COUNCIL OF EUROPE

CONSEIL DE L'EUROPE

CPT/Inf (2021) 14

Rapport

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

du 4 au 18 décembre 2019

Le Gouvernement de la République française a demandé la publication du rapport susmentionné et de sa réponse (CPT/Inf (2021) 15).

Strasbourg, le 24 juin 2021

TABLE DES MATIERES

Résumé exécutif.....ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

I. INTRODUCTION **8**

A. Visite, consultations menées par la délégation et coopération rencontrée **8**

B. Mécanisme national de prévention **11**

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES . **12**

A. Etablissements de police et de gendarmerie **12**

1. Remarques préliminaires 12
2. Mauvais traitements 13
3. Garanties contre les mauvais traitements 17
   a. garanties fondamentales 17
   b. lutte contre l'impunité 22
4. Conditions de détention 23
5. Unité médico-judiciaire de l'Hôtel Dieu à Paris 27

B. Etablissements pénitentiaires **29**

1. Remarques préliminaires 29
2. Mesures prises pour lutter contre la surpopulation carcérale 30
3. Mauvais traitements 33
4. Conditions de détention 36
   a. conditions matérielles 36
   b. régime 39
      i. régime des quartiers de détention ordinaire 39
      ii. conditions particulières d'incarcération des femmes 41
   c. régimes spéciaux 43
      i. « détenus particulièrement signalés » 43
      ii. isolement administratif et judiciaire 44
      iii. module de respect 45
      iv. « unité pour détenus violents » 45
      v. évaluation et prise en charge de la radicalisation 47

5. Services de santé 50
a. prise en charge sanitaire générale 50
b. prise en charge de la santé mentale 54
c. extractions médicales 56
6. Autres questions 57
a. ressources en personnel 57
b. contacts avec le monde extérieur 60
c. discipline 61
d. mesures de sécurité 62

C. Centre hospitalier de Cadillac 65

1. Remarques préliminaires 65
2. Présentation de l'établissement et des structures visitées 66
3. Mauvais traitements 69
4. Conditions de séjour 71
5. Traitement et prise en charge 75
6. Personnel 79
7. Isolement et contention 82
8. Garanties 87

ANNEXE I : Liste des établissements visités par la délégation du CPT 88

ANNEXE II : Liste des autorités nationales, autres instances et organisations non gouvernementales rencontrées par la délégation du CPT 89

RESUME EXECUTIF

En décembre 2019, le CPT a visité 12 établissements des forces de l'ordre (police et gendarmerie), quatre établissements pénitentiaires et un grand établissement de soins psychiatriques. Il s'agissait de la septième visite périodique en France.

La coopération avec les autorités françaises lors de la visite a été bonne. Néanmoins, le CPT a rencontré des difficultés pour accéder à des données médicales et des procès-verbaux d'audition indispensables à l'accomplissement de sa mission. De plus, malgré les recommandations formulées à de multiples reprises par le CPT, les conditions matérielles de détention dans les établissements de police, la surpopulation carcérale et les conditions dans lesquelles se déroulaient les transferts et les soins des personnes détenues en milieu hospitalier, ainsi que l'insuffisance de places en psychiatrie pour les personnes en soin sans consentement, demeurent des sources de vives préoccupations.

Police et gendarmerie

La grande majorité des personnes rencontrées n'ont fait état d'aucun mauvais traitement physique des membres des forces de l'ordre. Cependant, comme par le passé, plusieurs personnes ont indiqué avoir reçu des coups volontaires de la part de policiers lors de leur interpellation ou au sein des locaux de police. Des allégations d'insultes, y compris à caractère raciste ou homophobe, ont également été recueillies ainsi que des menaces proférées avec arme. Le CPT est également préoccupé par la technique d'immobilisation au sol parfois utilisée lors d'arrestation qui peut mener à une asphyxie posturale. Il recommande de rappeler que l'usage de la force devrait être strictement nécessaire et qu'aucune brutalité ne serait justifiée dès lors que la personne est maitrisée. Un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements devrait être rappelé régulièrement à l'ensemble des forces de l'ordre. Des mesures devraient également être prises pour renforcer la lutte contre l'impunité notamment par le port en permanence d'un numéro d'identification et l'ouverture de procédures rapides et effectives en cas d'allégations de mauvais traitements.

Le régime de la garde à vue continuait à offrir, en droit, l'ensemble des garanties contre les mauvais traitements. Cependant, dans la pratique, des mesures sont nécessaires notamment pour améliorer la qualité de la notification des droits et pour permettre l'accès effectif à un avocat en toutes circonstances.

Le CPT est extrêmement préoccupé par les conditions matérielles de détention dans certains locaux de police visités. Les personnes détenues dans ces locaux devraient pouvoir maintenir une hygiène décente et dormir sur un matelas et des couvertures propres. Il est regrettable qu'aucune avancée réelle n'ait été faite pour équiper les chambres de sûreté des locaux de gendarmerie d'un système d'appel utilisable notamment la nuit.

En ce qui concerne l'Unité médico-judiciaire (UMJ) de l'Hôtel Dieu à Paris, le CPT invite les autorités françaises à assurer que l'accès des personnes privées de liberté à cet établissement ne soit plus visible par le public. De plus, il recommande de mettre un terme immédiat à la technique actuelle de recherche des substances illicites (fouille des selles), jugée attentatoire à la dignité des personnes détenues soupçonnées d'avoir transporté des stupéfiants *in corpore.*

Prisons

Depuis 1991, le CPT constate que les maisons d'arrêt sont surpeuplées à des niveaux préoccupants, avec des taux d'occupation dépassant les 200 % dans certains établissements. Cette surpopulation en maison d'arrêt est d'autant plus saisissante que d'autres établissements sont sous-utilisés. Au moment de la visite, près de 1 500 personnes détenues dormaient sur un matelas posé au sol. Dans les trois maisons d'arrêt visitées (Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge), de nombreuses personnes détenues étaient hébergées à deux ou trois dans des cellules mesurant moins de 10 m². Le CPT appelle les autorités françaises à prendre des mesures urgentes pour que chaque personne détenue dispose d'un lit et d'au moins 4 m² d'espace de vie en cellule collective. Une stratégie globale destinée à réduire la population carcérale doit être adoptée y compris des mesures pour limiter le nombre de privation de liberté et faciliter les aménagements de peines. Le Comité salue la diminution drastique de la population carcérale lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 et demande aux autorités de l'informer de leurs intentions quant à la pérennisation de cette situation.

