l'exception du dossier susmentionné ayant abouti à la révocation d'un fonctionnaire.

50. S'agissant de la gestion des situations susceptibles de mauvais traitements, le CPT n'a pas été informé de mesures provisoires qui auraient été prononcées en cas de dépôt de plainte, hormis, parfois, une surveillance officieuse des agents concernés. Fondée sur le principe de la présomption d'innocence, cette approche apparaît insuffisante, car elle peut laisser perdurer des situations à risque.

Le CPT est d'avis que pour éviter tout sentiment d'impunité, il est impératif que les autorités chargées des poursuites et de l'instruction prennent des mesures effectives lorsqu'elles ont connaissance du moindre élément indiquant que des mauvais traitements pourraient avoir été infligés. A cet égard, il est bien établi, par le biais de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, que, chaque fois qu'une personne est blessée pendant qu'elle est sous l'autorité d'agents publics, il existe une présomption de mauvais traitements et il incombe aux autorités d'expliquer de manière satisfaisante l'origine des lésions. De plus, les policiers faisant l'objet d'une enquête pénale pour des allégations de mauvais traitements devraient, pendant la procédure, se voir confier des tâches qui n'impliquent pas de contact direct avec des personnes placées en rétention.

51. En ce qui concerne les plaintes relatives à des mauvais traitements infligés par des membres des forces de l'ordre, **le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que des enquêtes indépendantes soient ouvertes et menées avec célérité. Le CPT appelle les autorités à ce que des mesures pertinentes (y compris des mesures de protection appropriées) soient prises chaque fois qu'il y a des raisons de croire qu'une personne a été soumise à des mauvais traitements, le temps que les enquêtes soient menées.**

Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises de renforcer la lutte contre l'impunité en envisageant l'auto-saisine de l'IGPN.

De plus, le CPT recommande aux autorités françaises de mettre en place un système national de compilation de données complètes, y compris statistiques, sur le suivi des plaintes ainsi que sur les poursuites et les sanctions disciplinaires et pénales à l'encontre de membres des forces de l'ordre. Une telle compilation pourra indiquer des tendances et faciliter les actions à prendre.

c. violences entre personnes retenues

52. En 2025, au regard des entretiens menés et des dossiers consultés, l'ampleur des violences entre personnes retenues s'est vraisemblablement aggravée par rapport à 2018⁴³. Au niveau national, le nombre d'incidents de violence entre personnes retenues a presque doublé, passant de 209 faits en 2022 à 405 en 2024. Sur les dix premiers mois de 2025, 379 faits de violence avaient été recensés contre 356 sur la même période en 2024 (+ 6,46 %).

53. S'agissant des CRA visités, le nombre d'incidents enregistrés concernant des violences entre personnes retenues en 2025 étaient d'environ 25 au CRA de Lyon, 21 au CRA de Coquelles, 276 au CRA n°2 du Mesnil-Amelot, 56 au CRA n°3 du Mesnil-Amelot et 99 aux CRA de Paris-Vincennes⁴⁴.

De nombreuses personnes retenues ont fait état de violences souvent assorties de blessures (ecchymoses, traumatismes, y compris des dents cassées), ainsi que des rixes, des vols fréquents ou des extorsions, pouvant être alimentées par des « règlements de comptes » ou des « guerres de chefs » au sein des unités de vie. Quelques personnes ont évoqué des « lynchages » par plusieurs autres personnes. Certaines personnes ayant peur demandaient à être placées à l'isolement pour leur propre sécurité. Le recours récurrent à des systèmes de fortune, tels que des bouts de draps déchirés ou un matelas au sol (comme vu aux CRA du Mesnil-Amelot), pour fermer les portes des chambres dans les zones de vie témoignait également du sentiment d'insécurité.

54. Il est particulièrement préoccupant pour le CPT de constater que de nombreux épisodes de violence, y compris des faits très graves tels que des « lynchages », semblaient échapper à la vigilance des agents. De nombreux incidents semblaient avoir lieu, hors du champ de vision des caméras, dans les chambres ou les espaces sanitaires.

Cette situation est principalement attribuée à la persistance, voire l'exacerbation, des facteurs déjà identifiés en 2018 comme sources de tensions : une cohabitation problématique, l'absence quasi-totale d'activités, une sécurité dynamique inefficace, la mauvaise qualité de la vidéosurveillance dans les zones de vie et des conditions matérielles généralement très dégradées. La visite effectuée en 2025 met en évidence un sentiment largement partagé selon lequel ces lieux constituent de « véritables poudrières », et l'absence d'une stratégie appropriée pour prévenir les violences entre personnes retenues.

43. En 2018, le Comité avait constaté un faible nombre d'actes de violence entre personnes retenues, mais relevé une augmentation des tensions et des conflits au sein des centres.

44. Statistiques extraites du logiciel de rétention (logicra) ou des rapports d'activités fournis par les centres.

55. Le CPT prend note de la création d'une unité judiciaire composée de trois officiers de police judiciaire aux CRA du Mesnil-Amelot en 2022 habilitée à traiter directement les plaintes provenant de personnes retenues à l'encontre d'autres personnes retenues⁴⁵. Cette présence facilite les enquêtes et peut encourager les personnes retenues à porter plainte. Cette unité ne traite néanmoins pas les affaires impliquant des policiers.

Le CPT recommande aux autorités françaises d'adopter une stratégie nationale et de mettre en place, en urgence, des moyens appropriés et efficaces, y compris par le renforcement de la sécurité dynamique, pour prévenir les actes de violence et d'intimidation entre personnes retenues dans tous les lieux de rétention.

d. cellules d'aide à l'éloignement

56. Des agents de la police nommés comme médiateurs (dits « cellule d'aide à l'éloignement » ou « CAEL ») assuraient un rôle de proximité avec les personnes retenues au sein des centres de rétention. Leur mission était de contribuer efficacement à désamorcer des situations susceptibles d'escalader en violences et de faciliter la coopération des personnes retenues lors de la phase d'éloignement.

Selon des instructions de 2024⁴⁶, « la CAEL doit dans la mesure du possible, rester extérieure à toute gestion du maintien de l'ordre (sauf exposition grave des autres effectifs du CRA pour des raisons de sécurité). Elle intervient soit en amont, en prévention et pour apaiser d'éventuelles tensions avant d'engager la force légitime ou postérieurement, pour rappeler les règles de fonctionnement du CRA et ramener le calme ». Elle permet notamment le recueil de renseignements afin de permettre « l'anticipation ou la temporisation des mouvements d'humeur et des meneurs, des troubles à l'ordre public (dégradation, vol, agression, notamment), et les éventuelles préparations de fuite ». En outre, la CAEL « se rend prioritairement disponible pour être présente aux arrivées ». Elle assiste les effectifs lors des fouilles, « sans s'y substituer ».

57. Aux CRA du Mesnil-Amelot, la CAEL était composée de 22 fonctionnaires répartis en quatre brigades (deux par CRA). Aux CRA de Lyon et de Paris-Vincennes, elle comprenait six agents, organisés en deux brigades. Au CRA de Coquelles, il y avait une personne affectée à la CAEL.

Le CPT note que l'existence des CAEL peut, dans de nombreuses situations, apporter une contribution positive à la prise en charge des personnes retenues, aux profils divers et dans un contexte souvent tendu (voir aussi paragraphes 22 et suivants).

58. Toutefois, la délégation a relevé que des agents, généralement formés à la spécificité du rôle de CAEL, avaient été directement impliqués dans plusieurs incidents et l'action de ces unités n'avait pas été évaluée.

Lors de la visite au CRA n° 2 du Mesnil-Amelot, un enregistrement vidéo d'un incident survenu le même jour montrait un agent de la CAEL intervenir physiquement dans la maîtrise d'une personne retenue sans tentative de désescalade préalable. Dans ce même CRA, la délégation a rencontré une personne retenue dont le comportement perturbait visiblement le fonctionnement d'une zone de vie. Selon les informations recueillies, aucune détection ni mesure appropriée n'avaient été prises par les agents de la CAEL depuis son arrivée trois semaines plus tôt (voir aussi paragraphe 140 sur la prise en charge psychiatrique). Au CRA de Lyon, les incidents mentionnés au paragraphe 10, auraient également impliqué au moins deux agents de la CAEL. N'ayant pas eu accès aux enregistrements, le CPT n'est pas en mesure de commenter la qualité des interventions.

45. Quatre-vingt-cinq procédures en cours et traitées depuis la création en septembre 2022.

46. Selon le Vade-mecum de la Direction nationale de la police aux frontières du 22 avril 2024. Voir aussi le rapport du CPT sur sa visite en France du 23 au 30 novembre 2018, [CPT/Inf \(2020\) 11](#), paragraphe 76.

59. Par ailleurs, selon les mêmes instructions précitées, « les effectifs de la CAEL travaillent en civil mais doivent être clairement identifiés comme policiers et sont munis d'une radio ». Cependant, une note de service interne du 5 février 2024 au CRA n° 3 du Mesnil-Amelot indique qu'« *au cours de leurs différentes missions en zone de vie les agents doivent disposer d'un bâton télescopique de défense (BTD), d'une bombe lacrymogène individuelle, un agent équipé au moins d'une caméra piétonne et un autre au vu des habilitations actuelles doit être porteur d'un pistolet à impulsion électrique (PIE)* ». La délégation a constaté que, dans les CRA du Mesnil-Amelot, des agents de la CAEL pouvaient porter l'équipement prescrit et des menottes. Le CPT considère que le port de bombes de gaz lacrymogène, des menottes et des bâtons télescopiques de défense ou encore du pistolet à impulsion électrique dans les zones de vie n'est pas propice à l'établissement de relations positives entre le personnel et les personnes retenues (voir paragraphe 178).

60. Tant les comportements cités ci-dessus, les témoignages recueillis que les équipements portés, contredisent la philosophie fixée au niveau national de leur rôle de médiateur et de personne de confiance pour les personnes retenues. Les CAEL ne devraient participer aux interventions qu'en cas exceptionnel. De plus, au regard des nombreuses allégations de violences entre personnes retenues ayant échappé à la vigilance des policiers, il importe de renforcer leur rôle au sein des lieux de vie et leurs modus operandi.

61. **Le CPT recommande de réviser la note aux CRA du Mesnil-Amelot du 5 février 2024 sur la question des méthodes d'intervention.**

Le Comité invite également à mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation réguliers des interventions de la CAEL et de son encadrement. Le Comité souhaiterait par ailleurs des informations plus précises sur la formation spécifique dont bénéficient les membres des CAEL dans les centres de rétention.

3. Garanties contre les mauvais traitements

a. notification des droits

62. Toutes les personnes placées en rétention ou maintenues en zone d'attente rencontrées avaient reçu les décisions écrites les concernant (refus d'entrée sur le territoire, mesure d'éloignement, placement en rétention, maintien en zone d'attente, etc.). Ces décisions étaient motivées et mentionnaient les voies de recours. Les personnes placées en rétention ou maintenues en zone d'attente étaient également informées des droits dont elles bénéficient en matière de demande d'asile.

63. Les personnes retenues ou maintenues étaient notifiées de leurs droits par la police aux frontières à leur arrivée dans les CRA et les zones d'attente, notamment le droit de demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil et d'un médecin, et de communiquer avec son consulat et toute personne de son choix. Cette notification était réalisée dans les meilleurs délais et dans une langue qu'elles comprenaient.

64. Chaque CRA disposait d'un règlement intérieur rédigé sur la base d'un règlement-type. Celui-ci était affiché à plusieurs emplacements visibles dans les CRA, en plusieurs langues. Seul le CRA de Coquelles distribuait un livret d'accueil qui rappelait et expliquait le règlement intérieur aux personnes retenues, en neuf langues.

Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à la remise systématique du règlement intérieur à chaque personne retenue ou maintenue, dès l'admission et dans une langue qu'elle comprend. La conception au niveau national d'un livret d'accueil standardisé et traduit dans différentes langues pourrait faciliter la mise en œuvre de ce principe. Les personnes qui ne sont pas en mesure de lire le livret d'information ou d'en comprendre le contenu devraient recevoir une assistance appropriée, y compris, si nécessaire, en utilisant d'autres modes, moyens ou formats de communication.

b. accès aux droits

65. L'exercice des droits des personnes retenues et maintenues était globalement satisfaisant. Les personnes retenues pouvaient recevoir une assistance de l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui assurait un soutien matériel dans les centres (achats de première nécessité, retrait d'espèces et clôture de compte bancaire, récupération de bagages auprès des établissements pénitentiaires, don de vêtements dans certains lieux, entre autres) et un accompagnement à l'éloignement volontaire⁴⁷. Dans la pratique, chaque CRA était doté de plusieurs agents « médiateurs » de l'OFII.

66. Une association était présente (6/7 jours) dans chaque CRA⁴⁸, 24/24h à la ZAPI 3⁴⁹ et joignable par téléphone à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry⁵⁰ pour assurer des permanences d'information et d'assistance juridique des personnes retenues afin de permettre l'exercice effectif de leurs droits⁵¹. Ces associations et d'autres organisations pouvaient aussi intervenir pour apporter une assistance psychosociale ou proposer des activités aux personnes.

Pour le CPT, la présence et l'intervention des associations de conseil juridique et d'accompagnement au sein des CRA et des zones d'attente jouent un rôle essentiel pour garantir l'effectivité des droits et faciliter la saisine des juridictions et des institutions indépendantes en cas de situation contraire aux droits. Les associations garantissent une fonction d'écoute, de soutien psycho-social et une assistance juridique indépendante, et étaient perçues comme tel par les personnes retenues dans les CRA. Par leur présence quotidienne dans les lieux de rétention, les associations exercent un contrôle des conditions de rétention des personnes retenues ou placées en zone d'attente.

Le CPT prend note d'une proposition de loi déposée le 20 mars 2025 visant à mettre fin au recours à des associations pour assurer l'information et l'assistance juridiques des personnes étrangères en centres de rétention administrative, et à confier cette mission à l'OFII pour l'information et aux avocats pour l'assistance juridique.

Le CPT souhaiterait recevoir une mise à jour sur l'état d'avancement de cette réforme et, le cas échéant, ses modalités de mise en œuvre, y compris les moyens humains, matériels et financiers qui seraient alloués à l'OFII et aux avocats pour exercer efficacement leurs missions respectives. Il souhaiterait notamment recevoir les commentaires des autorités sur le respect nécessaire de la neutralité des intervenants dans l'exercice d'aide à l'accès aux droits.

67. Concernant la communication avec un tiers et l'accès à l'avocat, les observations n'appellent pas à des commentaires particuliers⁵².

Un local était accessible en toutes circonstances sur demande de l'avocat, dans les CRA visités. Les audiences devant les tribunaux et l'OFPPRA (pour les demandes d'asile) semblaient globalement ne pas poser de difficultés : elles se déroulaient au tribunal ou par visioconférence (au CRA de Coquelles et aux CRA du Mesnil-Amelot). Une annexe du tribunal était prévue pour le site du CRA de Lyon en 2026, alors qu'un projet de salle d'audience en visioconférence était prévu pour 2027 aux CRA de Paris-Vincennes. Le CPT est d'avis que la visioconférence peut palier à des difficultés d'extractions, mais ne devrait pas constituer la modalité par défaut.

Le CPT encourage les autorités à faciliter la tenue des audiences devant les tribunaux et l'OFPPRA en présentiel.

47. Selon le [rapport d'activité de 2024](#) de l'OFII, page 42.

48. France terre d'asile au CRA de Coquelles et aux CRA du Mesnil-Amelot, Forum-Réfugiés au CRA n° 2 de Lyon et l'Assfam/SOS Solidarités aux CRA de Paris-Vincennes.

49. La Croix Rouge assurait une présence de 24h/24h de médiateurs-interprètes (parlant en tout près de 20 langues) à la ZAPI 3.

50. Les numéros de l'association Forum réfugiés et de l'association nationale d'assistance d'aide aux frontières pour les étrangers (Anafé) étaient affichés.

51. Tel que prévu par l'[Article R.744-20](#) du CESEDA.

52. Voir cependant le paragraphe 188 sur les contacts avec le monde extérieur.

68. De manière générale, l'accès à un service d'interprétation en présentiel ou par téléphone paraissait effectif pour les démarches officielles (notification des droits, audiences au tribunal). Les associations d'assistance présentes dans les CRA disposaient elles aussi d'un système de traduction pour faciliter la communication avec les personnes retenues ou maintenues.

4. Conditions de détention

a. conditions matérielles des CRA

69. Les conditions matérielles observées dans les CRA variaient selon l'ancienneté des bâtiments. Elles étaient souvent vétustes et/ou très dégradées, en particulier dans les trois unités historiques du CRA de Coquelles. Certains bâtiments récents ou ayant été récemment rénovés, y compris ceux du CRA de Lyon ou des CRA de Paris-Vincennes, montraient des signes de vieillissement prématuré.

La délégation a une nouvelle fois été frappée par l'aspect carcéral des CRA et l'austérité générale des lieux, constat déjà relevé lors de la visite de 2018. Cette impression tenait notamment aux conditions rudimentaires et particulièrement oppressantes des chambres, toutes les fenêtres étaient équipées de barreaux, et des cours de promenade (voir aussi paragraphe 64). Le CRA de Lyon, récemment construit, a été présenté au CPT comme un prototype pour la conception des futurs centres de rétention. La configuration de cette structure accentue la logique de « carcéralisation » des CRA, à la fois par ses aspects sécuritaires renforcés et en limitant les contacts entre le personnel policier et les personnes retenues.

Le CPT recommande aux autorités d'adapter la conception des nouveaux bâtiments à la lumière des éléments exprimés ci-haut.

70. Les personnes retenues étaient, sauf exception, hébergées dans des chambres collectives en général de deux à quatre personnes. Si la superficie des chambres était globalement acceptable aux CRA de Lyon et du Mesnil-Amelot, elle était inadaptée aux CRA de Paris-Vincennes et de Coquelles où des personnes disposaient parfois d'à peine plus de 2 m² d'espace vital dans les chambres collectives⁵³. Les chambres étaient également dépourvues de sièges et de tables au CRA de Coquelles et de sièges aux CRA de Paris-Vincennes. Aucune chambre ne disposait de rideaux ou de moyens d'occulter la lumière.

Les chambres du CRA de Lyon offraient des conditions d'hébergement acceptables : mobilier fixe en quantité suffisante, une télévision sous cadre protecteur et une salle d'eau avec une douche, une toilette et un lavabo, dans chaque chambre. En revanche, la délégation y a constaté de nombreuses portes cassées et des rideaux de fortune installés pour préserver l'intimité. Par ailleurs, les personnes hébergées au CRA de Coquelles et au CRA n° 1 de Paris-Vincennes bénéficiaient également d'une annexe sanitaire (avec douche) dans la chambre⁵⁴. Les personnes retenues aux CRA du Mesnil-Amelot et au CRA n° 2 (A et B) de Paris-Vincennes partageaient des douches et des toilettes communes.

71. En outre, bien que certaines personnes retenues pouvaient séjourner dans les CRA pour des périodes prolongées (généralement jusqu'à 90 jours), elles ne disposaient pas d'espace pour ranger leurs affaires personnelles, y compris leurs vêtements, de manière sécurisée, engendrant des vols. La personnalisation de l'espace par des décorations n'était pas autorisée.

53. Les personnes retenues disposaient d'environ 7 m² au CRA de Lyon (dans des chambres pour deux ou quatre personnes) et de 5,5 m² aux CRA du Mesnil-Amelot dans des chambres doubles. En revanche, dans les CRA de Paris-Vincennes, les personnes retenues ne disposaient que d'un peu plus de 3 m² d'espace par personne dans des chambres au CRA n° 2.

54. Dans les zones bleue, rouge et verte du CRA de Coquelles, les annexes sanitaires dans les chambres ne comportaient pas de douches. Ces dernières étaient collectives et partiellement cloisonnées.

72. Lors de sa visite, la délégation a constaté de nombreuses installations défectueuses ou dysfonctionnelles : sanitaires hors d'usage, douches et toilettes sans cloison complète⁵⁵, températures inadaptées dans les locaux, portes de chambres cassées, absence de prise électrique dans les chambres, absence de systèmes d'alarme ou d'interphone en nombre suffisant dans les zones de vie, ou encore briquets collectifs cassés. De plus, il n'y avait pas d'espaces intérieurs réservés aux personnes fumeuses entraînant la formation de zones de vie enfumées, en dépit de l'interdiction d'y fumer.

73. Les conditions d'hygiène dans les centres visités étaient particulièrement préoccupantes. Malgré des interventions régulières, voire quotidiennes, des services de ménage et d'entretien, les conditions d'hygiène et de propreté n'étaient pas pleinement garanties. La délégation a constaté également la présence de rats dans les locaux des CRA de Paris-Vincennes, y compris dans locaux administratifs. Elle a aussi recueilli de nombreuses plaintes de personnes retenues concernant la présence de punaises de lit dans tous les CRA visités sauf au CRA de Lyon n° 2.

74. Aux *CRA de Paris-Vincennes*, les toilettes collectives (à la position accroupie) étaient souvent obstruées⁵⁶, l'eau stagnait dans les lavabos et les locaux présentaient une humidité constante ainsi que des odeurs nauséabondes. L'approvisionnement en eau chaude dans les douches était régulièrement défectueux, parfois pendant des périodes de plusieurs semaines.

En application de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention, la délégation a demandé aux autorités d'assurer la réparation et le bon fonctionnement des installations sanitaires au quotidien, y compris l'alimentation en eau chaude dans ce CRA. Les autorités ont informé le CPT qu'un système temporaire avait été installé pour pallier les coupures d'eau chaude et de chauffage en attendant l'installation d'une chaudière prévue au premier trimestre de 2026 au sein des CRA de Paris-Vincennes.

75. Aux *CRA du Mesnil-Amelot*, la délégation a également constaté beaucoup d'humidité et des problèmes d'eau stagnante autour des installations sanitaires. L'accès à l'eau potable se faisait grâce à des fontaines insalubres, au risque de favoriser la prolifération de bactéries et de virus. Dans ses échanges avec la délégation, le personnel de santé a indiqué l'existence de plusieurs épisodes de gastroentérite ou de symptômes de type gastro-intestinal chez les personnes retenues. Toutefois, il n'était pas possible d'attribuer de manière documentée l'origine de ces épisodes à la qualité de l'eau et aux conditions matérielles des points d'eau. Dans tous les cas, une source d'eau non vérifiée ou potentiellement exposée à une contamination bactérienne constitue néanmoins un facteur de risque.

Au titre de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention, la délégation a demandé aux autorités françaises d'effectuer une analyse complète de la qualité microbiologique de l'eau incluant la recherche d'indicateurs de contamination fécale, l'évaluation de la charge bactérienne totale et la vérification de la présence éventuelle de pathogènes, afin d'en attester la conformité aux normes sanitaires et de garantir la sécurité des points d'approvisionnement en eau potable. En réponse, les autorités ont indiqué que d'une part, le remplacement des fontaines à eau des CRA du Mesnil-Amelot avait fait l'objet de discussion avec la Direction de l'immobilier et de l'environnement et un processus d'engagement de travaux était en cours. D'autre part, 10 nouveaux points d'approvisionnement en eau potable et pour la réfection des murs adjacents avaient été commandés depuis la visite du CPT. Par ailleurs, les analyses disponibles ont confirmé une absence de croisement entre eau propre et sale, mais un problème de vétusté. Une analyse approfondie de l'eau des points d'approvisionnement était prévue après la réalisation des travaux.

76. Lors de sa visite, la délégation était particulièrement préoccupée par l'état d'hygiène des zones de vie, en particulier la "zone bleue", du *CRA de Coquelles*. Malgré des efforts de désinfection, une partie des locaux étaient infestés de punaises de lits (notamment dans les joints des murs). Les installations sanitaires étaient affectées par une importante prolifération de moisissures et des murs dans les zones de vie étaient couverts de déjections.

55. Les sanitaires étaient soit dépourvus de porte, soit munis de portes battantes souvent cassées ou encore de portes qui ne fermaient pas correctement. Un prototype de porte, permettant le cloisonnement complet des espaces sanitaires, avait été installé au bloc B1 du CRA de Lyon, avec l'intention de procéder à son installation dans les autres blocs.

56. A titre d'exemple, lors de la visite en octobre 2025, 13 toilettes sur 20 et 6 douches sur 20 dans les deux zones d'hébergement du CRA n° 2 de Paris-Vincennes n'étaient pas en état de fonctionner.

En application de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention, la délégation a demandé aux autorités françaises de procéder à la fermeture progressive de la zone bleue du CRA de Coquelles, en vue d'une rénovation, y compris des sanitaires, suivi d'une rénovation progressive des autres zones de vie (rouge et verte) au CRA de Coquelles. Le CPT prend note que des travaux (réfection des sanitaires avec renforcement de la ventilation, rejointoiement des murs, travaux de peinture dans les chambres, dans les quatre zones de vie) ont été budgétisés sur l'année 2025. Cependant, selon les informations fournies par les autorités, le début des travaux était envisagé au cours du premier semestre de l'année 2026. Un contrat avec une entreprise spécialisée avait également été renouvelé, prévoyant des interventions hebdomadaires de lutte contre les punaises de lit.

77. Des kits d'hygiène étaient également distribués à chaque arrivant dans les CRA visités. Chaque personne retenue recevait en principe du linge de lit et de toilette, avec la possibilité de le renouveler toutes les semaines. La délégation a reçu plusieurs plaintes que leur renouvellement n'était pas assuré régulièrement dans les CRA visités.

Un service de buanderie gratuit était mis à disposition, permettant le lavage du linge personnel de manière régulière. Toutefois, les matelas en mousse, souvent déchirés et dépourvus d'alèse, n'étaient pas nettoyés entre chaque utilisateur, et aucun oreiller n'était fourni.

78. Les cours extérieures étaient dans l'ensemble, sauf aux CRA du Mesnil-Amelot, très oppressantes car souvent ceintes de murs ou de grilles, bordées de concertina et plafonnées à hauteur de toit par des grillages ou des filets de sécurité, donnant à ces espaces des allures de cages. De plus, les cours étaient particulièrement petites aux CRA de Coquelles et de Paris-Vincennes n° 1. Les cours disposaient généralement de quelques bancs et de petits abris de protection. Ces espaces étaient particulièrement austères et pour la plupart dépourvus d'installations sportives ou récréatives, voire totalement vides au CRA de Lyon, et souvent jonchés de déchets. L'argument des dégradations invoqué au CRA de Lyon pour expliquer l'absence d'équipements ne saurait justifier leur inexistence. Des solutions peuvent être trouvées afin de garantir que le matériel installé résiste aux actes de dégradation. Le CPT prend note notamment d'un projet en cours au CRA de Coquelles visant à installer d'avantage d'agrs, dont des barres de traction, dans les cours de promenade.

79. Le CPT est conscient des difficultés structurelles pour les prestataires externes de maintenir les locaux en bon état. Il a notamment été signalé que certaines personnes retenues se montraient parfois peu respectueuses à l'égard du personnel d'entretien et procédaient à de nombreuses dégradations. Cela étant, les conditions matérielles observées lors de la visite étaient inacceptables.

Les problèmes majeurs de propreté, d'entretien et de vétusté signalés plus haut, appellent à des actions immédiates et une vigilance accrue. Ces défaillances contribuent à un risque épidémique élevé, aggravé par la promiscuité, et maintenir des personnes dans de telles conditions matérielles pourrait porter atteinte à leur dignité.

80. A la lumière de ce qui précède et des exigences imposées aux CRA par le cadre réglementaire en vigueur⁵⁷, **le CPT recommande pour tous les CRA visités :**

- (i) **de veiller à ce que la configuration des chambres respecte l'intimité des personnes retenues en assurant notamment un cloisonnement complet de l'annexe sanitaire ;**
- (ii) **de veiller à ce que les personnes retenues reçoivent du linge et un matelas propres à l'admission et de garantir un accès adéquat aux produits nécessaires à l'hygiène ;**

57. Voir l'[Article R.744-6](#) du CESEDA.

- (iii) d'assurer l'entretien et la propreté de l'ensemble des locaux, et permettre le cas échéant aux personnes retenues d'accéder à des moyens de nettoyage de base afin d'améliorer l'hygiène quotidienne de leur hébergement ;
- (iv) de veiller à la désinfection systématique des matelas entre chaque occupant, ou selon les besoins et de revoir régulièrement les protocoles de lutte contre les punaises de lit et autres nuisibles et leur mise en œuvre ;
- (v) de traiter les moisissures ;
- (vi) d'assurer la réparation et le bon fonctionnement des installations sanitaires (toilettes, douches, éviers, approvisionnement en eau chaude) ;
- (vii) d'équiper les unités de vie avec suffisamment de mobilier de manière à permettre aux personnes retenues de s'asseoir à table et ranger certains effets personnels, de préférence dans des armoires sécurisées et accessibles à tout moment ;
- (viii) d'équiper les cours de promenade de matériels sportifs et d'abris contre le soleil et les intempéries, et éventuellement de les végétaliser ;
- (ix) d'assurer aux personnes retenues et au personnel de surveillance un environnement dans lequel elles ne sont pas exposées au tabagisme passif.

81. Le Comité recommande également aux autorités de réévaluer la pertinence de certains dispositifs de sécurité physique (barreaux à l'intérieur, plafond en grillage métallique dans les cours).

82. En outre, concernant les CRA de Coquelles et de Paris-Vincennes, le CPT recommande d'assurer à chaque personne retenue au moins 4 m² d'espace vital dans les chambres collectives, le cas échéant en revoyant le taux d'occupation et la capacité des centres, et en supprimant des lits superposés du CRA de Coquelles. Des travaux de rénovation dans les anciennes zones du CRA de Coquelles devraient également être réalisés dans les plus brefs délais. Le CPT souhaiterait recevoir un échéancier des travaux prévus dans le CRA de Coquelles.

83. En outre, concernant les CRA du Mesnil-Amelot, le CPT souhaite recevoir les résultats de l'analyse de l'eau et des informations sur les mesures prises pour identifier les causes des épisodes de gastroentérite ou de symptômes de type gastro-intestinal chez les personnes retenues. Il souhaite également être informé de l'avancement des travaux concernant l'installation de nouvelles fontaines.

84. Par ailleurs, de nombreuses personnes se sont plaintes de la quantité et de la qualité de nourriture servie, ce qui pouvait également contribuer à accroître les tensions. Le CPT a pris bonne note de la vigilance des chefs de centres à cette question, et que, selon les autorités, les quantités et la qualité des repas correspondent aux règles de la diététique conseillées pour une personne adulte.

La délégation a également constaté la présence de distributeurs de boissons et de friandises, de cigarettes et de machines à café. Toutefois, ces dispositifs n'étaient pas toujours correctement approvisionnés, et les personnes indigentes, ne disposant pas de pécule, ne pouvaient pas en bénéficier. Par ailleurs, la machine à monnaie ne fonctionnait pas non plus aux CRA de Lyon et de Coquelles, au moment de la visite, créant ainsi des difficultés pour les personnes retenues de faire des achats dans les distributeurs.

Le CPT invite les autorités à vérifier la quantité et la qualité de la nourriture servie lors des repas. Il recommande aux autorités de veiller au bon approvisionnement des distributeurs, au bon fonctionnement des machines à monnaie et d'envisager la mise en place d'un soutien financier aux personnes indigentes pour qu'elles puissent les utiliser.

85. De plus, de nombreuses personnes indigentes et sans assistance extérieure ne paraissent pas recevoir de vêtements. La gestion des vestiaires n'était pas toujours clairement définie. Selon les CRA, des vestiaires pouvaient parfois être administrés par l'OFII (voir paragraphe 65), par la police ou les agents des CAEL, ou encore par des associations. L'information était confuse et le service n'était ni systématique ni efficient. Plusieurs personnes ont indiqué avoir récupéré des vêtements laissés par d'autres.

Le CPT encourage à nouveau les autorités à revoir la distribution de vêtements et de chaussures dans les CRA en répondant aux besoins des personnes les plus démunies.

b. régime

86. La délégation relève que, dans les CRA visités, toutes les personnes bénéficient d'un régime de portes ouvertes (sans enfermement en chambre), de jour comme de nuit. Comme en 2018, les personnes retenues étaient réparties en unités de vie de 12 à 58 personnes selon les CRA. L'attribution des chambres était définie au moment de l'arrivée, mais de nombreux changements s'effectuaient ensuite au sein des unités, permettant des regroupements par affinités.

87. Les personnes retenues bénéficiaient d'un accès étendu à « la salle de détente » et aux espaces extérieurs attenants à l'unité de vie du matin jusqu'à environ 23 heures, voire toute la nuit dans les « petites cours » des CRA du Mesnil-Amelot. Cette possibilité ne s'appliquait pas aux personnes placées à l'isolement (voir paragraphe 174).

88. Cependant, aucune activité régulière n'était proposée, mis à part quelques activités au CRA de Lyon⁵⁸ et au CRA de Coquelles (dans le réfectoire)⁵⁹. Les activités en rétention se limitaient à regarder la télévision (souvent partagée par plus de 20 personnes et installée dans des salles de détente pourvues de bancs rudimentaires mais sans table), à se rendre aux différents rendez-vous et à accéder sur demande à quelques jeux et consoles, ballons ou livres en nombre très restreint. L'existence d'un gymnase commun aux CRA de Mesnil-Amelot est une initiative positive mais les activités sportives parfois organisées, étaient en suspens au moment de la visite⁶⁰. Les salles de détente étaient souvent transformées en lieu de culte.

89. A la suite de la visite en 2018, les autorités françaises avaient informé le CPT du lancement, à partir de juin 2018, d'un programme d'activités occupationnelles dans les domaines de la lecture, sportif et ludoculturel. Le budget de ce programme était estimé à 3,5 millions d'euros comportant des équipements extérieurs (« city-stade » ou espaces extérieurs d'activités), du mobilier (consoles de jeux, bibliothèques, etc.), ainsi que l'aménagement d'infrastructures existantes. Les effets de ce programme n'ont pas été constatés lors de la visite de 2025.

58. Au CRA de Lyon, une association proposait quatre créneaux de deux heures dans la salle d'activités par semaine. Les créneaux étaient répartis entre les sept blocs. En revanche, il n'y avait pas de bibliothèque.

59. Quelques activités de jeux avaient été proposées par une association pendant quatre mois au courant de l'année 2024, au CRA n° 2 du Mesnil-Amelot. Il n'y avait pas d'activités en cours au moment de la visite.

60. Un moniteur sportif était intervenu de janvier à septembre 2025 ainsi que de septembre à décembre 2024, deux à trois fois par semaine pour 1h30 pour 15 à 20 personnes à la fois dans chaque CRA. Le poste était vacant au moment de la visite. Un moniteur de sports devait aussi être recruté aux CRA de Paris-Vincennes.

90. Il est évident que l'absence de régime d'activités est totalement inadaptée à la durée de rétention de nombreuses personnes allant jusqu'à la durée maximale de rétention, soit 90 jours, et qui enchaînent parfois plusieurs séjours séparés par de brèves interruptions. Le CPT tient à rappeler que l'oisiveté est un facteur majeur de tensions.

Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises de développer l'offre d'activités motivantes (encadrées et non-encadrées) dans les lieux de rétention, dans des locaux adaptés, tels que des salles d'activités et des salles de prière, et de doter les espaces communs, tant intérieurs qu'extérieurs, d'équipements sportifs ou de loisirs. Il invite également les autorités françaises à rechercher des partenariats avec le tissu associatif et les collectivités locales, afin d'élargir et de diversifier la palette d'activités proposées.

91. Dans les CRA visités, différents services (bureaux des associations conventionnées, de l'OFIL, infirmerie), mais aussi les distributeurs de boissons et de friandises, étaient regroupés, souvent dans une même zone. Les personnes retenues étaient tributaires des policiers pour les y accompagner depuis les unités de vie, sur demande ou lors d'un créneau horaire d'une heure au plus. Malgré les dispositifs mis en place pour faire appel au personnel en cas de besoin (interphone notamment), de nombreuses personnes retenues se disaient confrontées à de longs temps d'attente, ce qui engendrait de la frustration.

Le CPT invite les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que les personnes retenues aient accès aux différents services dans un délai raisonnable.

c. conditions de détention dans les zones d'attente

92. Les conditions matérielles dans les zones d'attente visitées étaient généralement acceptables. Les locaux étaient propres et régulièrement entretenus. Cependant, le CPT prend note d'une augmentation des signalements relatifs à des punaises de lit sur les dernières années à la ZAPI 3. Selon les informations recueillies, les demandes de désinfection étaient prises en charge lorsqu'un besoin était identifié, et le mobilier en bois avait été progressivement remplacé par du mobilier métallique.

93. Les chambres, conçues pour deux personnes à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry offraient un espace de vie suffisant et un équipement de base adéquat. Elles ne bénéficiaient cependant pas d'un accès à la lumière naturelle. Aucune chambre ne disposait d'espace de rangement sécurisé.