Au cours de la visite, un petit nombre d'allégations de violences volontaires du personnel sur des personnes détenues a été reçu ainsi qu'un nombre plus important d'allégations d'usage excessif de la force, notamment de technique de maîtrise physique douloureuse lors de placement en cellule disciplinaire. La violence entre personnes détenues était un problème prégnant dans certains établissements (Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge) et se matérialisait le plus souvent dans les coursives et les cours de promenades. Le Comité formule des recommandations spécifiques afin de prévenir toute forme de violence et garantir la sécurité des personnes détenues, y compris dans les cours de promenade.

En matière de conditions matérielles, il existait un grand contraste entre les établissements visités. La prison de Vendin-le-Vieil offrait de très bonnes conditions d'incarcération alors que les autres établissements étaient surpeuplés, vieillissants ou délabrés : problèmes de chauffage et fenêtres cassées (Bordeaux-Gradignan) ou présence de rats (Lille-Sequedin et Maubeuge). Le Comité est préoccupé par les conditions matérielles dans les quartiers disciplinaires et d'isolement, dont les cellules étaient souvent mal isolées, manquaient de lumière naturelle et dont les cours de promenade étaient trop petites et sous-équipées. A la différence de la situation constatée au centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil, la majorité des personnes détenues des autres établissements passaient quasiment toute la journée en cellule, les activités proposées ne permettant de les occuper que quelques heures par semaine au mieux.

Dans les deux quartiers pour femmes visités (Bordeaux-Gradignan et Lille-Sequedin), les femmes détenues disposaient d'une offre d'activités et de travail moindre que celles offertes aux hommes du même établissement. Les mouvements et les procédures étaient pensés pour les détenus masculins majoritaires.

Le Comité continue d'être préoccupé par le placement à l'isolement de personnes détenues pour des durées prolongées, dépassant parfois plusieurs années, en raison de son impact sur la santé mentale.

L'accès aux soins somatiques était, dans l'ensemble, satisfaisant, certaines équipes – médicale à Lille-Sequedin, infirmière à Maubeuge et psychiatrique à Maubeuge et Vendin-le-Vieil – devraient cependant être renforcées. Le CPT considère qu'il est inacceptable que des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères demeurent détenues en prison faute d'être transférées dans des structures de soins adéquates. La prise en charge de personnes détenues en unités hospitalières spécialement adaptées (UHSA) marque une avancée certaine mais les places au sein de ces structures

restent insuffisantes. De plus, le Comité déplore à nouveau que le transfert et les soins prodigués aux personnes détenues en milieu hospitalier continuent d'être le plus souvent pratiqués dans des conditions inadmissibles : recours quasi-systématique aux entraves et présence fréquente du personnel d'escorte lors des consultations.

Concernant les mesures de sécurité, les fouilles à nu devraient être motivées par une évaluation individuelle et pratiquées par étapes. Le rapport constate une surenchère sécuritaire élevant le seuil de sécurité passive de plus en plus haut notamment dans les quartiers d'évaluation et de prise en charge de la radicalisation ou au quartier d'isolement de Vendin-le-Vieil. Des mesures telles que l'ouverture des portes en présence d'un nombre accru d'agents et le port systématique de gilets pare-lame renvoient une image négative et potentiellement contre-productive de dangerosité à l'ensemble des personnes détenues. Il paraît nécessaire de sortir de cette spirale et de rétablir une approche fondée sur l'humain et la sécurité dynamique.

Psychiatrie

Au Centre hospitalier de Cadillac, la visite a porté sur le pôle médico-légal, qui compte une unité pour malades difficiles (UMD), une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ainsi qu'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), de même que sur les unités fermées de psychiatrie générale.

La très grande majorité des patients avec qui la délégation s'est entretenue a estimé que les soignants les traitaient correctement, malgré un manque ressenti de temps et de disponibilité. Un petit nombre de patients s'est néanmoins plaint d'avoir fait l'objet d'abus de langage (insultes et/ou menaces), ainsi que d'un usage excessif de la force, le plus souvent à l'occasion d'immobilisations ou de placements en chambre d'isolement, visant à maîtriser un patient agité. Le CPT regrette que le recours à la force physique de la part du personnel, soignant ou autre, qui peut parfois se justifier, n'était pas systématiquement répertorié et quand il l'était, les données ne permettaient pas de démontrer en quoi celui-ci s'était avéré strictement nécessaire et appliqué dans le respect du principe de proportionnalité.

Les conditions de vie matérielles au sein de l'établissement étaient extrêmement disparates selon les unités, les plus vétustes n'offrant que peu ou pas d'intimité aux patients, pour le repos ou la toilette notamment. Les unités fermées de psychiatrie générale étaient sous tension, souffrant d'un manque de lits et d'une suroccupation régulière. Le CPT appelle les autorités à assurer, dans l'ensemble des unités, des conditions de séjour décentes, ainsi qu'un nombre adéquat de lits en psychiatrie générale.

Le CPT a relevé la qualité et la surveillance générales des traitements médicamenteux administrés aux patients mais renouvelle de sérieuses réserves quant à la façon dont sont administrés certains traitements sur la base de prescriptions pro re nata (dites « si besoin »), plus particulièrement des injections intramusculaires de tranquillisants à action rapide, en cas d'agitation. Le CPT énonce une nouvelle fois les pratiques qui s'imposent dans de telles situations.

Les patients des unités du pôle médico-légal bénéficiaient généralement d'une offre d'activités thérapeutiques adaptées à leurs besoins. En revanche, le CPT regrette que la prise en charge des patients en unités fermées de psychiatrie générale se limitait essentiellement à un traitement médicamenteux.