94. Les annexes sanitaires de la zone d'attente de Lyon et de la zone dédiée aux enfants non-accompagnés à la ZAPI 3, situées dans les parties communes, étaient aménagées de manière à garantir l'intimité et pouvaient être fermées à clé.

95. Les zones d'attente visitées disposaient de cours extérieures et d'espaces ou de pièces de vie commune, notamment : un réfectoire avec un « coin salon » et une cour intérieure à Lyon Saint-Exupéry ainsi qu'un coin salon dans la zone dédiée aux enfants de la ZAPI 3. Les espaces extérieurs ne disposaient cependant pas d'abris pour se protéger du soleil et des intempéries.

96. Le CPT recommande d'équiper les espaces extérieurs d'abris contre le soleil et les intempéries, et que les personnes maintenues en zone d'attente puissent ranger leurs effets personnels dans des meubles sécurisés. Il recommande également que les personnes maintenues à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry puissent avoir accès à une zone avec une vue sur l'extérieur.

97. La délégation a observé que les zones d'attente disposaient d'un stock de kits d'hygiène. Il y avait aussi des draps et des couvertures. Il est positif de noter que depuis la dernière visite en 2018, une buanderie était également à disposition à la ZAPI 3. La Croix Rouge proposait également un vestiaire. En revanche, à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry, il n'y avait ni lave-linge ni vestiaire d'urgence.

98. Concernant le régime dans les zones d'attente de Lyon Saint-Exupéry et de la ZAPI 3, la situation était comparable aux CRA. Les personnes étaient libres d'aller et venir au sein des unités de vie et des espaces communs, y compris les espaces extérieurs, de jour comme de nuit. En dehors de cela, le constat est le même que celui de 2018 : l'occupation principale (et parfois l'unique distraction) consistait à regarder la télévision. La situation dans la zone d'attente dédiée aux enfants à la ZAPI 3 était légèrement meilleure car des activités étaient proposées par la Croix Rouge.

Le CPT invite à nouveau les autorités à prendre des mesures pour élargir les possibilités d'activités et d'occupations pour les personnes maintenues en zone d'attente, en mettant à disposition, par exemple de la lecture et des jeux à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry.

5. Personnel en charge des lieux de rétention

99. Les effectifs en charge des lieux de rétention variaient sensiblement d'un CRA à l'autre. Alors que le ratio était de 1 agent pour 2 personnes retenues aux CRA du Mesnil-Amelot et de 1 pour 2,5 au CRA de Lyon, il était beaucoup moins favorable aux CRA de Paris-Vincennes (1 pour 4,4) et, plus encore, au CRA de Coquelles (1 pour 7,5).

Au CRA de Coquelles, le personnel comptait 107 agents (au lieu de 145 postes théoriques), soit 15 de moins qu'en 2022, assurant une présence minimale d'environ 12 agents en zone de vie en journée⁶¹ et de 7 la nuit. Les deux CRA de Paris-Vincennes étaient gérés par 350 agents de police, permettant une présence minimale moyenne de 40 agents en journée et de 37 la nuit. Le CRA de Lyon disposait de 168 agents, y compris ceux de l'équipe administrative, sans problème d'absentéisme signalé, hormis six agents en arrêt de travail pour blessures lors des interventions du 1er octobre 2025 (voir paragraphe 10). Enfin, les CRA n° 2 et n° 3 du Mesnil-Amelot disposaient d'environ 130 agents de surveillance, sans compter le personnel administratif, avec une cinquantaine d'agents affectés à chaque CRA en journée, et une quinzaine la nuit.

Le CPT recommande de renforcer les effectifs du CRA de Coquelles ainsi qu'au CRA de Paris-Vincennes pour améliorer le ratio agent/personne retenue.

Tableau I – Effectifs de personnel de surveillance

	Effectifs totaux	Présence en journée	Présence la nuit	Notes
CRA de Coquelles (90 places)	107 (réel) avec l'administratif pour 145 postes théoriques	12	7	Ratio : 1/7.5 (la journée) 5 agents en arrêt prolongé au moment de la visite
CRA de Lyon (140 places)	169 (y compris le personnel administratif), 198 effectifs référentiel (29 postes vacants)	Env. 55	16	Ratio : 1 / 2,5 (en journée) 8 agents en arrêt prolongé au moment de la visite
CRA de Paris-Vincennes (175 places)	374 réel, 426 effectifs théoriques	30-40	29-37	Ratio : 1 / 4.4 (la journée) 6 agents en arrêt prolongé au moment de la visite

61. Il pouvait toutefois arriver que certains agents soient réquisitionnés par la SIPAF pour d'autres opérations.

CRA n° 2 du Mesnil Amelot (105 places)	128 effectifs de surveillance, 6 effectifs au greffe et une douzaine de personnel administratif (147 en tout)	env. 50	env.15	Ratio : env. 1 / 2 3 agents en arrêt prolongé et une personne exclue au moment de la visite
CRA n° 3 du Mesnil Amelot (105 places)	139 effectifs de surveillance, 15 effectifs au greffe et personnel administratif (153 en tout)	52	15	Ratio : env. 1 / 2 informations manquantes concernant les agents en arrêt prolongé au moment de la visite

100. Il ressort des entretiens avec les agents que la gestion d'un CRA ne constitue manifestement pas une vocation pour les membres des forces de l'ordre rencontrés. Dans l'ensemble des centres visités, les tâches de surveillance étaient souvent dévolues à des agents récemment recrutés, gardiens de la paix sortis de formation ou adjoints de sécurité. Ces agents, formés en premier lieu au travail sur la voie publique, avaient rarement choisi leur affectation. Selon la direction des CRA de Paris-Vincennes, 70% des fonctionnaires avaient moins de deux ans d'ancienneté et 59 jeunes policiers « sortis d'école », devaient y être intégrés au mois de décembre 2025.

101. Malgré les recommandations du CPT à ce sujet dans les rapports sur les visites de 2006, 2010 et 2018, la formation proposée sur la prise en charge de personnes retenues semblait insuffisante. Les formations disponibles se limitaient à des notions de base sur les spécificités des CRA, notamment les techniques d'intervention en milieu confiné, les procédures de sécurité et l'utilisation du logiciel « Logicra ». Elles n'étaient pas toujours obligatoires, y compris la formation aux gestes de premiers secours, ni particulièrement approfondies, leur durée étant limitée à une semaine, voire à une seule journée dans certains CRA. En outre, les formations proposées sur les techniques de désescalade ou la prise en charge des personnes vulnérables semblaient limitées. Un système de tutorat existait pour les agents stagiaires, mais la qualité de cet encadrement variait selon la disponibilité et les capacités du tuteur.

Des agents ont indiqué se sentir « démunis » face à la prise en charge de certaines personnes retenues, considérées comme « n'ayant pas leur place en CRA », tout en estimant que ce constat ne relevait pas de leur mission. Ils évoquaient souvent des problématiques relevant de la santé mentale. Comme en 2018, la délégation a observé que les contacts et la communication entre la majorité du personnel et les personnes retenues ou maintenues étaient souvent limités au strict minimum (distribution de repas, appels, mouvements).

Le CPT rappelle que l'existence de contacts directs entre le personnel et les personnes privées de liberté favorise le développement de relations positives au sein d'un établissement et contribue à la sécurité dynamique. Ces interactions rendent aussi plus gratifiant le travail du personnel. Instaurer et maintenir des relations positives présuppose notamment que le personnel possède des qualifications appropriées en communication interpersonnelle. Pour le CPT, l'absence de personnel formé aux premiers secours la nuit est particulièrement problématique, en l'absence de personnel sanitaire disponible (voir notamment paragraphe 108).

102. Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises d'engager une réflexion sur la sélection et la formation du personnel affecté aux lieux de rétention, la redéfinition des missions et des rôles du personnel de police évoluant dans ces lieux en s'inspirant d'autres modèles de gestion qui ne reposent pas uniquement sur les forces de police.

Le CPT réitère sa recommandation que tous les agents travaillant dans les lieux de rétention ou dans les zones d'attente, et en particulier celles et ceux en contact direct avec les personnes retenues, devraient bénéficier de formations spécialisées, telles qu'une sensibilisation à la santé mentale des personnes retenues ou l'utilisation de moyens de contraintes ou encore la communication interpersonnelle et les techniques de désescalade des tensions. Il convient de rappeler que la responsabilité de la sécurité dynamique incombe à l'ensemble du personnel en contact avec les personnes retenues, et non seulement au personnel des CAEL.

Le CPT recommande par ailleurs la présence à tout moment, y compris la nuit et le weekend, d'au moins un membre du personnel – de préférence une personne ayant un diplôme d'infirmier - qui possède un certificat de formation aux premiers secours (notamment la réanimation cardiopulmonaire et l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé) dans les locaux des centres de rétention.

103. Le CPT est conscient des difficultés inhérentes à la gestion des centres de rétention et des zones d'attente. Il prend note de l'existence du service de soutien psychologique aux policiers (SSPO), rattaché aux préfectures et pouvant intervenir sur site à la demande, et salue cette ressource.

104. Comme en 2018, la fréquence et les modalités d'échanges entre la police et les différents opérateurs travaillant en CRA (OFII, partenaires de santé, partenaires associatifs, etc.) variaient considérablement d'un centre à l'autre, et la communication entre certains partenaires venait parfois à manquer. De l'avis du CPT, la bonne prise en charge des personnes retenues dépend de la concertation régulière des différents partenaires et acteurs intervenant dans les lieux de rétention.

Le CPT invite à favoriser un dialogue régulier entre les différents partenaires et acteurs dans l'ensemble des CRA.

6. Soins de santé

105. Tous les CRA visités, ainsi que la ZAPI 3, disposaient d'un service médical sur site, rattaché à un centre hospitalier de proximité et donc indépendant de la police. En revanche, la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry ne bénéficiait pas de convention avec une structure hospitalière ; en cas de besoin, la police sollicitait les services infirmiers de l'aéroport ou un hôpital de proximité.

Le Comité invite à assurer une présence régulière de soignants à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry afin de garantir une prise en charge adaptée et une continuité des soins.

106. La délégation a, dans l'ensemble, rencontré des équipes de soins dans les Unités médicales des centres de rétention administrative (UMCRA) investies et organisées, mais également fragilisées par un quotidien difficile et une qualité de gouvernance variable entre chaque centre visité. La coordination avec la police variait sensiblement selon les sites. Au CRA de Lyon, des réunions bihebdomadaires étaient tenues et l'équipe sanitaire participait à la journée d'accueil et à la formation des nouveaux policiers. Des réunions hebdomadaires étaient également tenues aux CRA de Paris-Vincennes, tandis qu'au CRA de Coquelles elles se limitaient à des réunions trimestrielles, la coordination étant plus difficile. La délégation n'a pas d'information quant aux échanges entre l'UMCRA de Mesnil-Amelot et la police.

a. organisation des prises en charge sanitaire

107. Les UMCRA sont régies par un référentiel commun et des conventions locales⁶² qui permettent de préciser les modalités de prise en charge sanitaire des personnes retenues⁶³. Le CPT prend note que les UMCRA sont intégralement pilotées et financées par le ministère de l'Intérieur. Le contrôle et l'inspection des activités sanitaires assurées par l'établissement de santé au sein du CRA sont assurés par les agences régionales de santé.

Les missions sanitaires des UMCRA se limitaient généralement aux soins primaires et aux urgences. Cependant, compte tenu de l'évolution des problématiques de santé des personnes retenues, le Comité note de manière positive une prise en charge accrue des problématiques psychiatriques et addictologiques, notamment aux CRA de Lyon et du Mesnil-Amelot.

108. S'agissant des dotations en personnel de santé, le CPT note positivement les recommandations nationales en matière de temps minimaux préconisés dans l'instruction du gouvernement sur l'organisation de la prise en charge sanitaires des personnes retenues⁶⁴. La modification du décret relatif à l'indemnité forfaitaire de risque applicable à certains agents de la fonction publique hospitalière, afin d'y inclure le personnel intervenant en CRA, y rend l'exercice plus attractif. Le Comité prend également note de l'apport bénéfique dans les UMCRA d'un secrétariat dédié et d'un cadre de santé pour coordonner la prise en charge sanitaire.

Lors de sa visite, la délégation a toutefois constaté une présence effective du personnel médical et/ou paramédical inférieure aux normes recommandées. En outre, de nombreux postes demeuraient vacants (voir tableau II) dans l'ensemble des CRA visités, à l'exception de l'UMCRA de Lyon, ce qui affectait la continuité et l'accessibilité des soins. Au CRA de Coquelles, 1,5 poste d'infirmier restait vacant et la dotation réelle en médecins généralistes ne permettait pas d'assurer une présence quotidienne. Par ailleurs, des vacances de postes entraînaient une carence importante au sein de l'équipe infirmière de l'UMCRA du Mesnil-Amelot (2,8 ETP pourvus sur 7), et dans une moindre mesure à l'UMCRA de Paris-Vincennes (9 ETP pourvus sur 11,5). La présence médicale devrait au minimum être doublée aux CRA du Mesnil-Amelot (au moins 1 ETP au lieu de 0,5 ETP) et renforcée au CRA de Paris-Vincennes (au moins 0,5 ETP).

Par ailleurs, seuls les CRA de Paris-Vincennes étaient dotés d'une présence sanitaire la nuit. Dans les autres CRA, les équipes de police de nuit devaient faire appel aux services d'urgence de l'hôpital le plus proche et organiser un transfert en cas de besoin.

62. L'Article [R. 744-14](#), CESEDA, prévoit pour chaque CRA la conclusion d'une convention entre le préfet et un établissement de santé.

63. Voir l'arrêté relatif à la prise en charge sanitaire des personnes retenues dans les centres de rétention administrative, [NOR: INTV2119154A](#), 17 décembre 2021 ; l'arrêté interministériel du 5 janvier 2022, [NOR: INTV2138701A](#) ; et l'instruction du Gouvernement relative à l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes retenues, [NOR: INTV2119176J](#), 11 février 2022.

64. Voir notamment la fiche n°1 de l'instruction précitée, [NOR: INTV2119176J](#), 2022.

Tableau II : dotations en personnel de santé

Dotation en personnel en ETP (théorique)	Postes vacants en ETP / absentéisme	Présence effective sur site
CRA de Coquelles (90 places)		
0,6 ETP médecin	0,5 ETP vacant	3 médecins en rotation 3 fois 2h de présence par semaine Astreinte téléphonique les après-midis, le weekend et les jours fériés Référence au SAMU pour les urgences
0,1 ETP cadre de santé paramédical 4,4 ETP infirmier	1,5 ETP vacants	Uniquement en visioconférence 3 infirmiers en rotation Présence 7/7 jours (8h-18h)
Pas de secrétariat dédié	-	-
CRA 1 et 2 de Lyon (capacité 280 places)		
1,90 ETP médecin	0 – peu d'absentéisme	3 médecins en rotation tous les jours en semaine Présence partagée sur les CRA1 et CRA2. Astreinte téléphonique la nuit, le weekend et les jours fériés Référence au SAMU pour les urgences
0,30 ETP cadre de santé paramédical 9,90 ETP infirmiers	0 – peu d'absentéisme	Cadre de santé présent sur site un jour par semaine (mardi au CRA 1 et mercredi au CRA2) Présence 7/7 jours (8h-18h)
Secrétariat dédié (1,9 ETP pour les 2 CRA)	0	Assurent le secrétariat pour les deux CRA en semaine
CRA de Paris-Vincennes (175 places)		
1,2 ETP médecin 0,4 ETP interne (depuis novembre 2024)	0,5 ETP médecin	2 médecins et 2 internes en rotation 1 médecin présent le matin, tous les jours de la semaine. 1 interne présent chacun 1 journée/semaine Astreinte téléphonique l'après-midi, la nuit et le weekend. Référence au SAMU en dehors des horaires d'ouverture pour les urgences.

0,1 ETP cadre de santé paramédical		Cadre de santé présent aux CRA 1 fois par semaine
11,5 ETP infirmiers	2,5 ETP infirmiers vacants	De jour : 2 ETP infirmier De nuit : 1 ETP infirmier sur les deux CRA Présence 7/7 24/24
0,5 ETP Secrétariat dédié		Présence entre 8h-17h en semaine
CRA du Mesnil Amelot (210 places)		
0,5 ETP médecin	0 ETP vacants	3 médecins (2 urgentistes de formation et 1 médecin généraliste) en rotation 1 médecin présent tous les matins de semaine. Astreinte téléphonique l'après-midi, la nuit et le weekend Référence au SAMU pour les urgences
0,2 ETP cadre de santé 7 ETP infirmiers avec complément par des vacataires intérimaires et personnel de la prison en renfort environ 2 jours par mois	4,2 ETP infirmiers vacants et de nombreuses absences	Présence infirmière de 8h à 18h sauf le dimanche
0,2 ETP psychiatre		Présence deux matinées par semaine
1 ETP secrétariat dédié	Pas de remplacement en cas d'absence	Présence de 8-16h en semaine
ZA de Lyon Saint-Exupéry (12 places)		
Pas de présence médicale ou paramédicale		Personnel infirmier de l'aéroport présent de manière inconstante
ZAPI 3 (149 places)		
3,5 ETP médecin		4 médecins en rotation Ouvert de 8h à 20h, tous les jours
1 cadre de santé paramédical 3 ETP infirmier		Présence une fois par mois Ouvert de 8h à 20h, tous les jours

109. Concernant les soins spécialistes, l'absence de dentiste sur site entraînait de nombreux renvois vers des structures externes pour des soins de base, ce qui pouvait engendrer des délais et compromettre une prise en charge adéquate, d'autant plus que la durée de séjour des personnes retenues est courte. Le CPT salue la bonne pratique mise en place à l'UMCRA de Lyon, où un examen dentaire était réalisé lors de l'admission puis transmis aux services dentaires afin de faciliter l'orientation et la priorisation des prises en charge.

110. En dépit de la reconnaissance de l'ampleur des enjeux de santé mentale, les moyens consacrés à sa prise en charge restaient insuffisants, avec une quasi-absence de psychiatres et une forte pénurie de psychologues.

Au CRA de Coquelles, la présence d'un psychologue était théoriquement prévue à 80 %, mais n'était effectivement assurée qu'à environ 30 % (trois demi-journées par semaine) et, à la date de la visite, aucun psychologue n'était en poste depuis juillet 2025. Aux CRA de Lyon et de Paris-Vincennes, un psychologue intervenait dans chaque centre à hauteur de 0,6 ETP, soit environ trois jours par semaine seulement. A la ZAPI 3, un partenariat avec un psychologue avait été mis en place pour intervenir sur demande de la personne ou proposition de la Croix Rouge. Il n'y avait pas de service de soutien psychologique à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry.