Si le Comité salue l'obligation légale, depuis 2016, d'enregistrer les recours à des mesures de mise en chambre d'isolement ou de contention, il reste préoccupé du fait que le placement de patients en chambre d'isolement demeurait fréquent, voire systématique (à l'admission dans certaines unités) et

était souvent perçu par les patients comme une forme de punition. En outre, celui-ci était parfois réalisé dans des locaux inappropriés, notamment sans système d'appel. La surveillance des patients sujets à des mesures d'isolement et de contention restait largement insuffisante, tandis que leur durée était excessive et/ou insuffisamment justifiée dans les dossiers. Enfin, les registres consultés ont fait apparaître un certain nombre de lacunes, qu'il conviendrait de remédier afin de pouvoir véritablement exploiter les données, analyser les pratiques et poursuivre l'objectif affiché de réduire l'incidence de ces mesures.

I. INTRODUCTION

A. Visite, consultations menées par la délégation et coopération rencontrée

1. Conformément à l'article 7 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après « la Convention »), une délégation du CPT a effectué du 4 au 18 décembre 2019 une visite périodique en France. Il s'agissait de la quatorzième visite du Comité en France[1]. La liste des établissements visités par la délégation figure à l'annexe I du rapport.

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

- Hans Wolff, chef de la délégation
- Régis Bergonzi
- Vânia Costa Ramos
- Nico Hirsch
- Philippe Mary
- Therese Rytter.

Ils étaient secondés par Julien Attuil-Kayser et Aurélie Pasquier du secrétariat du Comité, et assistés par un expert du Comité, Timothy Harding, psychiatre et médecin légiste, ancien directeur de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève, Suisse.

3. Le rapport relatif à cette visite a été adopté par le CPT lors de sa 102e réunion, qui s'est déroulée du 30 juin au 3 juillet 2020, et remis aux autorités françaises le 22 juillet 2020. Les recommandations, commentaires et demandes d'informations formulés par le CPT figurent au gras dans le présent rapport. Le Comité demande aux autorités françaises de lui fournir, dans un délai de six mois, une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises pour mettre en œuvre ses recommandations ainsi que leurs réactions aux commentaires et demandes d'informations formulés dans ce rapport.

4. Au cours de sa visite, la délégation a tenu des consultations avec Nicole Belloubet, ministre de la Justice, Laurent Nuñez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Intérieur et Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé ainsi qu'avec de hauts fonctionnaires de ces ministères. De plus, la délégation a rencontré Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, Jacques Toubon, Défenseur des droits, et des membres de leurs équipes respectives ainsi que des représentants de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. Elle s'est également entretenue avec des membres d'organisations non gouvernementales. La liste des autorités nationales, des instances et des organisations consultées lors de la visite figure à l'annexe II du présent rapport.

---

1 Les précédentes visites périodiques du CPT en France ont eu lieu en 1991, 1996, 2000, 2006, 2010 et 2015. Le Comité a aussi effectué sept visites *ad hoc*, en 1994 (deux visites), 2002, 2003, 2004, 2008 et 2018. Tous les rapports de visite du CPT et les réponses du gouvernement français ont été publiés et sont disponibles sur le site internet du Comité (https://www.coe.int/fr/web/cpt/france).

5. La délégation a bénéficié d'une bonne coopération de la part des autorités françaises alors même que la visite s'est déroulée au cours de mouvements de grèves d'envergure nationale qui ont eu des conséquences directes sur le programme de la délégation. Dans ce contexte, il convient de saluer l'assistance apportée avant, pendant et après la visite par Valéry Turcey, agent de liaison du CPT, ainsi que Karine Rochet, Eglantine Leblond et Anne Freudenreich de la sous-direction des droits de l'Homme du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Dans la plupart des établissements visités, la délégation a obtenu un accès rapide aux lieux, personnes de son choix et documents nécessaires à l'accomplissement de son mandat, y compris lorsque la visite des lieux n'avait pas été notifiée à l'avance. Toutefois, plusieurs aspects ont été problématiques.

Le premier concerne l'accès aux informations de nature médicale. La délégation a constaté que les professionnels de santé rencontrés sur le terrain interprétaient d'une façon très hétérogène les prérogatives du CPT en la matière. Dans la plupart des établissements, cet accès s'est fait sans difficulté particulière. Dans certains services ou unités d'établissements pénitentiaires ou de santé visités, cet accès a été limité, voire refusé aux membres de la délégation. Plus précisément, à l'Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) du centre hospitalier de Cadillac, à l'Unité sanitaire du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, et au Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) du centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, cet accès a été conditionné au consentement des patients. A l'Unité sanitaire du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, la présence d'un médecin-inspecteur de l'Agence régionale de santé fut imposée comme condition supplémentaire tandis qu'au Service médico-psychologique régional (SMPR) du même établissement cette condition fut suffisante sans solliciter le consentement des patients. Enfin, au SECOP, la délégation n'a pas été autorisée à consulter le registre des mesures d'isolement au motif qu'il comportait les noms des patients et elle n'a pas pu obtenir la liste des patients hospitalisés. En outre, dans ce même service, le médecin de la délégation n'a pas été autorisé à rencontrer un patient avec qui il souhaitait s'entretenir, l'équipe médicale de l'unité estimant ce patient inapte à consentir à l'entretien. Pour ces raisons, la délégation a décidé de ne pas poursuivre sa visite dans cet établissement.

De telles restrictions, notamment celles liant l'accès au dossier médical au consentement du patient, posent des problèmes pratiques évidents (par exemple pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, personnes transférées ou décédées, barrière linguistique insurmontable). En particulier lors de la visite d'établissements de taille plus importants, la délégation n'est pas en mesure d'interroger l'ensemble des personnes privées de liberté. Pour travailler efficacement, elle doit examiner un grand nombre de dossiers (y compris les dossiers médicaux) avant de s'entretenir avec une sélection de personnes. Pour le Comité, de telles restrictions sont contraires à l'article 8 §2 d) de la Convention établissant le CPT. Ces restrictions mettent en péril l'accomplissement du but de la Convention qui est de protéger les personnes privées de liberté contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants par un mécanisme non judiciaire, à caractère préventif, fondé sur des visites.

L'autre difficulté concerne le refus de donner accès aux procès-verbaux d'audition réalisés par les forces de l'ordre, au motif que ces documents sont couverts par le secret de l'instruction. Dans certains établissements de police, la délégation a été informée, au cours de sa visite, qu'elle ne pouvait avoir accès qu'aux procès-verbaux de garde à vue qui récapitulent les modalités d'exercice des droits. Dans certains cas, les procès-verbaux de garde à vue et les registres *ad hoc* étaient lacunaires. Les informations permettant d'évaluer précisément la mise en œuvre effective des droits (par exemple, la présence effective d'un avocat ou la notification faite aux parents d'une personne mineure placée en garde à vue) figuraient uniquement dans les procès-verbaux d'audition. Pour le CPT, l'accès à ces informations est une question essentielle pour pouvoir effectuer son travail d'analyse et protéger les personnes privées de liberté de la torture ou de traitements inhumains ou dégradants.

Dans un courrier daté du 13 mai 2020, les autorités françaises ont reconnu que l'accès aux dossiers médicaux et aux pièces de procédure dans le cadre d'une instruction judiciaire soumis au secret médical et de l'instruction. Elles ont également souligné que des mesures *ad hoc* avaient été prises dans le contexte de la visite pour faciliter le travail de la délégation. Les autorités, tout en confirmant leur engagement à coopérer pleinement avec le CPT pour le bon accomplissement de son mandat, ont estimé qu'il s'agit de règles de droit dont devrait tenir compte le CPT dans sa recherche d'informations conformément à l'article 8 §2 d) de la Convention.

Dans son travail de terrain, le CPT s'attache à prendre en compte, autant que faire se peut, les spécificités du droit national tout en accomplissant pleinement son mandat. Le Comité est soumis au principe de confidentialité en application de l'article 11 de la Convention[2]. Cette dernière prévoit que le Comité ait un accès illimité aux dossiers administratifs et médicaux personnels sous réserve des règles de confidentialité prévues à l'article 11. La prévention des mauvais traitements en vertu d'un traité international que la France a ratifié ne peut et ne doit pas être subordonnée aux règles nationales de protection des données. Dès lors, afin d'assurer le fonctionnement effectif du mécanisme préventif instauré par la Convention, il importe de trouver les solutions durables qui permettront, à l'avenir, l'accès auxdits documents qui contiennent des informations nécessaires au Comité pour l'accomplissement de son mandat. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures immédiates pour garantir à ses délégations un droit d'accès aux informations à caractère médical et aux documents de procédure pénale nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Lors des futures visites, les autorités devraient communiquer à la délégation les instructions écrites transmises aux Autorités régionales de santé et aux membres des forces de l'ordre concernant le droit d'accès aux dossiers des personnes privées de liberté.**

6. Le CPT rappelle, une nouvelle fois, aux autorités françaises que le principe de coopération, tel que prévu à l'article 3 de la Convention, ne se limite pas aux mesures prises pour faciliter la tâche des délégations durant les visites. Les Parties à la Convention se doivent aussi de prendre des mesures effectives pour améliorer la situation à la lumière de ses recommandations. Dans ce contexte, il convient de noter la volonté des autorités françaises de mieux encadrer le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements psychiatriques. Néanmoins, il est regrettable de constater que des recommandations importantes, formulées de longue date, n'ont toujours pas été mises en œuvre. Comme lors de la précédente visite périodique de 2015, les conditions matérielles de détention dans les établissements de police, la surpopulation carcérale, l'insuffisance de places pour les personnes en soins sans consentement dans les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les conditions de transfèrement et de soins des personnes détenues en milieu hospitalier sont source de vives préoccupations. Le CPT insiste à nouveau pour que les autorités françaises prennent des mesures résolues afin d'améliorer les situations spécifiques mentionnées, à la lumière des recommandations formulées dans ce rapport, dans le respect du principe de coopération qui est au cœur de la Convention.

7. Depuis l'entrée en vigueur de la Convention, la France a systématiquement demandé la publication des rapports de visite assortis de leurs réponses. Ces dernières années, le Comité des ministres et l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe ont encouragé les États membres à demander la publication automatique des futurs rapports de visite du CPT et des réponses[3]. **Les autorités françaises sont invitées à envisager une telle publication automatique.**

---

2 « Les informations recueillies par le Comité à l'occasion d'une visite, son rapport et ses consultations avec la Partie concernée sont confidentielles. »

3 Voir, en particulier, la Résolution 2160 (2017) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe adoptée le 26 avril 2017, et la réponse du Comité des ministres à la Recommandation 2100 (2017), adoptée le 29 novembre 2017.

B. Mécanisme national de prévention

8. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est le mécanisme national de prévention en application du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Chaque année, il effectue quelque 150 visites dans des établissements où des personnes sont privées de liberté et publie un rapport pour chacune de ces visites. Il a récemment fait évoluer le contenu de ces rapports qui contiennent désormais des recommandations distinctes pour la direction de l'établissement et pour les autorités nationales ainsi que des bonnes pratiques susceptibles d'être dupliquées dans d'autres établissements. En plus des rapports de visite, la Contrôleure générale publie régulièrement des avis et des rapports thématiques sur des sujets particuliers. Depuis la précédente visite du CPT, huit recommandations en urgence ont été publiées. Le CPT note que le CGLPL a publié en 2016 des recommandations en urgence relatives à la maison d'arrêt pour hommes de Fresnes arrivant aux mêmes conclusions que celles formulées par le Comité dans son rapport de 2015 notamment en matière de conditions matérielles et d'allégations d'actes de violence de la part de certains membres du personnel[4].

Le CPT bénéficie d'une très bonne collaboration avec le CGLPL dont les travaux ont permis de faciliter la préparation de la visite.

[4] Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 décembre 2016 relatives à la maison d'arrêt des hommes du centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), CPLX1636077X.

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRECONISEES

A. Etablissements de police et de gendarmerie

1. Remarques préliminaires

9. La délégation s'est rendue dans 12 établissements de la police nationale et de la gendarmerie dans différentes municipalités de France métropolitaine au cours de sa visite (voir la liste complète des établissements visités en annexe I).

10. La loi prévoit plusieurs types de privation de liberté par les forces de l'ordre notamment l'ivresse publique et manifeste, la vérification d'identité et la garde à vue.