Seuls les CRA du Mesnil-Amelot disposaient d'un psychiatre (0,2 ETP soit deux demi-journées de présence par semaine, contrairement à 0,4 ETP en 2018), avec toutefois une présence très insuffisante au regard des besoins identifiés. De plus, les CRA du Mesnil-Amelot ne bénéficiaient ni de psychologue ni de personnel de santé spécialisé en addictologie. Dans les autres CRA, la prise en charge psychiatrique se limitait, dans la pratique, à l'orientation des personnes vers un établissement psychiatrique pour les situations d'urgence ou à la poursuite des soins psychiatriques dans les structures extérieures en cas de suivi antérieur à la rétention.

Le CPT recommande aux autorités françaises de pourvoir l'ensemble des postes vacants, de renforcer les dotations médicales et paramédicales en fonction de la taille des centres et de mettre en œuvre une politique durable de recrutement et d'attractivité des professionnels de santé, notamment en psychiatrie et en psychologie ainsi qu'en matière de soins dentaires.

111. Les conditions matérielles des UMCRA visitées étaient relativement bonnes et les locaux étaient organisés et bien équipés sur le plan sanitaire, à l'exception du CRA de Coquelles (voir ci-dessous). Les locaux des UMCRA de Lyon, Paris-Vincennes et Mesnil-Amelot étaient équipés de boutons d'alarme, mais pas d'alarme portative. Les UMCRA étaient dotées d'un défibrillateur semi-automatique (DSA) ainsi que de bouteilles d'oxygène et de nébuliseurs, en complément des DSA disponibles dans les zones de la police. Le personnel sanitaire était formé à l'utilisation des équipements d'urgences. Les pharmacies étaient globalement bien approvisionnées.

Les locaux de la zone médicale de la ZAPI 3, où les enfants étaient reçus, étaient propres, rangés et bien équipés. Cependant, les locaux ne disposaient pas d'un système d'alarme.

112. L'UMCRA de Coquelles présentait de graves lacunes structurelles. Les locaux étaient exigus, mal aérés, insuffisamment entretenus et inadaptés aux besoins, avec des murs en briques peu hygiéniques et des infiltrations d'eau. Il n'y avait pas non plus de salle adaptée qui puisse garantir la confidentialité des consultations (voir aussi paragraphe 114). L'approvisionnement en médicaments est assuré par la pharmacie de l'hôpital. Toutefois, les médicaments étaient stockés de manière dispersée dans des armoires non verrouillées. L'UMCRA de Coquelles ne disposait pas de DSA ou d'autres équipements d'urgence ni de bouton d'alarme.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour adapter les locaux de soins de l'UMCRA de Coquelles, et le cas échéant dans tous les CRA, aux normes d'hygiène, de sécurité tout en garantissant le respect du secret médical.

113. Mis à part à l'UMCRA de Coquelles où le service n'était pas opérant, les équipes soignantes des CRA et des zones d'attente pouvaient recourir en cas de besoin à un service d'interprétation, généralement assuré par téléphone. Toutefois, la qualité de l'interprétation s'avérait variable, ce qui compliquait particulièrement les consultations de psychologie et de psychiatrie. Pour faciliter les échanges, une personne externe à l'UMCRA faisait parfois office d'interprète, notamment aux UMCRA du Mesnil-Amelot et de Paris-Vincennes. Les équipes de soins utilisaient aussi un système de traduction automatisé afin d'éviter le recours à un interprète par téléphone, jugé moins confidentiel et susceptible d'entraver la relation de soin avec la personne.

Pour le CPT, lorsque les professionnels de santé ne sont pas en mesure de communiquer avec les personnes retenues lors des consultations médicales, des services d'interprétation de qualité professionnelle (en présentiel, à distance ou au moyen d'appareils électroniques) devraient être accessibles à toutes les personnes retenues qui en ont besoin. Il convient d'éviter d'avoir recours à d'autres personnes retenues ou aux fonctionnaires de police ayant des compétences linguistiques pertinentes pour assurer l'interprétation.

Le CPT recommande à nouveau aux autorités de prendre les mesures adéquates dans tous les CRA visités, et en priorité à l'UMCRA de Coquelles, pour assurer un recours plus systématique aux services d'interprétariat qualifié lors des consultations de santé, en particulier lors des consultations de santé mentale.

114. Concernant le respect du secret médical, les consultations dans les UMCRA visités se déroulaient généralement avec la porte fermée ou légèrement entrouverte, sans la présence d'agents. En revanche, les consultations médicales à l'UMCRA de Coquelles étaient réalisées avec la porte souvent ouverte ; les fonctionnaires et parfois d'autres personnes retenues ayant vue sur les consultations.

115. Dans aucune des structures visitées, la délégation n'a relevé de boîte aux lettres dédiée permettant d'adresser des demandes de manière confidentielle aux équipes des UMCRA.

116. La distribution des médicaments était généralement effectuée par le personnel infirmier en journée. Cependant, certains personnels médicaux (notamment infirmiers) n'osaient pas rester seuls avec les personnes retenues par peur pour leur sécurité, et la distribution de médicaments ainsi que d'autres contacts avec le personnel infirmier avaient généralement lieu en présence de policiers. Au CRA de Lyon, une grille était également installée dans la zone de délivrance des médicaments des infirmiers utilisé lors de la remise des médicaments. Dans des cas exceptionnels, la distribution pouvait se faire par la police selon un protocole écrit, notamment au CRA de Lyon. Au CRA de Coquelles, le CPT a comme par le passé, constaté que, le soir, les traitements préparés par le personnel infirmier étaient distribués par des policiers, sous enveloppe scellée. Par ailleurs, à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry, lorsqu'un traitement était prescrit, l'achat des médicaments en pharmacie était effectué par un agent de police.

117. Le CPT recommande à nouveau que les autorités françaises prennent des mesures dans les CRA visités et, le cas échéant, dans d'autres CRA, pour que toutes les consultations avec le personnel de santé se déroulent hors de la vue et de portée de voix de toute personne qui n'est pas impliquée dans la relation thérapeutique avec le patient (tel que le personnel de surveillance, les autres personnes retenues et tout autre intervenant) et dans des conditions qui garantissent pleinement le secret médical.

La présence de personnes ne faisant pas partie de cette catégorie de personnel pendant la consultation, à la demande du professionnel de santé concerné, peut être justifiée dans des cas exceptionnels. Ce type d'exception devrait être précisé dans les règlements pertinents et se limiter aux cas dans lesquels le professionnel de santé estime, sur la base d'une évaluation individuelle des risques et après avoir dûment envisagé des mesures de sécurité moins intrusives (comme la présence de personnels de santé supplémentaires ou un système d'appel), que la présence de personnel de surveillance est nécessaire pour contenir totalement les risques que semble poser la personne.

Tous les professionnels de santé devraient recevoir une formation sur les règles applicables et sur les actions nécessaires dans les situations à risque. De plus, les personnels de surveillance devraient, le cas échéant, informer pleinement le professionnel de santé de comportements antérieurs pertinents de la personne examinée.

b. examen à l'admission et prévention

118. Le CPT attache une importance primordiale à la réalisation d'un examen de santé complet de toutes les personnes arrivant en rétention. Ceci est dans l'intérêt aussi bien des personnes retenues que du personnel, et constitue une mesure sanitaire préventive et curative essentielle. Cet examen permet notamment la détection de lésions corporelles ou de signes de mauvais traitements antérieurs à l'arrivée ainsi que des vulnérabilités telles que des traumatismes liés à des violences basées sur le genre, à la traite des êtres humains ou des fragilités liées à des comportements auto-agressifs qui peuvent être amplifiés en rétention. Un dépistage des maladies transmissibles (notamment par une recherche systématique des signes de tuberculose et par un dépistage volontaire du VIH et des hépatites B et C), des maladies chroniques et affections de longue durée (telles que le diabète, l'épilepsie ou les affections nécessitant des anticoagulants) est également essentiel.

119. Un examen de santé était généralement réalisé par un professionnel de santé dans les 24 heures suivant l'admission aux UMCRA de Lyon et de Paris-Vincennes. À l'UMCRA de Lyon, la visite d'admission était systématiquement effectuée par le médecin ou le personnel infirmier en cas d'admission le week-end et, avant l'affectation en bloc en journée. À l'UMCRA de Paris-Vincennes, une visite d'admission était systématiquement réalisée par le personnel infirmier, y compris la nuit, au plus tard dans les 12 heures suivant l'arrivée.

En revanche, à l'UMCRA de Coquelles, la première consultation pouvait intervenir dès le jour de l'admission et jusqu'à 65 jours plus tard ; environ la moitié des personnes étaient reçues en consultation dans les trois premiers jours. Cependant, aux CRA du Mesnil-Amelot et de Coquelles, la visite d'admission n'était pas systématique mais uniquement proposée, au moyen d'un système d'appel des personnes retenues. Près de 20 % des patients aux CRA du Mesnil-Amelot n'avaient pas bénéficié d'un entretien d'entrée en 2024. Au moment de la visite, 18 % des personnes retenues présentes dans le centre n'avaient pas encore bénéficié d'une consultation à l'UMCRA de Coquelles, certaines étant présentes depuis près de 14 jours.

À la ZAPI 3, seules les personnes mineures non accompagnées (MNA) faisaient, en principe, l'objet d'une consultation systématique à l'arrivée. Celles de moins de 13 ans étaient ensuite vues quotidiennement par un médecin, tandis que les MNA de 13 ans et plus étaient reçues sur demande ou à l'initiative du médecin. Une consultation était également systématique pour les personnes enceintes, ainsi que pour les personnes déclarant avoir des médicaments dans leurs bagages. À la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry, l'examen de santé n'était pas systématique. Il était seulement proposé, puis réalisé sur demande.

120. Préoccupé par la situation au CRA de Coquelles, le CPT a été informé par les autorités qu'un « dialogue [serait] engagé avec l'UMCRA de Coquelles afin d'identifier les leviers d'action permettant de systématiser la proposition de la consultation d'entrée »⁶⁵. Cependant, le Comité estime qu'il ne suffit pas que le suivi médical soit simplement proposé et laissé à l'initiative de la personne retenue. Il résulte de cette pratique que les personnes retenues ne sont parfois pas vues par un membre de l'équipe de santé, ce qui engendre des risques importants, notamment en matière de transmission des maladies voire d'abandon thérapeutique. Cette problématique est illustrée par la situation d'épidémie cutanée observée sur les personnes retenues au CRA de Coquelles, décrite au paragraphe 137, ou encore le cas d'une personne rencontrée aux CRA du Mesnil-Amelot, qui se trouvait en situation de grave crise psychique et n'avait pas été vue par un membre du personnel médical depuis son arrivée au centre, 23 jours plus tôt (voir aussi paragraphe 140).

65. Voir aussi [l'arrêté du 17 décembre 2021](#) relatif à la prise en charge sanitaire des personnes retenues dans les centres de rétention administrative.

121. Le CPT recommande que toutes les personnes retenues ou maintenues bénéficient systématiquement d'un examen médical complet effectué par un professionnel de santé (un médecin ou un infirmier diplômé placé sous l'autorité d'un médecin) dès que possible et, sauf circonstances exceptionnelles, au plus tard 24 heures après son admission dans tous les CRA et zones d'attente. Une attention particulière est nécessaire au CRA de Coquelles. Dans le cas où la personne refuse de se rendre à la consultation, le médecin (ou l'infirmier) doit se déplacer auprès de cette personne au plus tôt.

122. Lorsque l'examen médical à l'admission était réalisé, celui-ci consistait généralement à effectuer un bilan global de l'état de santé (poids, tension, antécédents médicaux). Au CRA de Lyon, une particularité résidait dans le fait que ce bilan était systématiquement suivi d'un premier dépistage bucco-dentaire. Au CRA de Coquelles, il n'y avait pas de protocole d'évaluation standardisé en place.

Dans tous les lieux visités, le dépistage des maladies infectieuses (gale, tuberculose, VIH, le VHC) n'était pas systématique, mais réalisé après une évaluation médicale ou en cas de suspicion clinique⁶⁶. Le statut vaccinal des personnes retenues n'était pas vérifié à l'arrivée non plus. Cette situation est susceptible de favoriser la transmission de maladies infectieuses.

Enfin, aucune UMCRA ni les zones d'attente visitées ne procédaient à un examen systématique à l'admission visant à détecter les mauvais traitements ou les traumatismes liés à la traite des êtres humains ou à des violences basées sur le genre antérieures au placement en rétention, ni à une consignation systématique de ceux-ci dans les dossiers médicaux (voir aussi paragraphe 131 sur la consignation des lésions).

Le CPT recommande aux autorités françaises de revoir les protocoles d'examen de santé à l'admission dans tous les CRA visités, y compris les processus de dépistage et les tests volontaires (par exemple, VIH et hépatites B et C).

123. L'examen de santé à l'admission doit permettre à l'équipe soignante d'identifier les besoins spécifiques des personnes appartenant à certains groupes (femmes, enfants, personnes âgées, personnes consommatrices de substances, personnes transgenres, personnes en situation de handicap, personnes en situation de détresse psychologique), afin de mettre en place des adaptations ou, le cas échéant, de conclure à une incompatibilité avec celle-ci (voir aussi les paragraphes 147 et suivants sur l'évaluation de la vulnérabilité).

Ainsi, au CRA de Lyon un dépistage urinaire systématique à visée toxicologique était réalisé dès l'entrée, permettant d'orienter les personnes concernées vers une évaluation addictologique.

Concernant les personnes en détresse psychologique ou ayant des troubles psychiatriques, le CPT note qu'il n'existait pas de fiches d'évaluation du risque suicidaire à l'entrée ni de programme structuré de prévention des actes auto-agressifs et autres crises psychiques. Cette lacune est d'autant plus préoccupante que les agents de la police sont peu formés aux questions de santé mentale.

Les autorités ont indiqué leur volonté de renforcer les procédures de prévention du suicide et la gestion des crises, en s'inspirant des protocoles hospitaliers. Le Comité encourage cette approche et rappelle que nombre de personnes retenues ou maintenues peuvent se trouver en situation de fragilité psychologique.

La détection précoce des troubles mentaux, y compris des facteurs de risque d'automutilation et de suicide lors de l'admission en rétention, de même qu'un accompagnement et un traitement en temps utile sont décisifs pour prévenir la détérioration de l'état mental d'une personne retenue. Dès lors, il importe de faire accompagner et surveiller les personnes identifiées comme présentant un risque d'automutilation ou de suicide par une équipe pluridisciplinaire.

66. Pour les personnes en zone d'attente, un transfert vers le centre hospitalier de référence pouvait être organisé en cas de suspicion de maladie transmissible.

124. **Le CPT recommande de s'assurer que les besoins spécifiques et les vulnérabilités des personnes retenues soient identifiés dès leurs admissions dans les centres. Le CPT invite notamment les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires afin que le personnel de santé et le personnel pénitentiaire reçoivent les informations et la formation nécessaires pour reconnaître les facteurs de risque d'automutilation ou de suicide, et mettre en place les protocoles adaptés.**

125. Il convient de noter que très peu d'informations sur la prévention et la promotion de la santé étaient accessibles ou connues, aussi bien par les personnes retenues que par les agents de police. Selon le CPT, la prévention et la promotion de la santé devraient inclure la possibilité d'effectuer des dépistages tout au long de la rétention et la diffusion d'informations axées sur les problèmes de santé les plus répandus chez les personnes retenues. Des mesures ciblées de prévention et de réduction des risques devraient être proposées. De plus, la distribution de désinfectants pour réduire les risques de transmission des maladies respiratoires ou gastro-intestinales, et la mise en place de mesures de prévention des infections sexuellement transmissibles, sont essentielles.

126. Les UMCRA recueillaient des informations statistiques sur la prévalence des pathologies dans les centres. En revanche, aux UMCRA de Coquelles et du Mesnil-Amelot, l'information statistique pourrait être améliorée avec une meilleure informatisation.

Un dialogue plus ou moins soutenu existait entre les UMCRA et les services de police (voir notamment paragraphe 106). Pour le CPT, celui-ci pourrait être renforcé afin de mieux servir les objectifs de prévention sanitaire, voire à orienter les actions des UMCRA. Les professionnels de santé devraient pouvoir jouer un rôle essentiel d'information et de conseil auprès de la direction des CRA, en évaluant l'impact des conditions de vie sur la santé des personnes retenues et en recommandant les mesures à adopter pour remédier aux déficiences matérielles et d'hygiène constatées (voir paragraphe 69). Le tabagisme passif, par exemple, reste un problème significatif dans tous les centres visités.

127. **Le CPT recommande aux autorités de réexaminer régulièrement les mesures ou structures suivantes :**

- (i) **la communication d'informations actualisées et complètes sur les maladies transmissibles, à la fois aux personnes retenues (dans une langue et sous une forme qu'elles comprennent) et au personnel de police, avant et – en cas de résultat positif – après tout test de dépistage ;**
- (ii) **la préparation logistique aux épidémies respiratoires et à la propagation d'autres maladies transmissibles ;**
- (iii) **la sensibilisation et la formation du personnel à la réduction des risques liés aux actes auto-agressifs et au suicide, et à la consommation de substances ;**
- (iv) **les mesures contre le tabagisme passif ;**
- (v) **les conditions de vie qui peuvent avoir un impact direct sur la santé mentale et physique des personnes retenues ;**
- (vi) **la dotation d'un outil de pilotage par le recueil de statistiques de santé thématiques.**

c. dossiers médicaux

128. Un dossier médical individuel était systématiquement ouvert pour les personnes retenues dans les CRA visités, à l'exception du CRA de Coquelles et des zones d'attente. Cependant, même lorsqu'un dossier était ouvert, il ne comportait pas nécessairement l'ensemble des informations cliniques pertinentes relatives aux personnes concernées.

Dans la plupart des CRA visités (Lyon, Mesnil-Amelot, Paris-Vincennes), selon les entretiens avec les professionnels de santé, les dossiers médicaux semblaient globalement bien tenus, avec une bonne traçabilité des intervenants, grâce à des dossiers médicaux partagés informatisés ou, à défaut, à des dossiers papier complets. En revanche, au CRA de Coquelles, selon les informations fournies par l'ARS compétente, les personnes retenues n'avaient pas toutes un dossier médical les concernant (77 dossiers pour 90 personnes dans le centre) et moins de 50 % des dossiers mentionnaient les antécédents médico-chirurgicaux et la mesure des constantes. De plus, le recours exclusif à des dossiers papier posaient des difficultés, notamment en matière de suivi des consultations.