L'article L 3341-1 du Code de la santé publique prévoit que l'ivresse publique et manifeste constatée dans un lieu public doit être suivie par le placement de la personne en cellule de dégrisement, jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé ses pleines capacités. Avant le placement en cellule de dégrisement, un médecin examine la personne concernée et délivre un certificat de non-hospitalisation. Le temps nécessaire au dégrisement est à l'appréciation des forces de l'ordre sans qu'elles soient tenues d'effectuer une mesure de l'état d'ivresse. La délégation a constaté des pratiques différentes en la matière. Si la plupart des membres des forces de l'ordre attendaient que l'alcoolémie soit revenue à zéro, d'autres autorisaient une libération avant ce seuil. Les locaux des forces de l'ordre disposent parfois de cellules de dégrisement dédiées, dans le cas contraire les personnes concernées sont placées dans des cellules séparées des personnes gardées à vue.

En plus de la question de la surveillance nocturne insuffisante dans certains établissements de gendarmerie (voir ci-après paragraphe 34), **le CPT invite les autorités françaises à adopter une politique homogène, la moins restrictive possible, concernant le terme de la privation de liberté en matière d'ivresse publique et manifeste.**

11. La vérification d'identité est effectuée par un officier de police judiciaire (OPJ) à l'issue d'un contrôle d'identité[5]. Cette mesure doit avoir pour seul but de déterminer l'identité de la personne et ne peut durer plus de *quatre heures*. Cette durée s'impute, s'il y a lieu, sur celle de la garde à vue ultérieure. Comme indiqué dans le rapport relatif à la visite de 2015, la loi du 3 juin 2016[6] permet de prolonger une vérification d'identité pour une durée de quatre heures s'il « existe des raisons sérieuses de penser que [le] comportement [de la personne concernée] peut être lié à des activités à caractère terroriste ». Lors de sa visite, la délégation a constaté un recours extrêmement limité à cette disposition. Néanmoins, le CPT considère qu'en cas de suspicion d'activités à caractère terroriste, il importe de prévoir les mêmes garanties que dans le cadre de la garde à vue et **invite les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires**.

---

5 Article 78-3 du code de procédure pénale (CPP).

6 La loi renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement.

12. La garde à vue est la disposition la plus fréquemment utilisée[7] en matière de privation de liberté par des forces de l'ordre. Définie à l'article 62-2 du code de procédure pénale (CPP), elle a en principe une durée maximale de *48 heures*. Le CPP prévoit deux régimes dérogatoires permettant de prolonger la privation de liberté jusqu'à 96 heures en matière de délinquance et criminalité organisées et jusqu'à 144 heures en matière de terrorisme. Environ un quart des gardes à vue dure plus de 24 heures. Les autorités françaises n'ont pas été en mesure de fournir au CPT le nombre de gardes à vue prises en application d'un deux régimes dérogatoires. **Le Comité souhaite recevoir les données pour les années 2017, 2018 et 2019 concernant le nombre de décisions prolongeant des gardes à vue dans le cadre du régime dérogatoire ainsi que le nombre de décisions relatives au report de l'accès à l'avocat tel que décrit au paragraphe 24.**

13. La loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice apporte plusieurs changements concernant la garde à vue. La présentation physique ou par vidéoconférence d'une personne à un procureur avant la prolongation de sa garde à vue est désormais facultative, et l'information de l'avocat lors du transport d'une personne en garde à vue est limitée aux seuls actes nécessitant sa présence.

Cette législation prévoit aussi que la prolongation de la garde à vue peut être autorisée en vue du seul déferrement devant un magistrat. Dans ce contexte, la délégation a constaté, en consultant des registres de police, que certaines personnes étaient placées en garde à vue en fin d'après-midi et passaient la nuit en garde à vue pour n'être auditionnées que le lendemain matin, pour parfois être libérées rapidement après. De telles situations semblaient principalement se justifier par l'indisponibilité d'un OPJ pour entendre les personnes gardées à vue. Le CGLPL a effectué des constatations similaires[8]. Le CPT s'interroge sur l'opportunité de maintenir ou de prolonger une privation de liberté avec pour motif principal l'indisponibilité d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire. **Le Comité souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur ce point.**

2. Mauvais traitements

14. Comme lors des précédentes visites, la grande majorité des personnes rencontrées par la délégation, tant dans les postes de police et gendarmerie que dans les maisons d'arrêt, et qui avaient été récemment interpellées par les forces de l'ordre n'ont fait aucune allégation de mauvais traitements physiques.

Cependant, comme par le passé, un nombre non négligeable de personnes, y compris des mineurs, ont indiqué avoir reçu des coups volontaires, notamment au visage ou dans les côtes, lors de l'interpellation une fois immobilisées. Ces allégations, dont certaines ont été corroborées par des constatations médicales, concernaient exclusivement des actes commis par des policiers. A titre d'illustration, une personne a indiqué à la délégation que les policiers, après l'avoir menottée, lui auraient frappé la tête contre le véhicule de police. Le CPT est particulièrement préoccupé par les constatations réalisées dans les deux cas suivants :

---

7 Selon les informations fournies par les autorités, 415 004 placements en garde à vue ont eu lieu en 2018 et 360 316 pendant les 10 premiers mois de 2019.

8 Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2018*, page 72.

- Le premier cas concerne le placement en cellule de garde à vue à l'hôtel de police de Lille d'une personne à mobilité réduite le 8 décembre 2019. Cette personne, rencontrée le même jour par la délégation, a allégué avoir été poussée de son fauteuil roulant, menotté dans le dos, trainée sur le sol jusqu'à une cellule et frappée par des policiers (coups de poing). La personne a indiqué avoir porté plainte concernant ces faits. Les vidéos consultées par la délégation corroboraient ces allégations.

- Le second cas concerne une situation constatée au commissariat du 19e arrondissement de Paris. Lors d'un contrôle dans une rue à Paris, un homme aurait eu des échanges avec trois policiers le 15 décembre 2019 au matin. Voyant les policiers vernir vers lui pour l'interpeller, il aurait levé les mains et n'aurait pas opposé de résistance. Les policiers lui auraient « sauté dessus », l'auraient frappé à la tête y compris avec une matraque et aspergé de gaz lacrymogène. Ausculté par un médecin de la délégation le même jour, l'homme présentait des tuméfactions visibles de l'extérieur sur la lèvre, une lésion traumatique interne de la gencive et avait l'incisive droite cassée, avec une fracture oblique. L'ensemble de ces lésions étaient compatibles avec les allégations de la personne.