Dans les zones d'attente, sachant que les personnes maintenues n'étaient pas systématiquement vues par un professionnel de santé à l'admission, elles ne disposaient, de fait, pas toutes d'un dossier médical individuel. La délégation n'a pas été en mesure d'analyser le nombre et la qualité des dossiers médicaux dans les zones d'attente.

129. A l'exception des CRA de Lyon et de Paris-Vincennes, qui bénéficiaient du partage des données médicales avec le système informatique des hôpitaux de référence, aucune transmission standardisée des dossiers médicaux n'était réalisée entre les UMCRA et les établissements hospitaliers ou encore les unités sanitaires des établissements pénitentiaires. En conséquence, les personnes placées en rétention à leur sortie de prison, ou transférées d'un autre établissement, perdaient fréquemment leur suivi clinique et pouvaient interrompre leurs traitements. Cette situation porte atteinte au principe fondamental de continuité des soins.

Le CPT accueille favorablement l'élaboration en cours, par les ministères de la Santé et de l'Intérieur, d'un guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire en CRA. Ce document devrait permettre d'harmoniser les pratiques des unités médicales, de clarifier les rôles des professionnels et de renforcer la qualité et la cohérence des soins dispensés aux personnes retenues.

130. Le CPT recommande aux autorités de s'assurer qu'un dossier médical individuel, de préférence informatisé, soit systématiquement ouvert pour chaque personne examinée. Il invite également les autorités à revoir les protocoles de transmission des informations médicales entre les structures publiques (hôpitaux, établissements pénitentiaires ou autres CRA) pour assurer la continuité des soins.

d. consignation et signalement des lésions

131. En cas de blessures, un certificat de constatation de lésions pouvait être établi et conservé dans les dossiers individuels. Comme indiqué au paragraphe 122, cette procédure n'était pas systématisée, tant à l'admission, qu'après un incident ou une procédure d'éloignement suspendue. Le certificat n'était délivré à la personne retenue que sur demande, avec le risque par conséquent que certaines blessures ne soient pas constatées ni documentées sur les personnes qui ne demandent pas à être examinées. A l'UMCRA de Coquelles, 7 dossiers sur 77 (9 %) contenaient un certificat médical de coups et blessures en lien avec un incident impliquant la police. À l'UMCRA de Paris-Vincennes, sur 233 consultations réalisées entre septembre et octobre 2025, 10 (4 %) concernaient des demandes de certificats liées à des allégations de violences policières⁶⁷.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que dans le cadre de l'examen de santé à l'admission, un dossier détaillé documentant notamment tout signe de lésion soit établi. La même procédure devrait s'appliquer à la suite de tout incident violent dans les CRA, y compris lorsqu'il y a eu un recours à la force par le personnel, ou lorsqu'une opération d'éloignement est suspendue et les personnes qui manifestaient une résistance sont reconduites en CRA ou en zones d'attente.

67. Il n'a pas été possible pour l'UMCRA de Paris-Vincennes, faute de moyens suffisants, d'extraire les données relatives aux violences entre personnes retenues, le motif de consultation étant, dans ces situations, principalement d'ordre traumatologique plutôt qu'une demande explicite de certificat.

132. Dans les CRA visités, les formulaires de constat de lésions traumatiques présentaient des limites⁶⁸. Selon les indications du personnel médical, aucun ne contenait de photos, ni de schémas corporels. Seuls les certificats établis par l'UMCRA de Paris-Vincennes comportaient, de manière inconstante, une analyse de la concordance entre les blessures constatées et les allégations des personnes retenues⁶⁹.

133. Lors de sa visite, la délégation n'a été informée d'aucun cas ayant donné lieu à un signalement des UMCRA auprès des autorités judiciaires ou administratives. Aucune vérification n'a été possible compte tenu de l'absence d'accès aux dossiers médicaux. Le CPT prend note que [l'article 226-14](#) du Code pénal n'institue pas d'obligation de dénonciation des faits à la charge du médecin et lui laisse une option de conscience. Le non-respect des obligations liés à [l'article 40 du Code de procédure pénale](#) n'est pas assorti de sanctions.

Au CRA de Lyon, la délégation a été informée que le médecin invitait parfois la personne retenue à porter plainte et à demander la délivrance d'un certificat de lésions traumatiques. Cette pratique reste, pour le CPT, insuffisante.

134. Le CPT est d'avis que les unités médicales rattachées aux CRA jouent un rôle central pour prévenir et combattre les mauvais traitements et la violence entre personnes retenues, en détectant et en consignant les lésions de manière systématique et méthodique et, le cas échéant, en fournissant des informations aux autorités compétentes⁷⁰.

Le Comité recommande à nouveau aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour que, lorsque des lésions sont constatées au cours d'un examen médical, le professionnel de santé établisse un dossier comprenant les éléments suivants :

- (i) un compte rendu des déclarations faites par la personne qui sont pertinentes pour l'examen médical (y compris sa description de son état de santé et toute allégation de mauvais traitement),**
- (ii) une description exhaustive des constatations médicales objectives fondées sur un examen approfondi (étayé par un « schéma corporel » permettant d'indiquer les lésions traumatiques et par des photographies des lésions) et**
- (iii) les observations du professionnel de santé à la lumière des points (i) et (ii), indiquant le degré de compatibilité entre toute allégation formulée et les constatations médicales objectives.**

Le dossier devrait également contenir les résultats des examens complémentaires pratiqués, les conclusions détaillées des éventuelles consultations spécialisées et une description du traitement dispensé pour les lésions et de toute autre procédure suivie.

68. Pour rappel, la délégation n'a pas pu procéder à une évaluation complète de la qualité des constats de lésions traumatiques en raison de l'absence d'accès aux dossiers médicaux individuels (voir paragraphe 9). Les informations proviennent des entretiens avec le personnel médical. Au CRA de Coquelles, le formulaire électronique à remplir pour les demandes de certificat de coups et blessures ne permettait pas d'y joindre des photos ou de schéma corporel.

69. Selon les informations recueillies par le médecin de l'ARS affecté au CRA de Coquelles, sur sept constats de coups et blessures (sur 77 dossiers disponibles), quatre semblaient se rapporter à des lésions consécutives à des rixes entre personnes retenues (plaie à l'arcade sourcilière, coup au visage, clé de bras). Pour les trois autres, il n'a pas été possible de se prononcer sur les circonstances car les informations étaient trop liminaires : une fracture de la main gauche (confirmée par radiographie), une entorse (décrite comme faisant suite à « un coup ») et un compte rendu des urgences du centre hospitalier indiquant que « le patient a été victime d'agression au CRA », sans autre précision, la personne ayant refusé de se présenter à l'UMCRA.

70. Il est fait référence dans ce contexte au Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Protocole d'Istanbul), version révisée publiée en juin 2022.

La consignation des lésions traumatiques constatées lors de l'examen médical devrait se faire sur un formulaire spécialement prévu à cet effet, qui sera conservé dans le dossier médical de la personne retenue.

Les résultats de chaque examen médical, y compris les déclarations susmentionnées et les observations du professionnel de santé, devraient être mis à la disposition de la personne retenue et de son avocat sur demande.

Il devrait exister des procédures garantissant que, chaque fois que des lésions consignées sont compatibles avec des allégations de mauvais traitements faites par une personne retenue – ou qu'elles sont clairement évocatrices de mauvais traitements, même en l'absence de toute allégation –, l'information consignée soit immédiatement et systématiquement portée à l'attention de l'autorité d'enquête indépendante compétente. Les professionnels de santé devraient informer les personnes retenues concernées que la rédaction d'un tel document – et sa transmission à l'autorité d'enquête compétente – entre dans le cadre d'un système de prévention des mauvais traitements et que cette procédure de signalement ne se substitue pas au dépôt d'une plainte formelle.

Le CPT recommande de garantir que les professionnels de santé et les personnes retenues concernées ne soient jamais exposés à une quelconque forme de représailles lorsqu'ils s'acquittent de leur obligation de signalement.

Les professionnels de santé devraient suivre une formation spécialisée sur la consignation, l'interprétation et le signalement des lésions, ainsi que sur l'entretien avec des personnes susceptibles d'avoir subi des violences ou d'autres expériences potentiellement traumatisantes.

135. Par ailleurs, aucune des UMCRA ne disposait de registre des traumatismes comprenant des informations structurées relatives aux blessures survenues à la suite d'incidents, y compris les actes auto-agressifs, ce qui empêche d'avoir une vision globale de la situation dans les centres.

Le CPT recommande qu'un registre spécial des traumatismes soit créé et tenu afin d'y consigner tous les types de lésions constatées sur les personnes retenues et de permettre un suivi et une analyse statistique des incidents au niveau médical.

e. accès aux soins

136. Alors que la qualité des soins somatiques est apparue globalement satisfaisante, l'accès aux soins spécialisés était variable d'un établissement à l'autre. Pour réduire les délais, les UMCRA essayaient d'optimiser les prises en charge en mettant en place, entre autres, des créneaux dédiés aux personnes retenues, des « fiches de liaison » et des « appels à confrères ». En revanche, au CRA de Coquelles, de nombreuses personnes ont signalé ne voir que l'infirmière alors qu'un accompagnement médical semblait nécessaire selon l'évaluation des médecins accompagnant la délégation du CPT.

Le CPT recommande de garantir, dans les meilleurs délais, un accès effectif aux soins, lorsqu'ils sont justifiés sur le plan médical, pour toutes les personnes retenues.

137. Au CRA de Coquelles, les médecins de la délégation ont constaté la présence d'une épidémie cutanée active touchant au moins une vingtaine de personnes. Celles-ci présentaient des lésions cutanées aux mains, aux aisselles, au dos et à l'aîne, compatibles avec de la gale ou des piqûres de punaises de lit. Aucune intervention n'était en cours afin de traiter les personnes affectées et d'éviter une propagation. Malgré une problématique pourtant fréquente chez les personnes retenues, les informations fournies par le médecin référent de l'ARS indiquaient qu'aucun diagnostic relatif à la gale n'apparaissait dans les dossiers médicaux consultés.

Dans son dialogue avec les autorités, la délégation a demandé au titre de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention, qu'une enquête sanitaire soit effectuée sans délai afin de clarifier la situation concernant les affections cutanées observées, notamment leurs éventuelles origines (gale ou punaises de lit), et de prendre en charge rapidement les personnes concernées ainsi que de désinfecter et de désinfecter les locaux du CRA de Coquelles.

Les autorités ont indiqué dans leur communication du 17 décembre 2025 qu'il « n'a pas été possible, pour l'UMCRA d'identifier, de façon certaine, l'origine des affections cutanées observées par le CPT, la cause des lésions cutanées pouvant résulter de grattage à la suite de piqûres de punaises de lit ou de grattage liées à des prurits en rapport à une hygiène corporelle défectueuse ». En tout état de cause, les autorités françaises soulignent qu'aucun cas de gale n'a été identifié au CRA de Coquelles, « ni pendant la visite du CPT », « ni pendant la visite du médecin de la Direction générale des étrangers en France (DGEF) du ministère de l'Intérieur, le 18 novembre 2025 ».

Il convient de noter que, le médecin de l'ARS qui se serait rendu sur place cinq jours après la visite du CPT se serait a priori limité à la consultation des 77 dossiers disponibles, sans se rendre dans les zones de vie pour diagnostiquer les affections cutanées. Il n'a pas été indiqué si le médecin mandaté par la DGEF, lors de sa visite du 18 novembre, a procédé à des examens cliniques. Ni la recherche de cas de gale, ni les modalités d'examen des affections cutanées ne sont mentionnées dans la réponse des autorités.

Selon les autorités françaises, la prise en charge de la gale fait l'objet de protocoles validés et connus des équipes de l'UMCRA des Coquelles. Un nouveau protocole de lutte contre les punaises de lit dans les locaux du CRA de Coquelles a également été élaboré avec les responsables du CRA et de l'UMCRA avec la désinfection de chambres touchées par des moyens mécaniques (appareil à vapeur sèche ou emploi de canons thermiques), ainsi que le traitement du linge, dès que la présence de punaises de lit est constatée par un médecin. Le CPT prend note des mesures susmentionnées.

Le Comité invite les autorités à maintenir une vigilance accrue quant à la présence d'affections cutanées, y compris en procédant à un examen clinique de celles-ci pour en définir la cause de manière certaine.

138. Concernant la prise en charge des grèves de la faim, les mesures apparaissent globalement lacunaires dans l'ensemble des CRA visités. Selon les protocoles applicables dans les CRA visités, notamment les « fiches réflexe » de la police et les protocoles internes aux UMCRA, ces dernières devaient être rapidement avisées lorsqu'une personne retenue entamait une grève de la faim. Au CRA de Lyon, un document devait être signé par la personne en cas de grève de la faim, et celle-ci devait être vue tous les jours par le personnel de l'UMCRA. Si cette pratique témoigne d'une organisation structurée, les grèves de la faim fréquentes n'étaient pas toujours signalées au service de l'UMCRA ni documentées.

139. Le CPT est particulièrement préoccupé par la prise en charge de la santé mentale. Selon une étude nationale, 41,7 % des UMCRA constataient une dégradation de la santé mentale des personnes retenues⁷¹. Comme indiqué au paragraphe 110, le personnel soignant adéquat était en nombre insuffisant pour prendre en charge correctement la santé mentale des personnes retenues. Les troubles psychologiques et psychiatriques étaient souvent mal détectés, favorisant les actes auto-agressifs et les tentatives de suicide dans l'ensemble des CRA visités. Les prises en charge se limitaient généralement aux urgences et aux pathologies courantes, et la continuité thérapeutique n'était pas systématiquement assurée.

71. Inspection générale de l'administration (IGA) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS), La prise en charge sanitaire des étrangers placés en centre de rétention administrative, novembre 2023.

140. La délégation a notamment identifié plusieurs cas de personnes ayant des signes de troubles psychiatriques majeurs alors qu'elles ne bénéficiaient pas d'un accompagnement thérapeutique adapté. La délégation a rencontré par exemple aux *CRA du Mesnil-Amelot* une personne retenue présentant des signes manifestes de troubles de la santé mentale (chambre très sale, agitation, soliloquies, cris). Cette personne n'avait pas été vue par un psychiatre depuis son entrée au CRA, 23 jours plus tôt, alors que les autres personnes retenues s'en sont plaint à la délégation⁷². De même, au CRA de Coquelles, la délégation a été alertée par des personnes retenues de la présence d'une personne mutique et immobile, sans réponse verbale ni contact visuel. Selon les informations communiquées par l'UMCRA, cette personne refusait de prendre ses médicaments et aucune réévaluation psychiatrique n'avait été entreprise depuis plus d'un mois et demi⁷³.

En outre, à la lecture des dossiers récents dans les CRA visités, le CPT a pris connaissance de cas où les personnes furent placées « à l'isolement sécuritaire pour troubles à l'ordre public » car elles se scarifiaient. En plus, ces personnes pouvaient être entravées pour éviter qu'elles ne portent atteinte à leur intégrité physique.

Le CPT recommande aux autorités de garantir l'accès aux soins de santé mentale sans délai. Il recommande l'élaboration d'un protocole de transfert et de traitement en cas de crise psychiatrique en complément du renforcement de la présence de professionnels de santé mentale dans les CRA visités. Le personnel de surveillance devrait être sensibilisé à la reconnaissance des cas critiques nécessitant une prise en charge sanitaire. Le Comité souhaiterait également recevoir des informations concernant la prise en charge des personnes dans ces situations aux CRA de Coquelles et du Mesnil-Amelot.

141. En outre, le CPT a également pris note de plusieurs décès sans pouvoir cependant consulter de rapports d'analyses réalisés par les services médicaux.

Cela étant, selon les informations collectées, aux CRA de Paris-Vincennes, deux décès ont été signalés en 2023 : une personne retenue décédée de mort naturelle (AVC) dans sa chambre, et une autre décédée à l'hôpital à la suite d'une tentative de pendaison. Selon un rapport administratif concernant le premier cas, il apparaît que le corps médical n'aurait pas participé au massage cardiaque, laissant les policiers faire, et que l'absence d'une bouteille d'oxygène et d'un aspirateur à mucosités avait été constatée. Selon certaines informations, la seconde personne souffrait de plusieurs pathologies lourdes, au regard desquelles l'UMCRA avait établi un certificat mentionnant l'incompatibilité de son état de santé avec la rétention administrative à son arrivée dans le CRA. La personne est décédée à l'hôpital, deux semaines après sa tentative de suicide qui aura eu lieu au CRA. En 2024, un décès par pendaison a également été recensé. Selon les informations complémentaires, cette personne n'était pas considérée en état de vulnérabilité, malgré plusieurs tentatives de suicides pendant la période d'incarcération précédant son placement en rétention.

Au CRA n° 3 du Mesnil-Amelot, une personne retenue est décédée le 18 octobre 2024 à la suite d'une « probable embolie pulmonaire »⁷⁴. Selon les informations recueillies, elle aurait dû faire l'objet d'une extraction une semaine auparavant, déprogrammée faute d'escorte. Il a par ailleurs été indiqué qu'aucune prise en charge psychologique n'a été assurée pour les autres personnes retenues ayant été témoins du décès.

142. Tout comme pour les lésions traumatiques, il n'existe pas de base de données centralisée au sein des UMCRA permettant d'avoir une vision d'ensemble des événements médicaux graves, tels que les suicides et autres décès.

72. Interpellée par la délégation, le médecin de l'UMCRA a indiqué que la personne serait vue en consultation par un psychiatre le lendemain.

73. À la suite de l'intervention de la délégation, la personne a été transférée aux urgences psychiatriques.

74. La délégation n'a pas eu accès au rapport présentant les résultats de la procédure judiciaire visant à déterminer les causes du décès ou d'autopsie réalisée par l'Institut médico-légal de Paris, comme envisagé dans un rapport d'incident.

Le CPT recommande l'établissement d'un registre des événements médicaux graves dans toutes les UMCRA visitées.

143. S'agissant de l'accès aux soins liés à la consommation de substances, malgré des initiatives positives, telles que la présence d'un médecin formé en addictologie au CRA de Lyon, l'offre de soins demeurait nettement insuffisante au regard des besoins constatés.

Selon les autorités, l'évolution de la population dans les CRA a conduit à une forte croissance de la prescription de prégabaline, un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles du stress post-traumatique comme l'anxiété généralisée ou la bipolarité. Des cas de mésusage et de trafic de médicaments — notamment de Lyrica (prégabaline) et de Rivotril (clonazépam) — ont été signalés à la délégation. Bien que des protocoles encadrant les prescriptions et les usages existaient, leur application demeurait hétérogène selon les établissements. De plus, malgré l'existence de traitements médicamenteux contre les troubles liés à l'usage d'opioïdes (Subutex ou méthadone) dans les CRA visités, le traitement des addictions reposait en premier lieu sur un sevrage. Par ailleurs, la délégation n'a pas constaté de mise à disposition de naloxone dans les locaux.