D'autres allégations d'usage excessif de la force par des policiers ont été reçues, notamment des plaquages intempestifs au sol au moment de l'arrestation. Plusieurs personnes ont relaté avoir été immobilisées au sol par deux ou trois membres des forces de l'ordre avec des pressions exercées au niveau des jambes, du thorax, de la nuque, et parfois avec un pied écrasant le visage. Dans ce contexte, le CPT tient à rappeler que de telles techniques d'immobilisation présentent un risque non négligeable d'asphyxie posturale[9].

Concernant le recours aux menottes, les autorités ont souligné que leur usage était strictement encadré et contrôlé par les juridictions. Des personnes, dont un mineur, se sont néanmoins plaintes de menottages trop serrés.

Par ailleurs, la délégation a reçu des allégations de menaces, de l'usage d'un langage inapproprié (notamment du tutoiement) ou d'insultes, y compris à caractère raciste, homophobe ou transphobe, de la part de policiers. Une personne, faisant partie d'un groupe désigné comme « black bloc » et rencontrée par la délégation à l'hôtel de police de Bordeaux, a indiqué que, lors de son arrestation, un canon d'arme à feu lui a été mis sur la tempe par un policier qui l'insultait alors qu'elle était allongée sur le sol et menottée.

Le CPT est conscient des mesures prises dans le but de prévenir les violences policières et l'usage excessif de la force. Il a pris connaissance du contenu du code de déontologie commun à la police nationale et à la gendarmerie ainsi que des obligations normatives qui incombent aux forces de l'ordre[10]. Il note que la formation initiale et continue des fonctionnaires de police comporte un enseignement dédié à la déontologie et à la prévention des mauvais traitements. Surtout, les plus hautes autorités politiques françaises ont récemment délivré aux forces de l'ordre un message très clair en matière d'exemplarité. Le ministre de l'Intérieur a ainsi insisté sur la nécessité de faire un usage proportionné de la force dans ses vœux à la police nationale le 13 janvier 2020. Le CPT prend également note des annonces faites par le ministre de l'Intérieur en juin 2020 sur l'interdiction de la prise dite de l'étranglement et de s'appuyer sur la nuque ou le cou d'une personne maintenu au sol ; deux pratiques considérées comme dangereuses. Les autorités françaises ont constitué un groupe de travail sur les techniques et les moyens matériels de substitution qui devrait rendre ses conclusions en septembre 2020.

---

9 Voir *mutatis mutandis* « l'éloignement des étrangers par la voie aérienne », CPT/Inf (2003) 35, paragraphe 34.

10 Notamment l'article R.434-17 du code de la sécurité intérieure, relatif à la protection et au respect des personnes privées de liberté.

Toutefois en raison des éléments qui précèdent ainsi que des constats réalisés au paragraphe 30, **le CPT réitère sa recommandation aux autorités françaises de poursuivre leur action en matière de prévention de la violence policière de sorte que les corps de direction et de commandement délivrent régulièrement un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements à l'ensemble des agents placés sous leur responsabilité. Ils doivent clairement énoncer que toute forme de mauvais traitements, notamment les insultes et menaces, y compris avec usage d'une arme, infligée notamment au moment de l'arrestation ou du transport, est rigoureusement interdite et que les auteurs de tels actes, ceux qui les encouragent et ceux qui les tolèrent feront l'objet de sanctions adaptées.**

De plus, ils doivent rappeler avec la plus grande fermeté qu'au moment de procéder à une interpellation, il ne faut pas employer plus de force qu'il n'est strictement nécessaire et que, dès lors que les personnes interpellées sont maîtrisées, rien ne saurait justifier de les brutaliser. En outre, ils doivent faire clairement comprendre à leurs agents que, s'il est jugé indispensable de procéder au menottage d'une personne interpellée, celui-ci ne doit en aucun cas être excessivement serré ; il convient de rappeler à cet égard qu'un menottage excessivement serré peut avoir de sérieuses conséquences médicales (lésions ischémiques parfois irréversibles, par exemple). L'utilisation de la force et/ou de moyens de contrainte susceptibles de provoquer une asphyxie posturale ne devrait constituer qu'un ultime recours et une telle utilisation, dans des circonstances exceptionnelles et pour une durée la plus brève possible, afin de réduire au minimum les risques pour la santé de la personne concernée.

Le Comité souhaite recevoir des informations détaillées sur les mesures prises concernant les deux cas décrits ci-dessus ainsi que sur les mesures prises pour donner suite aux déclarations de juin 2020.

15. Depuis l'automne 2018, la France a connu d'importants mouvements de protestation, d'abord en lien avec le mouvement des « gilets jaunes », puis liés à des revendications sociales, y compris au moment de la visite. Ces mouvements se sont matérialisés par des manifestations annoncées ou spontanées ainsi que des occupations de site ou d'espaces publics (des ronds-points notamment dans le cadre du mouvement des « gilets jaunes »). Ils ont aussi entraîné de nombreuses opérations de maintien de l'ordre.

Certaines de ces opérations ont pu générer des privations de liberté. Au cours de la visite, la délégation a recueilli des informations concernant notamment la pratique d'encerclement dite des « nasses » ou « encagement ». Lors de rassemblements ou de manifestations, des groupes de personnes ont été encerclés par des forces de l'ordre et n'ont pu sortir de cet espace qu'après une période prolongée. Selon des informations concordantes, il a été fait usage de gaz lacrymogènes ou d'armes intermédiaires contre des personnes ne pouvant sortir de cet espace clos par les forces de l'ordre. Certaines de ces personnes ont ensuite été amenées dans un lieu pour faire l'objet d'une privation formelle de liberté, contrôle d'identité ou garde à vue. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises quant au régime juridique applicable à ces situations ainsi que les justifications légitimant les pratiques d'encerclement et les modalités d'emploi de moyens de contrainte dans ce contexte.**

16. Comme lors de la précédente visite périodique, la délégation a constaté que des objets tels que les soutiens-gorge[11] et les lunettes étaient souvent enlevés lors du placement d'une personne en cellule de garde à vue. Si la pratique n'est pas apparue systématique, elle semblait très fréquente. A quelques exceptions près, les personnes privées de liberté concernées avec qui la délégation s'est entretenue avaient dû se défaire de ces objets. Surtout, la quasi-totalité des membres des forces de l'ordre rencontrés a indiqué que, pour eux, le retrait de ces objets était systématiquement réalisé pour des raisons de sécurité. Plusieurs ont même indiqué à la délégation qu'un tel retrait était « obligatoire » et que ces objets n'étaient restitués qu'au terme de la garde à vue. Dans ce contexte, le CPT prend note des données chiffrées recueillies par l'Inspection générale de la police nationale (IGPN) en 2018, uniquement relatives au retrait des soutiens-gorge[12].