Le CPT rappelle l'importance d'inclure la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances dans les centres de rétention dans une stratégie nationale globale. Un CRA ne saurait avoir pour seule vocation de sevrer les personnes présentant des problèmes de consommation de substances. Le système devrait être intégré, afin de répondre aux besoins des personnes concernées et de garantir une continuité de soins. Les UMCRA devraient notamment prévoir des interventions préventives, un accompagnement psychosocial et des traitements médicamenteux individualisés, ainsi que des programmes de réduction des risques, tels que la fourniture de matériels d'injection stériles. Par ailleurs, la naloxone devrait toujours être disponible pour répondre aux surdoses d'opioïdes et à la poly-consommation de drogues.

Le CPT souhaite recevoir des informations sur les évolutions récentes en matière d'accès aux soins liés à la consommation de substances, notamment sur la mise en œuvre d'une doctrine nationale à ce sujet et sur l'intervention dans les CRA de professionnels formés en addictologie. Par ailleurs, des mesures devraient être prises pour garantir la continuité de tout traitement médicamenteux contre les troubles liés à l'usage d'opioïdes.

144. Concernant les extractions médicales, les transferts hospitaliers et les consultations spécialisées semblaient s'effectuer sans difficulté majeure pour les CRA de Lyon et de Paris-Vincennes⁷⁵. En revanche, au CRA de Coquelles et surtout aux CRA du Mesnil-Amelot, de nombreux rendez-vous médicaux étaient reportés ou annulés⁷⁶, souvent faute d'effectifs policiers disponibles pour les escortes. Ces retards pouvaient compromettre la continuité des soins. En outre, la télémedecine n'était pas disponible dans les CRA visités, à l'exception des CRA de Paris-Vincennes pour les avis spécialistes.

Le CPT recommande à nouveau que des mesures soient prises pour assurer, sans délai, le transport des personnes retenues des CRA de Coquelles et du Mesnil-Amelot aux consultations externes. Le Comité invite également les autorités à développer les possibilités de télémedecine.

145. Le CPT demeure préoccupé par le constat que les personnes retenues, y compris celles ayant tenté de se suicider, comme observé au CRA de Lyon, étaient systématiquement menottées lors des transferts vers l'hôpital. Une telle pratique apparaît manifestement disproportionnée en l'absence d'une évaluation individuelle du risque.

75. Fin 2023, une nouvelle organisation avait été décidée aux CRA de Paris-Vincennes ce qui a permis une nette réduction des annulations d'escortes.

76. En moyenne, au niveau national, 20% des extractions pour motifs sanitaires sont annulées par manque d'escorte. Voir Inspection générale de l'administration (IGA) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS), La prise en charge sanitaire des étrangers placés en centre de rétention administrative, novembre 2023.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires dans tous les CRA en France pour que les personnes retenues ne soient menottées lors des transferts en dehors des centres que dans des circonstances exceptionnelles, sur la base d'une évaluation individuelle des risques.

146. L'accompagnement médical à l'éloignement ou à la sortie assuré par les UMCRA demeurait insuffisant et limité. Lorsque cela était possible, la personne retenue pouvait recevoir des ordonnances ou encore les coordonnées des structures pouvant assurer la continuité de la prise en charge après la sortie de la personne. Des informations pouvaient être diffusées en plusieurs langues au moyen d'affiches remises aux personnes sortantes. Lorsqu'il était possible de le prévoir, les personnes retenues recevaient également un traitement médicamenteux pour quelques jours, une ordonnance de traitement et un rendez-vous était anticipé à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou encore au Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou d'autres Centres Médico-Psychologiques (CMP), afin de faciliter la continuité du suivi post-rétention ainsi que durant l'éloignement.

Le CPT encourage les autorités à prendre des mesures complémentaires pour améliorer l'accompagnement en santé des personnes à la sortie de rétention ou en cas de retour dans leur pays.

7. Personnes en situation de vulnérabilité

147. La législation en vigueur au moment de la visite exige que la décision de placement en rétention tienne compte de « l'état de vulnérabilité » de la personne concernée et de « tout handicap » afin que le « handicap moteur, cognitif ou psychique et les besoins d'accompagnement » soient « pris en compte pour déterminer les conditions de son placement en rétention ». La personne retenue peut, indépendamment de l'examen de son état de vulnérabilité par l'autorité administrative lors de son placement en rétention, faire l'objet, à sa demande, d'une évaluation de son état de vulnérabilité par l'OFII et, en tant que de besoin, par un médecin de l'UMCRA⁷⁷.

148. En 2024, seuls 28 entretiens de vulnérabilité, réalisés à la demande des personnes retenues, avaient été conduits par les médiateurs de l'OFII au niveau national⁷⁸. Ce faible nombre pourrait suggérer que les personnes concernées ne sont pas pleinement informées de leur droit de solliciter cette évaluation de vulnérabilité.

Quant aux examens par les UMCRA, la délégation n'a pas pu recueillir de données chiffrées permettant d'apprécier la situation dans tous les CRA visités. Seul le rapport d'activité de l'UMCRA de Paris-Vincennes précise que 45 certificats d'incompatibilité avec la rétention ont été émis en 2024, contre 65 en 2023, 44 en 2022 et 81 en 2021.

149. Selon un rapport associatif, les libérations pour raisons médicales restent marginales, représentant seulement 0,7 % des cas en 2024⁷⁹. Le Comité s'interroge sur le nombre – qui selon les informations recueillies est important – de certificats médicaux émis par les UMCRA concluant à une incompatibilité avec la rétention et qui n'étaient pas suivis d'effets. La rétention était ainsi poursuivie malgré l'avis défavorable du médecin⁸⁰.

En l'absence de dossiers de suivi structurés disponibles dans tous les CRA visités, le CPT n'a pas été en mesure d'apprécier de manière précise la qualité des évaluations de l'état de vulnérabilité, les délais et les mesures effectivement mises en œuvre dans les CRA et les zones d'attente pour adapter les conditions de rétention ou revoir la décision de placement.

77. Selon l'article L741-4 et l'article R751-8, CESEDA, en vigueur depuis le 1er mai 2021.

78. Voir le rapport d'activité de l'OFII, 2024.

79. Rapport inter-associatif sur la rétention administrative 2024.

80. Comme indiqué dans le rapport d'activité de l'UMCRA de Paris-Vincennes, 2024, qui précise notamment que « ces situations sont inexplicables du point de vue de l'unité médicale ».

Toutefois, la situation apparaît en contradiction avec le constat formulé par les autorités dans leur communication au CPT du 17 décembre 2025, qui évoquent une augmentation des « problématiques d’addictions et de troubles psychiatriques » - des problématiques que le CPT considère comme facteurs majeurs de vulnérabilité - et qui, selon les autorités elles-mêmes, contribueraient à « la hausse des tensions ».

En outre, le CPT constate de façon générale des lacunes importantes quant à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et l’absence d’aménagements adéquats. La réponse se limitait très souvent à un éloignement prioritaire ou à un placement à l’isolement, tandis que le personnel de police ne bénéficiait généralement pas d’une formation adaptée à leur gestion.

150. Il n’existait par exemple pas de protocole spécifique pour la prise en charge des personnes en situation de handicap physique et les aménagements étaient largement insuffisants. Aux CRA de Paris-Vincennes, un fauteuil roulant aurait même été retiré à une personne retenue au motif qu’il était considéré comme une « arme potentielle ». Le CRA de Lyon était doté de cinq chambres adaptées, les CRA de Paris-Vincennes d’une par CRA et la nouvelle « zone jaune » du CRA de Coquelles d’une chambre adaptée. Dans les autres CRA, les locaux n’étaient pas adaptés aux personnes à mobilité réduite⁸¹.

151. Par ailleurs, en l’absence d’un protocole général de prise en charge des personnes transgenres, ces personnes, lorsqu’elles étaient identifiées, étaient le plus souvent éloignées de manière prioritaire ou isolées pendant leur rétention⁸². Selon les informations recueillies, ces personnes ne seraient pas vues par l’autorité administrative avant la décision du placement en rétention.

Le CPT prend note d’instructions de la direction de la sécurité de proximité de l’agglomération parisienne (29 mars 2023) qui rappelle la nécessité de préserver la dignité et les droits fondamentaux des personnes lors des fouilles. La personne transgenre doit être invitée à exprimer sa préférence quant au genre des agents par lesquels elle sera fouillée. Les effectifs doivent prendre en compte le genre déclaré par la personne privée de liberté et celle-ci doit être placée « dans la mesure du possible [...] en cellule individuelle ».

Le CPT s’interroge sur l’efficacité d’un placement en cellule individuelle dans des zones d’hébergement où les portes des chambres ne se ferment pas. Dans ce contexte, il convient de faire référence à la norme du CPT relative aux personnes transgenres en prison qui peut s’appliquer en grande partie à la situation de ces personnes dans les centres de rétention⁸³.

152. Le CPT invite les autorités françaises à réévaluer la qualité des protocoles existants applicables en matière de prise en charge des vulnérabilités et d’élaborer le cas échéant les protocoles spécifiques nécessaires à l’évaluation et la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité dès l’admission.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour garantir un accompagnement adapté et des aménagements appropriés des personnes retenues en situation de vulnérabilité et de privilégier des alternatives à la rétention lorsque cet accompagnement et ces aménagements ne peuvent être mis en œuvre.

81. Par exemple, la plupart des sanitaires dans les centres de rétention étaient des toilettes à la position accroupie, rendant leur usage difficile pour les personnes à mobilité réduite.

82. Selon les informations recueillies par la délégation, il y aurait eu « deux à trois personnes transgenres » hébergées en 2025 dans le CRA de Coquelles. La délégation n’a pas obtenu d’informations utiles concernant la proportion de personnes transgenres placées dans les autres CRA visités, au courant de l’année.

83. Voir notamment [CPT/Inf \(2024\) 16 – part.](#)

Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur la prise en compte des évaluations de l'état de vulnérabilité dans le processus décisionnel de placement en rétention ainsi que sur les modalités d'information concernant l'évaluation de la vulnérabilité réalisée par l'OFII.

8. Enfants

153. La loi du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration ([article 40](#)) prévoit désormais l'interdiction d'enfermer tout enfant de moins de 18 ans dans un centre ou local de rétention, même accompagné d'une personne majeure. Le CPT salue cette avancée. Il regrette cependant la non-application de la loi à Mayotte avant 2027 ([article 86](#) de la loi).

154. La loi n'exclut pas non plus le placement d'enfants, accompagnés ou non accompagnés, en zone d'attente.

Sur les 10 premiers mois de 2025, la [ZAPI 3](#) avait accueilli 86 enfants non-accompagnés, dont 12 enfants de moins de 13 ans. La durée moyenne de maintien était de sept jours pour les enfants non-accompagnés. Au moment de la visite en 2025, deux enfants non-accompagnés étaient maintenus, un enfant de 15 ans, depuis six jours, et un enfant de 5 ans, depuis deux jours. La délégation n'a pas d'informations statistiques sur le placement des enfants accompagnés et non-accompagnés à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry.

Le CPT souhaite recevoir des statistiques complètes ventilées selon l'âge, le genre et la durée des placements d'enfants non accompagnés et accompagnés, en zone d'attente en France (territoires métropolitains et d'outre-mer).

155. Au moment de la visite à la [zone d'attente de Lyon-Saint-Exupéry](#), une personne mineure de huit ans accompagnée de sa mère et d'un homme, originaires du Sri Lanka, y était maintenue. Les trois personnes étaient présentées par la police comme une « famille ». Il est toutefois apparu que ces personnes ne se connaissaient pas et qu'elles avaient été placées dans des chambres communicantes, et cela ne posait pas de difficulté selon elles. Cette agrégation de personnes en « famille » aurait pu mettre à risque la mère et l'enfant, et soulève néanmoins des interrogations. L'enfant ne semblait pas avoir accès à d'autres activités que de regarder la télévision – alors qu'il ne parlait pas français –, de dessiner et de sortir dans la cour dénuée de tout équipement adapté à son âge. La zone d'attente ne semblait pas avoir de locaux adaptés aux enfants non accompagnés.

Le CPT souhaite recevoir les observations des autorités sur cette situation ainsi que des informations concernant les dispositions prises pour l'hébergement des enfants non-accompagnés à la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry.

156. Comme en 2018, la [ZAPI 3](#) disposait d'un espace pour les familles à l'étage ainsi que d'un espace isolé réservé aux personnes mineures non accompagnées, avec trois chambres pour six places. Les conditions matérielles dans la zone dédiée aux enfants, généralement bonnes, étaient similaires à celles décrites dans le rapport de la visite de 2018. Les personnes mineures non accompagnées disposaient d'une salle d'activités conviviale avec des livres et des jeux adaptés. La petite cour attenante à l'espace qui leur était dédié était végétalisé et équipé de quelques équipements permettant aux enfants d'y pratiquer des jeux et des activités physiques.

La prise en charge des personnes mineures non accompagnées était assurée par la Croix-Rouge française. Les agents de la police aux frontières ne rentraient pas dans le lieu d'hébergement, sauf pour escorter les enfants au service médical et apporter les repas. Cinq médiatrices-interprètes (parlant plusieurs langues) se relayaient pour assurer les permanences (jour et nuit) dans la zone. Elles étaient recrutées en raison de leur expérience et/ou de leur formation (par exemple en puériculture). Lorsque l'enfant dont elles avaient la charge ne parlait pas la langue, elles pouvaient recourir à un service d'interprétation téléphonique. Une personne était dédiée aux enfants pour s'occuper d'eux toute la journée.

Selon les informations fournies, en cas de manque de place, les enfants non-accompagnés en principe de plus de 13 ans seulement pouvaient être placés à l'étage des adultes et des familles, à la condition d'être placés à côté du bureau des médiateurs et sur la base d'une analyse individuelle. Cette configuration ne garantissait pas la séparation des personnes mineures isolées des autres adultes. En 2025, neuf enfants non-accompagnés (âgés de 15 à 17 ans) auraient été placés à cet étage. Cinq d'entre eux y auraient séjourné plus de douze jours. Ces enfants n'étaient pas suivis par les médiatrices affectées à la zone dédiée mais par d'autres collègues de la Croix Rouge.

157. Le CPT émet à nouveau de sérieuses réserves quant au maintien d'enfants non-accompagnés dans les zones d'attente⁸⁴. En principe, les enfants non-accompagnés devraient toujours bénéficier d'une prise en charge spécifique et être hébergés dans des établissements dédiés, dans le respect de leur intérêt supérieur⁸⁵.

Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises de privilégier des alternatives au maintien d'enfants non-accompagnés en zone d'attente, et de s'assurer que, dans les cas exceptionnels où un enfant fait l'objet d'une telle mesure, la durée du maintien soit aussi brève possible. Il recommande aux autorités d'interdire tout placement d'enfants non-accompagnés avec des adultes.

La présence d'un personnel spécifiquement formé à la protection de l'enfance, au soutien psychosocial adapté à une analyse individuelle des besoins, et pouvant communiquer avec l'enfant devrait également être assurée. En outre, le CPT recommande que des activités structurées, régulières et adaptées à l'âge soient offertes aux enfants et que les espaces intérieurs et extérieurs dédiés aux enfants, accompagnés comme non accompagnés, soient équipés de jeux et de matériels sportifs adaptés.

9. Autres questions

a. isolements sécuritaires et sanitaires

158. Chaque CRA était doté de plusieurs « chambres de mise à l'écart », situées en dehors des zones de vie, généralement près des locaux de l'UMCRA et autres bureaux administratifs : deux chambres au CRA de Coquelles, deux dans chaque CRA à Paris-Vincennes, trois dans chaque CRA du Mesnil-Amelot, et trois au CRA de Lyon.

159. Les conditions matérielles des chambres d'isolement étaient extrêmement rudimentaires et dans un état d'hygiène déplorable. À l'exception d'un bat-flanc en béton ou d'un lit en métal fixé au sol, les chambres étaient dépourvues de mobilier (tables, chaises). Certaines étaient dotées de toilettes et d'un évier à l'intérieur, mais ces installations n'étaient pas toujours adéquatement cloisonnées, notamment aux CRA du Mesnil-Amelot. Dans la chambre d'isolement du CRA n° 1 de Paris-Vincennes, l'arrivée d'eau n'était pas fonctionnelle. Les chambres au CRA de Coquelles ne disposaient pas de toilettes ni d'évier. Alors que la superficie et la ventilation étaient généralement correctes, les chambres étaient pour la plupart très sombres. Quatre cellules d'isolement sur les six aux CRA du Mesnil-Amelot ainsi que les deux chambres du CRA n° 1 de Paris-Vincennes ne disposaient pas de fenêtre. Dans les trois chambres du CRA de Lyon, la délégation a constaté la présence de matelas en mousse et de couvertures déchirés, l'absence de draps, d'âlèses et d'oreillers, des murs couverts de projections, ainsi que des toilettes métalliques en très mauvais état d'hygiène. La situation est globalement inacceptable.

84. Voir notamment le rapport du CPT à la suite de sa visite en 2018, [CPT/Inf \(2020\) 11](#), paragraphe 68.

85. Il est fait référence aux constatations concernant la France, adoptées par le Comité des droits de l'enfant au titre du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, [CRC/C/FRA/IR/1](#), 3 octobre 2025.

Le Comité recommande que les conditions matérielles des chambres de mise à l'écart soient similaires à celles des chambres ordinaires (équipements, accès permanent à l'eau et aux toilettes) et que les moyens nécessaires à leur mise aux normes soient alloués sans délai. Le CPT recommande en particulier d'effectuer les travaux nécessaires afin de garantir, en tout temps, l'accès à un point d'eau et à des toilettes suffisamment cloisonnées.

160. Le recours à ces chambres restait peu encadré et les pratiques très variables entre les établissements⁸⁶. Avec des variations de fréquence et de motivations selon les centres, le recours aux chambres de mises à l'écart pour des raisons de « sécurité » était extrêmement élevé, notamment aux CRA de Paris-Vincennes.