Le CPT rappelle que ces mesures appliquées de manière indiscriminée sont inopérantes si elles ont pour but de prévenir les suicides ou les actes malveillants, les personnes placées en garde à vue continuant de disposer d'autres objets, notamment leurs vêtements, leur permettant éventuellement un passage à l'acte. Il rappelle également que des personnes laissées sans lunettes peuvent être en incapacité de voir correctement leur environnement immédiat. Surtout, la confiscation des objets personnels en question est perçue par les personnes concernées comme une forme d'humiliation et les place en situation d'infériorité d'autant plus lorsqu'elles font l'objet d'audition par des OPJ ou des magistrats sans ces objets. **Le Comité invite les autorités françaises à garantir que le retrait d'un vêtement ou de lunettes durant la garde à vue ne soit jamais systématique et soit strictement nécessaire et fondé sur une analyse individualisée de la situation.**

17. Le CPT attache une attention particulière à l'emploi de pistolets à impulsions électriques (PIE) notamment à l'encontre de personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes sous l'emprise de stupéfiants ou d'alcool). Selon les informations fournies par les autorités françaises lors des entretiens initiaux, les déclarations d'utilisation de PIE sont passées de 872 en 2015 à 1820 en 2018 au sein de la police nationale. Cette augmentation, trouve sa source dans le déploiement et le recours accrus de cette arme dont l'emploi se fait majoritairement en mode « contact » - application de l'arme directement sur le corps - (57,3 %). Les autorités ont constaté une baisse des dommages corporels qui s'expliquerait par un recours à la force raisonnée. Les informations fournies par la police nationale indiquent que, dans près de la moitié des interventions (48 %), l'usage du PIE a eu lieu dans un milieu fermé (domicile, commissariat, urgences hospitalières), il s'agit alors de gérer des individus souffrant de troubles psychiatriques ou alcoolisés ou sous l'empire de produits stupéfiants, des tentatives de suicide (5 %), des différends familiaux ou conjugaux violents (5 %).

Le CPT prend note de la révision en 2017 des instructions communes relatives l'emploi du PIE[13] qui soulignent que le PIE est une arme dont « il convient de ne pas sous-estimer la dangerosité ». Ces instructions indiquent que le PIE peut être notamment utilisé en cas de légitime défense des personnes et des biens ou dans le cadre de l'état de nécessité. Elles listent des précautions d'emploi, interdisent de viser la tête et invitent à tenir compte de l'état des personnes présentant une vulnérabilité comme les personnes blessées, les femmes enceintes ou les malades cardiaques. Il est cependant regrettable que ces nouvelles instructions ne tiennent pas compte de précédentes

---

11 Opération en général réalisée sans que la personne ne doive se déshabiller.

12 Selon une étude menée par l'IGPN (« mesures de sécurité prises au cours de la garde à vue – le retrait des soutiens-gorge des femmes gardées à vue - » datée du 3 avril 2019) d'avril à décembre 2018, « la mention du retrait du soutien-gorge figurait dans 1 640 fouilles sur les registres concernant 2 862 femmes placées en garde à vue » dans 86 lieux de garde à vue.

13 Instruction relative à l'usage et l'emploi des armes de force intermédiaire dans les services de la police nationale et les unités de la gendarmerie nationale (n° 233500/GEND/CAB du 27 juillet 2017 et n° 4585A/DGPN du 2 août 2017).

préconisations du Comité concernant les circonstances légitimant l'emploi de cette arme, la nécessité de limiter l'utilisation de l'arme directement sur le corps ainsi que son utilisation sur des mineurs[14].

Le CPT invite à nouveau les autorités françaises à encadrer davantage l'emploi du PIE en proscrivant son utilisation à l'encontre de mineurs, en limitant son utilisation aux cas de danger réel et immédiat pour la vie ou un risque évident de blessures graves ainsi qu'en revoyant son usage en mode « contact ».

3. Garanties contre les mauvais traitements

a. garanties fondamentales

18. Les garanties fondamentales contre les mauvais traitements sont la reconnaissance et l'exercice effectif du droit d'être informé de ses droits, d'aviser un proche ainsi que d'accéder à un médecin et un avocat. Le CPT note avec satisfaction que ces garanties sont reconnues par la loi pour les personnes placées en garde à vue.

19. Les personnes gardées à vue sont informées de leurs droits oralement au début de la mesure puis par écrit. La procédure prévoit qu'elles signent un formulaire récapitulant leurs droits. Les forces de l'ordre disposent, en principe, de formulaires d'information dans de nombreuses langues et peuvent se faire assister d'un service d'interprétariat. En application de l'article 803-6 du CPP, un document énonçant les droits doit être remis à la personne lors de la notification de sa garde à vue et elle doit être « autorisée à conserver ce document pendant toute la durée de sa privation de liberté »[15].

Dans plusieurs établissements, la délégation a consulté un formulaire « déclaration des droits » qui précisait qu'il était « remis à une personne placée en garde à vue » et que l'intéressé pouvait « conserver le document pendant toute la durée de la garde vue ». Dans quelques établissements de police seulement, ce formulaire était disponible en langues étrangères notamment en anglais et en arabe dans les bureaux des OPJ. Ailleurs, les membres des forces interrogées ne disposaient que de la version française et ne semblaient pas savoir que de multiples versions linguistiques du formulaire étaient disponibles en ligne. De plus, les formulaires présentés ne reprenaient pas l'ensemble des droits garanties par le droit en vigueur, en particulier la possibilité d'effectuer un appel téléphonique et, pour les mineurs, les dispositions relatives à l'avocat ainsi qu'un adulte lors des auditions.