Tableau III : Nombre de mise à l'isolement sécuritaire entre 2024 et 2025 dans les CRA visités (*informations extraites du logiciel Logicra par la délégation)

	2024	2025 (janvier-octobre)
CRA de Coquelles (90 places)	11	4
CRA de Lyon (140 places)	129	126
CRA n° 2 du Mesnil-Amelot (105 places)	154*	180*
CRA n° 3 du Mesnil-Amelot (105 places)	120	119
CRA n° 1 et 2 de Paris-Vincennes (175 places)	1115	532

161. Certaines personnes pouvaient être placées à l'isolement à de multiples reprises. Par exemple, neuf personnes ont été placées à l'isolement plus de 10 fois dont trois entre 15 et 25 fois aux CRA de Paris-Vincennes en 2025, et dans au moins un cas, plus d'une dizaine de fois au CRA n° 2 du Mesnil-Amelot.

162. L'isolement ne doit durer en principe que le « temps strictement nécessaire au rétablissement d'une situation normale ». L'absence de définition précise entraînait des pratiques hétérogènes d'un CRA à l'autre. Alors qu'en 2018 ces mesures étaient de courte durée (généralement quelques heures), en 2025, elles pouvaient s'étendre sur des périodes nettement plus longues. À titre d'illustration :

- Au CRA de Coquelles, en 2025, quatre personnes retenues ont été placées à l'isolement pour des périodes allant de 18 heures à huit jours ;
- Au CRA de Lyon, entre juillet et octobre 2025, la durée moyenne du placement à l'isolement était de 21 heures. 11 placements ont dépassé 24 heures, dont trois pour près de deux jours (39, 43 et 47 heures) ;
- Aux CRA du Mesnil-Amelot, la durée moyenne des mises à l'écart en 2025 avoisinait 14 heures, avec des placements de près de deux jours au CRA n° 2 et de plus de 3,5 jours au CRA n° 3 ;
- Aux CRA de Paris-Vincennes, la durée moyenne des mises à l'écart en 2025 était de près de cinq heures, avec 15 isolements ayant duré plus d'un jour, dont quatre pour plus de deux jours.

163. Selon les instructions existantes, la « mise à l'écart sécuritaire » était décidée par le responsable du centre « pour garantir la sécurité et l'ordre publics » en cas de « trouble à l'ordre public » ou de « menace à la sécurité des autres ». Elle ne devait « revêtir aucun caractère disciplinaire » et « nullement aggraver les conditions de la rétention administrative ». Dans la pratique, le CPT note que les décisions de placement pouvaient être prises par un agent de la police puis validées par le responsable du centre, et que celles-ci semblaient souvent utilisées pour répondre à des faits troublant le calme du centre, et vécues comme une sanction par les personnes retenues concernées.

⁸⁶. Les pratiques reposent notamment sur une interprétation de l'article 17 du règlement-type d'ordre intérieur (Arrêté du 2 mai 2006 pris en application du décret du 30 mai 2005 relatif à la rétention administrative), ainsi que la Circulaire [NOR IMIM1000105C](#), 14 juin 2010, et une note de service de la direction centrale de la police aux frontières, 16 mai 2013.

164. Selon la documentation consultée, les raisons pouvaient inclure : « troubles à l'ordre du centre », « virulent », « insultes », « altercations », « refus d'obtempérer », « détention de stupéfiants » ou « d'armes artisanales », « rébellion », ou « en prévision d'un vol ». Par ailleurs, dans le cadre de conflits entre personnes retenues, il arrivait que la personne victime soit également placée à l'isolement.

Les motifs de placement restaient ainsi peu clairs. Le CPT constate par ailleurs une confusion fréquente entre isolement « sanitaire » et « sécuritaire », ou encore un isolement pour des raisons de menace à la sécurité des autres personnes retenues ou pour des raisons de protection. En réalité, les personnes pouvaient aussi être placées à l'isolement « sécuritaire » si « elles avaient besoin de calme » dans des situations de détresse psychologique ou à la suite d'actes d'automutilation, au retour d'une hospitalisation de nuit (dans l'attente d'une consultation par le personnel de l'UMCRA, parfois en dépit de l'autorisation des médecins hospitaliers à retourner en rétention) ou pour des raisons de « protection » (mésententes, risques de violence, personnes transgenres, etc.).

165. L'analyse de la documentation révèle que la nécessité et la proportionnalité des mesures d'isolement n'étaient pas suffisamment motivées⁸⁷. Aucune information relative à la limitation dans le temps de la mesure n'était disponible. La délégation n'a pas non plus eu connaissance de documents analysant les raisons pour lesquelles un isolement pouvait être levé. Les rapports d'incidents des agents constituaient la source la plus complète d'informations sur les circonstances des placements. Les formulations employées (« force proportionnée », « non coopérant ») semblaient suffisantes pour justifier l'intervention, sans permettre une compréhension complète des causes et des dynamiques ayant conduit à l'isolement de la personne. Par ailleurs, la personne concernée ne recevait aucune copie de décision.

Dans les cas de placements pour protéger la personne ou lorsque ces personnes le demandaient, il n'existait pas non plus d'analyse de la vulnérabilité de la personne ou des alternatives envisagées qui pourrait justifier la mesure d'isolement comme dernier recours.

166. Selon les consignes en vigueur⁸⁸, chaque mise à l'isolement « sécuritaire » (et sa levée) devait faire l'objet d'un avis au procureur sans délai et inscrit dans le registre de rétention. Cette obligation semblait être respectée scrupuleusement. Cependant, les notifications adressées au procureur mentionnaient souvent, pour seul motif, « l'isolement sécuritaire à la suite de trouble à l'ordre public », sans autre motivation circonstanciée et ne comportaient qu'une brève description de la nature des faits. Aucune information concernant des demandes complémentaires de la part des procureurs référents n'a été soumise à la délégation.

Par ailleurs, les associations conventionnées présentes dans les centres devaient également être informées dans les meilleurs délais au cours des périodes de présence de ses représentants. La délégation a constaté que l'association n'était pas toujours informée du placement ou de sa levée, notamment aux CRA de Paris-Vincennes.

167. Le CPT recommande que le recours à l'isolement n'intervienne qu'en dernier ressort et soit strictement nécessaire après examen d'alternatives moins restrictives ou plus adaptées. Une attention particulière à l'usage des chambres de mise à l'écart aux CRA de Paris-Vincennes est nécessaire.

Le Comité recommande notamment aux autorités de clarifier les motifs d'utilisation de l'isolement « sécuritaire », y compris l'isolement en « prévision d'un éloignement ». Il recommande également d'assurer que toute mise à l'écart pour un motif lié à la santé de la personne retenue soit décidée par un médecin et ait lieu dans un environnement de soins.

De plus, une réflexion est nécessaire pour encadrer les isolements à des fins de protection et développer les alternatives à la mise à l'écart.

87. Voir aussi la [Décision n° 2025-127](#) du Défenseur des droits, 4 juillet 2025.

88. Voir notamment la note de service de la direction centrale de la police aux frontières, 16 mai 2013.

Le CPT invite enfin à ce que les rapports adressés aux procureurs soient dûment circonstanciés et que les associations conventionnées soient dûment notifiées des placements à l'isolement et de leur levée.

168. En outre, selon le droit en vigueur⁸⁹, le personnel de santé doit être informé dans les meilleurs délais de tous les placements à l'isolement pour se rendre auprès de la personne retenue au plus tard 24 heures après le début de sa mise à l'écart, pour réaliser un examen médical. Tout au long de sa mise à l'écart, la personne retenue doit pouvoir bénéficier à sa demande de l'assistance d'un professionnel de santé⁹⁰. En cas d'absence du médecin, le personnel infirmier est requis ou les urgences médicales, si nécessaire. L'heure de l'avis et de la consultation doit être renseignée sur le registre de rétention.

169. Aux CRA de Paris-Vincennes, la pratique semblait satisfaisante. Les personnes placées à l'isolement étaient vues par un médecin ou un personnel infirmier dans les minutes suivant leur placement. Une note du médecin-chef de l'UMCRA indiquait que le personnel infirmier « doit se déplacer dans la chambre du retenu dans l'heure qui suit la mise à l'écart (sauf situation urgente) pour une évaluation globale de l'état du patient : état de conscience, présence ou non de lésions traumatiques, état psychique, état général, symptômes exprimés par le patient. Cette évaluation et les éventuels actes effectués doivent être notés dans le dossier de soins. »

En revanche, selon les instructions applicables aux CRA du Mesnil-Amelot, la personne mise à l'écart devait être acheminée à l'UMCRA en dehors des horaires d'accès libre et des périodes de forte affluence. En aucun cas, les professionnels de santé « pouvaient se déplacer en chambre de mise à l'écart, sauf en cas de détresse vitale ». Les délais de visite médicale des personnes placées à l'isolement pouvaient dépasser quatre heures en dehors des horaires d'ouverture de l'UMCRA. Il apparaît de plus que, lors du placement à l'isolement au CRA n° 3 du Mesnil-Amelot, la personne retenue était simplement informée qu'elle pouvait bénéficier d'un examen médical (celle-ci pouvant répondre qu'elle ne souhaitait pas de visite du personnel de santé). L'information du placement à l'isolement n'était pas systématique et n'avait lieu que si la personne retenue en faisait la demande.

Au CRA de Lyon, entre juillet et octobre 2025, le service médical était intervenu en moyenne près de 8 heures (dans 50 % des cas plus de trois heures) après la notification du placement à l'isolement (et dans quatre cas, plus de 24h après le placement). Au CRA de Coquelles, la délégation n'a pas été en mesure de vérifier les horaires de visite de l'équipe médicale, faute d'un suivi adéquat dans les registres. Il convient de noter que selon un rapport national, 67 % des UMCRA indiquaient être systématiquement sollicitées pour voir une personne retenue placée en chambre d'isolement pour motif sécuritaire⁹¹.

170. Le CPT recommande que le personnel de santé aux CRA du Mesnil-Amelot, et le cas échéant dans d'autres CRA, soit systématiquement avisé, sans délais, afin de pouvoir se rendre, de sa propre initiative, dans la chambre d'isolement, pour constater la situation et s'enquérir lui-même de l'état de la personne retenue, sans attendre que celle-ci formule une demande de prise en charge médicale.

171. « La mise à l'écart pour raison sanitaire » relève d'une décision du médecin de l'unité médicale. De façon exceptionnelle, elle peut être initiée par le directeur du CRA (par exemple pour une pathologie hautement contagieuse) puis confirmée le plus tôt possible par un médecin de l'unité médicale. Dans les CRA visités, les mises à l'écart « sanitaires » étaient moins fréquentes que celles pour des raisons « sécuritaires » (voir le tableau IV). L'isolement était réalisé dans une chambre de mise à l'écart ou, à défaut, dans une chambre ordinaire.

89. Voir notamment la circulaire [NOR IMIM1000105C](#), 14 juin 2010, et la note de service de la direction centrale de la police aux frontières, 16 mai 2013.

90. Instruction du Gouvernement relative à l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes retenues, [NOR : INTV2119176J](#), 11 février 2022.

91. Inspection générale de l'administration (IGA) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS), La prise en charge sanitaire des étrangers placés en centre de rétention administrative, novembre 2023.

Selon les documents consultés, la majorité des cas de placement dans les chambres de mise à l'écart concernaient des isolements destinés à éviter des contagions (varicelle, gale, Covid-19, grippe). Les informations fournies ne permettaient pas de constater si des isolements en chambre ordinaire avaient été réalisés.

Tableau IV : Nombre de placements à l'isolement sanitaire en 2024 et 2025 dans les CRA visités, selon le registre de la police

	2024	2025 (janvier-octobre)
CRA de Coquelles (90 places)	3	0
CRA de Lyon (140 places)	15	10
CRA n° 2 du Mesnil-Amelot (105 places)	0	1
CRA n° 3 du Mesnil-Amelot (105 places)	0	0
CRA de Paris-Vincennes (175 places)	19	16

172. Comme indiqué ci-dessus (voir paragraphe 158), les conditions des chambres d'isolement étaient souvent dans un état déplorable et ne répondaient en aucun cas aux exigences d'un environnement à la fois thérapeutique et sécurisé pour une personne en situation de détresse psychologique ou affectée par une maladie contagieuse. La délégation n'a pas été informée de l'existence d'un stock de draps ou d'équipements pour gérer les maladies contagieuses (gale notamment) ou les risques suicidaires.

Le CPT estime que le placement en chambre de mise à l'écart à des fins d'isolement sanitaire ne devrait être admis qu'à titre exceptionnel, en l'absence de chambre ordinaire disponible. La durée du placement devrait être limitée au temps strictement nécessaire à la mise en œuvre d'un traitement de la contagion ou à l'organisation d'une hospitalisation.

173. Enfin, le CPT note positivement que les chambres d'isolement dans les CRA visités ne faisaient pas l'objet d'une vidéosurveillance, et que des boutons d'alarme avaient été installés dans les chambres d'isolement du CRA de Coquelles depuis la dernière visite du CPT en 2018. Cependant, il n'y avait pas de système d'appel dans les chambres d'isolement au CRA de Lyon. Une surveillance physique, souvent « par œilleton », y était assurée. Aux CRA de Paris-Vincennes, si les chambres étaient équipées de caméras, celles-ci ne fonctionnaient pas selon la police. Il n'y avait ni œilleton ni bouton d'appel dans les deux chambres de mise à l'écart au CRA n° 1 de Paris-Vincennes.

Seuls les CRA de Coquelles et du Mesnil-Amelot tenaient des fiches de surveillance permettant de consigner des observations relatives à la situation de la personne (par exemple, l'accès aux toilettes et à la douche, distribution de repas, examen du service médical, comportement de la personne retenue). Au CRA de Coquelles, la délégation a constaté que, malgré la consigne d'effectuer un passage toutes les 15 minutes, les rondes s'espaçaient parfois à plus d'une heure, voire étaient inexistantes la nuit (entre 21h et 7h30). Cette surveillance est d'autant plus indispensable que les chambres d'isolement dans ce centre ne disposent pas de toilettes. En l'absence de fiches de surveillance dans les CRA de Paris-Vincennes et de Lyon, la délégation n'a pas été en mesure d'évaluer la fréquence de celle-ci.

Les autorités françaises sont invitées à retirer les caméras de vidéosurveillance installées dans les chambres de mise à l'écart des CRA de Paris-Vincennes et d'améliorer la surveillance des personnes placées à l'isolement dans tous les CRA. Il convient d'installer des boutons d'appel ou des interphones dans toutes les chambres de mise à l'écart et de s'assurer qu'ils soient en état de marche.

174. Enfin, bien que théoriquement la mise à l'isolement ne suspend pas les droits de la personne retenue, qui peut continuer à recevoir des visites ou à s'entretenir avec les différents intervenants extérieurs (notamment les associations humanitaires ou l'OFII), la délégation n'a pas eu d'informations sur la mise en œuvre effective de ces droits dans les CRA visités.

De plus, les personnes mises à l'écart ne bénéficiaient d'aucune activité ni même d'un accès à un espace extérieur alors que la mesure pouvait durer plus de 24 heures.

175. **Le CPT recommande en outre que toute personne retenue placée à l'isolement bénéficie chaque jour d'une heure au moins d'exercice en plein air et de contacts humains constructifs pendant au moins deux heures par jour, de préférence davantage, et ce, dès le premier jour du placement à l'isolement.**

Il convient de prendre des mesures supplémentaires pour offrir aux personnes retenues des conditions et un traitement adéquats ; il importe qu'elles aient accès à des activités constructives et/ou sportives et qu'elles soient autorisées à utiliser leurs effets personnels.

176. La mise à l'isolement était généralement consignée dans un registre - registre de rétention ou registre des « admissions » -, des fiches de suivi⁹² ainsi que dans le logiciel informatique « Logicra » ou la main courante. La date et l'heure de début et de fin ainsi que le motif de la mesure y étaient généralement consignés.

La documentation relative à ce type de placement était cependant très succincte. Les registres ne disposaient généralement d'aucune case pour indiquer les circonstances du placement, ou l'état de la personne, ce qui se révèle particulièrement problématique lorsque l'isolement fait suite à une hospitalisation. De plus, les éventuels moyens de contrainte utilisés pour maintenir la personne retenue (menottes attachées au lit, indiqué au CRA de Lyon) ou pour qu'elle ne se blesse pas (usage du casque, aux CRA de Mesnil-Amelot) n'étaient pas consignés dans les documents relatifs à l'isolement (voir aussi paragraphe 179 sur l'usage des moyens de contrainte). Des disparités ont également été constatées entre les rapports d'incidents et les registres de placement à l'isolement, ces derniers n'étant pas consignés de manière systématique, que ce soit dans Logicra ou sur les registres papier.

b. autres mesures de sécurité

177. Le port d'arme létale était interdit dans les centres de rétention et les zones d'attente. Les fonctionnaires de police bénéficiaient de moyens intermédiaires de défense (gel lacrymogène, pistolet à impulsion électrique, bâtons télescopiques)⁹³. Dans tous les CRA visités, la délégation a observé que les agents de police ne portaient jamais d'armes à feu en zones de vie mais le pouvaient dans les zones d'admission comme cela a pu être observé au CRA de Lyon.

Dans les CRA visités, la délégation a fait à nouveau le constat que certains agents de police, en uniforme comme en tenue civile, étaient équipés de bâtons télescopiques de défense⁹⁴ et de menottes, voire parfois du gaz lacrymogène et du pistolet à impulsion électrique, y compris dans les zones de vie.

178. **Le CPT recommande à nouveau que des directives soient données afin que, dans tous les centres de rétention, y compris dans les zones d'admissions, les policiers ne portent pas d'armes.**

Le CPT réitère sa recommandation qu'il soit mis fin au port visible et systématique de moyens de contrainte (menottes, bâtons télescopiques, gaz lacrymogène, pistolet à impulsion électrique) dans les zones de vies au sein des CRA et les zones d'attente.

179. Les moyens de contrainte tel que le casque de protection, les menottes et la ceinture de contention pour les bras, pouvaient être utilisés ensemble ou individuellement, lors des opérations de maîtrise et/ou des placements à l'isolement.

92. Au CRA du Mesnil-Amelot n° 3, la fiche de suivi dans le registre de mise à l'écart est bien conçue. Elle permet de consigner la date et l'heure des avis réglementaires. Elle trace également les horaires des examens médicaux et des repas.

93. Doctrine sur l'armement du personnel dans les CRA et les zones d'attente, Instructions du ministère de l'Intérieur du 15 juin 2009 et du 26 février 2019.

94. En conformité avec la doctrine sur l'armement du personnel des CRA et des ZA, instructions du 15 juin 2009 et du 26 février 2019.

180. Concernant l'usage des menottes, le CPT déplore les constats répétés selon lesquels des personnes retenues placées en chambre d'isolement étaient parfois menottées, y compris au cadre d'un lit et sur de longues périodes, selon la documentation consultée et les entretiens. Le menottage pouvait être indiqué dans les rapports d'incidents des agents, mais aucune de ces mesures n'étaient inscrites dans les registres ou dans d'autres documents relatifs à l'isolement.

Les menottes métalliques étaient quasi-systématiquement utilisées lors des mouvements et transferts à l'extérieur des CRA. Par ailleurs, les deux salles d'attente de la zone d'admission du CRA de Lyon étaient équipées d'anneaux de fixation sur les assises en béton⁹⁵. Le CPT prend note de l'indication des autorités que ces dispositifs n'étaient jamais utilisés.

De l'avis du CPT, l'utilisation de menottes peut se justifier dans le cas où une personne retenue se comporte de manière dangereuse et sur la base d'une appréciation individuelle. En aucun cas, ce menottage ne devrait être systématique pendant les transports. De plus, attacher une personne à un objet fixe n'est pas une pratique acceptable.

181. Le CPT recommande à nouveau avec insistance aux autorités françaises d'interdire la pratique qui consiste à menotter les personnes à des objets tels que des lits ou à un point fixe. Il conviendrait également de faire enlever les anneaux de fixation dans les salles d'attente du CRA de Lyon, et le cas échéant, d'autres CRA, et de les retirer de tout cahier des charges pour les éventuelles constructions futures d'établissements.

Le Comité rappelle qu'une évaluation individuelle des risques est nécessaire pour justifier le recours aux menottes pendant les transports.

182. Le CPT prend également note du recours au casque de protection en mousse ou de la ceinture de contention dans certains cas. Alors que ce matériel est rarement utilisé au CRA de Coquelles, soit une à deux fois sur 2024-2025, la délégation a observé, à proximité des chambres d'isolement et dans l'entrée des CRA du Mesnil-Amelot, la présence d'un casque de protection prêt à l'emploi. Cependant, la délégation n'a pas reçu de rapports relatifs aux interventions réalisées en 2024 et 2025 ayant donné lieu à l'usage de moyens de contrainte tels que le casque ou le ceinturon de contention dans les CRA du Mesnil-Amelot.

S'agissant de telles ceintures de contention, le Comité considère qu'elles ne devraient jamais être utilisées dans un lieu de détention non médicalisé, en raison des risques encourus lors de leur utilisation dans un cadre autre que médical et du caractère potentiellement dégradant de cette mesure⁹⁶.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prohiber l'utilisation des ceintures de contention dans les CRA. Il recommande aussi de veiller à ce que l'application d'un casque de protection soit faite par des agents formés et que la durée d'utilisation du casque de protection soit toujours la plus courte possible. En outre, les personnes présentant un risque auto-agressif devraient rapidement être examinées par un médecin.

183. En cas d'incidents, les policiers, pouvaient utiliser dans les zones de vie un aérosol lacrymogène sous forme de gel, par exemple pour faire évacuer les personnes retenues d'un bloc vers la cour (au moins trois usages de gaz/gel lacrymogène au CRA de Lyon en juillet et octobre 2024 ainsi qu'en avril 2025) ou pour mettre fin à une rixe (par exemple le 12 octobre 2025 au CRA n° 3 du Mesnil-Amelot). La délégation a reçu plusieurs allégations d'usage de gaz lacrymogène aux CRA de Paris-Vincennes mais n'a pas pu les corroborer avec la documentation. La délégation n'a pas trouvé d'informations concernant le recours au gaz lacrymogène au CRA de Coquelles.

95. La délégation a été informée que le CRA de Lyon était considéré comme une structure modèle pour la construction de futurs CRA.

96. Voir aussi la [Décision n° 2025-127](#) du Défenseur des droits, 4 juillet 2025.

Le CPT a pris note d'un rappel des conditions d'emploi des générateurs d'aérosols lacrymogènes ou incapacitants de la DGPN datant du 5 septembre 2025. Cette « arme » est autorisée en milieu fermé à la condition que sa manipulation reste « exceptionnelle et limitée ». « Dans la mesure du possible, les aérosols lacrymogènes ne doivent pas être actionnés à moins d'un mètre d'une personne, au risque de provoquer un choc oculaire dangereux pour cette dernière. Dans l'hypothèse où le fonctionnaire serait contraint d'effectuer un usage à courte distance en direction du visage, il conviendrait d'être attentif à l'état de santé de la personne visée et de lui porter assistance, le cas échéant ».

Le CPT recommande aux autorités de retirer les aérosols lacrymogènes de l'équipement réglementaire du personnel de surveillance et, compte tenu des effets potentiellement dangereux de cette substance, d'interdire toute utilisation de gaz lacrymogène dans des espaces confinés.

184. Comme en 2018, le CPT émet de sérieuses réserves quant à l'usage du pistolet à impulsion électrique (PIE) dans des lieux de privation de liberté sécurisés. Dans la documentation consultée par la délégation, le PIE a été utilisé au moins trois fois au cours de l'année 2025 au CRA de Lyon pour « écarter les retenus et les maintenir à distance » et à deux reprises pour « mettre fin à une bagarre ».

Le CPT considère que seules des circonstances très exceptionnelles pourraient justifier le recours à des PIE dans de tels lieux, et ce, à la condition stricte que les armes en question soient utilisées uniquement par du personnel spécialement formé. Les motifs évoqués ci-dessus dans les mentions de service du CRA de Lyon ne sauraient constituer des circonstances justifiant un tel recours.

Le CPT recommande que l'usage de pistolet à impulsion électrique soit limité à des circonstances exceptionnelles strictement définies.

185. Il n'existait aucun registre spécifique permettant de retracer l'usage des moyens de contrainte et des armes (menottes, casque de protection, ceinture de contention, PIE et gel lacrymogène).

Selon les autorités, en fonction des moyens employés, l'usage des moyens de contrainte est consigné dans un ou plusieurs outils de suivi existants : main courante de la police nationale (MCPN), rapports d'incident, incident dans « Logicra ». Lorsqu'un moyen de contrainte (casque, menottes) est utilisé au cours d'un isolement, il doit être enregistré dans la MCPN et dans le registre de mise à l'isolement.

Concernant le PIE, les autorités indiquent que tout usage de ce dernier déclenche automatiquement un enregistrement de son utilisation et que l'usage du PIE en mode tir fait systématiquement l'objet d'une mention dans le traitement du suivi de l'usage des armes (TSUA). Dans les centres de rétention, il fait également l'objet d'une mention dans Logicra et d'une gestion d'événement dans la MCPN.

186. Le CPT estime qu'un registre dédié constitue un outil essentiel de traçabilité et de contrôle, permettant aux responsables de suivre la fréquence et la durée du recours aux moyens de contrainte et, le cas échéant, de prendre des mesures pour en limiter l'usage. Les mentions à consigner devraient inclure l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances des faits, les motifs du recours, l'identité de la personne l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par la personne concernée ou par des membres du personnel, ainsi que les mesures de suivi qui ont été prises.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de garantir que chaque recours à un moyen de contrainte fasse l'objet d'une consignation détaillée dans un registre unique et dédié, conformément aux éléments précités, et d'un suivi régulier par les responsables des centres de rétention.

c. contact avec le monde extérieur

187. S'agissant des visites, les personnes retenues pouvaient recevoir des proches tous les jours, dans la limite des créneaux disponibles, pour une durée comprise entre 30 minutes et une heure.

La délégation n'a pas relevé de difficulté particulière s'agissant des visites, à l'exception des CRA de Paris-Vincennes et Mesnil-Amelot où l'interdiction de tout contact physique entre les personnes retenues et leurs proches (les personnes étaient séparées par une paroi en plexiglas) ainsi que la proximité excessive des agents, ne permettait pas d'assurer un minimum d'intimité et de confidentialité lors des visites.

Par ailleurs, le nombre de visiteurs admis n'était pas réglementé de manière uniforme, ce qui entraînait des disparités entre les centres. Les visites étaient notamment limitées à un visiteur et un enfant au CRA de Lyon, générant des frustrations chez les personnes retenues ayant plusieurs enfants.

Le CPT invite les autorités françaises à retirer les parois en plexiglas dans les salles de visites des CRA de Paris-Vincennes, d'autoriser les contacts physiques entre les personnes retenues et leurs proches, et de garantir un minimum d'intimité lors des visites dans tous les CRA. Il invite également à revoir les directives relatives aux visites au CRA de Lyon, afin de les rendre moins restrictives.

188. Concernant l'accès au téléphone, toutes les zones de vie des centres de rétention et des zones d'attente disposaient d'un téléphone fixe en libre accès, mais payant et qui ne permettait pas de communiquer en toute confidentialité.

Dans l'ensemble des CRA visités, les smartphones des personnes retenues étaient gardés à l'arrivée et restitués à la sortie du centre. Un accès temporaire pouvait être accordé pour récupérer des données et, au CRA de Coquelles, pour communiquer dans un espace dédié ce qui est une bonne pratique. Les centres offraient la possibilité aux personnes retenues d'acheter un téléphone sans appareil photo, utilisable dans les zones de vie.

A la zone d'attente de Lyon Saint-Exupéry, les personnes maintenues pouvaient garder leur téléphone, y compris les smartphones, ce qui est une bonne pratique. Des appels pouvaient également être passés depuis un téléphone mis à disposition dans les espaces communs.

En revanche à la ZAPI 3, les personnes ne pouvaient pas garder leur téléphone portable. Le système de cartes prépayées permettant d'utiliser les cabines téléphoniques était obsolète. Les cabines pouvaient néanmoins recevoir des appels de l'extérieur et sonnaient presque en continu, créant une atmosphère « anxieuse ». Par ailleurs, les téléphones d'appoint mis à disposition par la Croix-Rouge ou la police n'assuraient ni un accès pour l'ensemble des personnes maintenues ni des durées d'utilisation suffisantes.

Par ailleurs, aucun réseau Wi-Fi n'était disponible dans les centres ni dans les zones d'attente.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour garantir aux personnes retenues et maintenues la possibilité de contacter leurs proches dans des conditions de confidentialité adéquates. Des solutions de gratuité pourraient également être envisagées, tel qu'un accès sécurisé à un système de communications par internet ou de visioconférence. Le CPT recommande également d'offrir un accès effectif et permanent à des téléphones fonctionnels à la ZAPI 3.

d. procédures de plainte

189. S'agissant des requêtes internes, aucune procédure écrite n'était en place ni dans les CRA ni dans les zones d'attente. Les demandes étaient transmises oralement aux agents présents en zone de vie, sans qu'un retour ne soit systématiquement fait aux personnes retenues. Seul le CRA de Paris-Vincennes élaborait un compte rendu d'activité, rédigé par le bureau de coordination des brigades de jour (BCBJ), qui recensait le nombre de doléances traitées au cours de l'année.

Le CPT invite les autorités françaises à établir un registre des requêtes internes dans les CRA et les zones d'attente. Le CPT invite également à spécifier les délais de traitement des requêtes et la façon dont les personnes sont informées des mesures prises pour répondre à leurs préoccupations.

190. Par ailleurs, la délégation n'a pas vu de boîtes aux lettres dédiées permettant aux personnes retenues de déposer directement, en toute confidentialité, leurs requêtes ou plaintes.

Le CPT invite les autorités à garantir aux personnes retenues ou maintenues la possibilité de soumettre à tout moment des plaintes ou requêtes écrites, de manière confidentielle, via des dispositifs sécurisés (boîtes à plaintes ou bornes électroniques) disponibles dans chaque centres ou zone d'attente.

191. Concernant les plaintes, les personnes placées en rétention ou maintenues en zones d'attente pouvaient saisir à tout moment les tribunaux en s'adressant aux associations présentes dans les CRA ou aux greffes des CRA ou postes de police. Cette information était disponible dans les règlements intérieurs des CRA visités et affichés en plusieurs langues dans les centres. Malgré cela, certaines personnes retenues ont rapporté ne pas savoir comment introduire une plainte ou craindre que cela entraîne des conséquences négatives sur leur procédure et leur séjour sur le territoire⁹⁷.

En revanche, le règlement intérieur disponible dans les zones d'attente ne contenait aucune indication sur les procédures de plaintes en vigueur et les affichages étaient lacunaires en la matière.

Des informations concernant la possibilité de contacter les institutions indépendantes (comme le Défenseur des droits ou le Contrôleur général des lieux de privation de liberté) et associations d'aide aux personnes retenues étaient données lors de la notification des droits.

Le CPT recommande que les procédures de plaintes soient précisées dans les règlements intérieurs des lieux de rétention et des zones d'attente ainsi que dans les livrets d'accueil remis lors de l'admission aux personnes retenues. Il recommande également que toute personne retenue soit protégée de représailles en cas de plaintes.

97. Voir aussi paragraphes 47 et suivants sur la lutte contre l'impunité.

ANNEXE I – ÉTABLISSEMENTS VISITÉS

La délégation a visité les lieux de détention suivants :

Centres de rétention administrative

- Centre de rétention administrative de Coquelles
- Centre de rétention administrative no 2 de Lyon Saint-Exupéry
- Centres de rétention administrative nos 2 et 3 du Mesnil-Amelot
- Centres de rétention administrative nos 1 et 2 de Paris-Vincennes

Zones d'attente aéroportuaire

- Zone d'attente de l'aéroport de Lyon Saint-Exupéry
- Zone d'attente (ZAPI 3) de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle

ANNEXE II – LISTE DES AUTORITÉS NATIONALES, AUTRES INSTANCES ET ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES RENCONTRÉES PAR LA DÉLÉGATION DU CPT

A. AUTORITES MINISTÉRIELLES

Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer

Cabinet du ministre

Pascale PIN	Directrice de cabinet adjointe du ministre de l'Intérieur
-------------	---

Direction des affaires européennes et internationales (DAEI)

Patrick LAPOUZE	Préfet, Sous-directeur des affaires juridiques et institutionnelles (SDAJI)
Lola MAZE	Conseillère juridique, Adjointe au chef de la mission juridique
Kevin MEKROUD	Conseiller juridique à la mission juridique de la SDAJI

Direction générale des étrangers en France (DGEF)

Eric BIERGEON	Adjoint au sous-directeur de la lutte contre l'immigration irrégulière
Marjorie AUTAIN	Adjointe au chef du Bureau de la Rétention et de l'Éloignement
Sylvie RENARD-DUBOIS	Conseillère médicale de Santé, Cabinet DGEF

Préfecture de police (PP)

Mireille LARREDE	Préfète déléguée à l'immigration
Didier MARTIN	Sous-directeur lutte contre l'immigration irrégulière

Direction générale de la police nationale (DGPN)

Renaud BERNHARDT	Contrôleur général, sous-directeur des frontières, Direction nationale de la police aux frontières (DNPAF)
Nathalie SKIBA	Contrôleuse générale, sous-directrice, (DNPAF)

Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN)

Frédéric LEST	Chef de la Section des flux transfrontaliers et du contentieux des étrangers, Bureau Sécurité des Mobilité
---------------	--

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

Marie DAUDE	Directrice, Direction générale de l'offre de soin (DGOS)
Anne HEGOBURU	Sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital, DGOS
Gaëlle PAPIN	Cheffe du bureau territoires, Europe et international, DGOS
Laora TILMAN	Cheffe du bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables, DGOS

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Direction des affaires juridiques (DJ)

Christelle THOMAS	Directrice adjointe
Milène BLANCHARD	Sous-directrice des droits de l'homme
Inès SAINT-JOLY	Conseillère juridique, Sous-direction des droits de l'homme

B. INSTITUTIONS ADMINISTRATIVES INDEPENDANTES

Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Dominique SIMONNOT	Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
André FERRAGNE	Secrétaire général
Maria DE CASTRO CAVALLI	Adjointe à la directrice des affaires juridiques
Anne-Sophie BONNET	Déléguée aux relations internationales

Défenseur des droits

Céline ROUX	Adjointe, Déontologie de la sécurité
MarieLIEBERHERR	Directrice, Direction Protection des droits affaires judiciaires
Muriel CAUVIN	Adjointe, Direction Protection des droits affaires judiciaires
BenoîtNARBÉY	Chef de pôle déontologie de la sécurité
Audrey RABOT	Juriste, pôle déontologie
Vanessa BARLIER	Juriste, pôle déontologie
Aurélié GUITTON	Juriste, pôle droits des enfants
Elsa ALASSEUR	Cheffe de pôle droits fondamentaux des étrangers
Néphéli YATROPOULOS	Conseillère affaires européennes et internationales, cabinet
Marina RASCHILAS	Stagiaire

C. ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES

Anafé (Association nationale d'assistance d'aide aux frontières pour les étrangers)
Conseil National du Barreau
Croix Rouge
Forum Réfugiés
France Terre d'Asile
SOS Solidarité/ASSFAM

« NUL NE PEUT ÊTRE SOUMIS À LA TORTURE NI À DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS »

Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme

Instauré en 1989 par la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du Conseil de l'Europe, le CPT a pour but de renforcer la protection des personnes privées de leur liberté en organisant régulièrement des visites de différents lieux de privation de liberté.

Le Comité est un mécanisme préventif non judiciaire et indépendant qui complète le travail de la Cour européenne des droits de l'homme. Il surveille le traitement des personnes privées de liberté en se rendant dans des lieux comme des prisons, des centres de détention pour jeunes délinquants, des postes de police, des centres de rétention pour étrangers, des hôpitaux psychiatriques et des foyers sociaux. Les délégations du CPT ont un accès illimité aux lieux de privation de liberté et elles ont le droit de s'entretenir sans témoin avec les personnes qui s'y trouvent. Elles peuvent avoir accès à toutes les informations nécessaires pour mener à bien leurs tâches, y compris aux documents médicaux et administratifs.

Le CPT joue un rôle essentiel dans la promotion de conditions de détention décentes, grâce à l'élaboration de normes minimales et de bonnes pratiques à l'intention des États parties et à la coordination avec d'autres instances internationales. La mise en œuvre de ses recommandations a des répercussions importantes sur l'évolution des droits humains dans les États membres du Conseil de l'Europe et exerce une influence sur les politiques, la législation et les pratiques des autorités nationales en matière de privation de liberté.



Secrétariat du CPT
Conseil de l'Europe
67 075 STRASBOURG Cedex – FRANCE
+33 (0)3 88 41 23 11
cptdoc@coe.int – www.cpt.coe.int

FRA

www.coe.int

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits humains du continent. Il comprend 46 États membres, dont l'ensemble des membres de l'Union européenne. Tous les États membres du Conseil de l'Europe ont signé la Convention européenne des droits de l'homme, un traité visant à protéger les droits humains, la démocratie et l'État de droit. La Cour européenne des droits de l'homme contrôle la mise en œuvre de la Convention dans les États membres.