Selon les éléments recueillis au cours de la visite, l'information orale était le plus souvent réalisée correctement. Certaines personnes ont cependant indiqué avoir signé le formulaire des droits sans explications ni possibilité d'en prendre connaissance. Plusieurs n'avaient plus souvenir de son contenu peu de temps après. Les autorités ont indiqué qu'il pouvait arriver que le document d'information ne soit pas laissé en cellule pour des raisons de sécurité. Dans la pratique, aucune des personnes rencontrées par la délégation n'avait pu conserver ce document en cellule. Certains avaient pu déposer ce document avec le contenu de leur fouille, les autres n'avaient pas reçu le document. Plusieurs membres des forces de l'ordre ont même considéré que la possibilité de garder le formulaire était inconcevable, voire « dangereuse » lorsqu'elle a été évoquée par la délégation. Il est à noter que le formulaire n'était même pas affiché dans les cellules visitées par la délégation. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour rappeler l'obligation de remettre aux personnes gardées à vue un formulaire à jour récapitulant leurs droits, dans une langue qu'elles comprennent, et leur permettre de le conserver en cellule.**

---

14 Voir CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 16.

15 Ces dispositions découlent notamment de la mise en œuvre de la directive 2012/13/UE du 22 mars 2012 relative au droit à l'information dans le cadre des procédures pénales.

20. Lorsque la personne placée en garde à vue n'est pas en état de comprendre et d'exercer consciemment ses droits, notamment en cas d'intoxication alcoolique ou par des psychotropes, la notification et l'exercice des droits sont *de facto* différés. Dans les établissements visités, les membres des forces de l'ordre attendaient que la personne ait repris ses esprits, voire ait une alcoolémie de zéro, pour initier la procédure de la garde à vue. Malgré la situation des personnes concernées, la délégation a constaté à plusieurs reprises que les droits relatifs à l'ivresse publique et manifeste, notamment l'examen systématique par un médecin, n'étaient pas mis en œuvre. **Le CPT recommande que toute personne privée de liberté en état d'intoxication soit vue immédiatement par un médecin.**

21. Comme lors de la précédente visite, la délégation a constaté que, lors des gardes à vue, l'information d'un tiers par un membre des forces de l'ordre était généralement réalisée en application de l'article 63-2 du CPP. Néanmoins, plusieurs personnes, y compris des mineurs, ont indiqué ne pas avoir eu confirmation que l'information de leur placement en garde à vue avait bien été transmise. Aucune disposition normative n'impose une telle confirmation. De plus, il est regrettable que cette notification n'était pas effectuée si le numéro de téléphone était à l'étranger.

Depuis le 15 novembre 2016, l'article 63-2 II du CPP permet à une personne de parler directement avec un tiers de son choix si cela ne rentre pas en conflit avec l'enquête. Le CPT salue cette nouvelle disposition législative. Dans la pratique, cette possibilité était cependant très faiblement utilisée notamment car il revient à l'OPJ d'en apprécier l'opportunité en fonction des besoins de l'enquête. Il ressort aussi des constatations faites par la délégation que ce droit n'est que très rarement expliqué aux personnes concernées. **Le CPT recommande aux autorités françaises de renforcer les procédures relatives au droit d'informer un tiers de sa privation de liberté en informant systématiquement la personne gardée à vue de la transmission ou non de l'information, en permettant d'appeler un numéro à l'étranger et en améliorant l'information sur la possibilité d'effectuer directement un appel.**

22. La loi du 3 juin 2016 a mieux encadré la possibilité exceptionnelle de différer l'information d'un tiers. Désormais, le procureur de la République, à la demande de l'OPJ, ne peut reporter ou refuser l'exercice de ce droit que dans des circonstances exceptionnelles[16]. Si la garde à vue est prolongée au-delà de 48 heures, le report de l'information à un tiers ne peut être maintenu que par décision d'un juge selon les mêmes motifs. Pour les ressortissants étrangers, l'information des autorités consulaires ne peut être différée plus de 48 heures.

Il convient de saluer le rôle accru conféré aux magistrats pour pleinement contrôler le report de l'exercice de ce droit. Cependant, le CPT continue de considérer que ce report devrait être limité dans un texte normatif à une période maximale de 48 heures, quel que soit le type d'infraction en cause. Cela constitue un juste équilibre entre les nécessités de l'enquête et les intérêts de la personne placée en garde à vue. **Le Comité recommande, une nouvelle fois, que les mesures nécessaires soient prises afin de garantir à toute personne placée en garde à vue le droit de faire informer un tiers de ce placement, en tout état de cause après 48 heures.**

---

16 Article 63-2 du CPP : « Si cela est indispensable au regard des circonstances afin de permettre le recueil ou la conservation des preuves ou de prévenir une atteinte grave à la vie, à la liberté ou à l'intégrité physique d'une personne ».

23. Le droit relatif à l'accès à l'avocat pour les personnes majeures est resté inchangé depuis la précédente visite périodique. Les personnes gardées à vue peuvent avoir un entretien confidentiel avec un avocat, pour une durée maximale de 30 minutes, dès le début de la mesure. L'avocat a accès à différentes pièces de procédure et peut assister aux auditions et confrontations de son client. Les personnes rencontrées par la délégation ont, dans l'ensemble, indiqué avoir pu exercer ce droit. Cependant, plusieurs ont indiqué que l'OPJ les avait dissuadées de faire appel à un avocat en indiquant que « cela risque de retarder la procédure » ou « ce n'est pas nécessaire », parfois alors que la personne mise en cause était entendue pour des faits criminels sans en avoir été informée. Certains gendarmes ainsi que des personnes gardées à vue dans des zones rurales ont aussi mentionné des difficultés à rencontrer leur avocat notamment en soirée ou en fin de semaine. Cette carence entraînait parfois des auditions sans l'assistance d'un avocat. **Le CPT recommande aux autorités françaises de rappeler aux membres des forces de l'ordre qu'ils ne doivent pas influencer la décision d'une personne concernant le recours à un avocat. De plus, des efforts doivent être poursuivis afin de permettre un accès effectif à un avocat en toutes circonstances. En cas de carence non imputable aux forces de l'ordre, un enregistrement vidéo de l'audition devrait être envisagé.**

24. Malgré les précédentes recommandations du CPT, le droit français prévoit toujours la possibilité de différer la présence de l'avocat lors des auditions et confrontations pendant 12 heures, voire 24 heures, sur décision du procureur de la République dans le cadre du régime de droit commun de la garde à vue[17]. Cette mesure n'affecte cependant pas la possibilité d'avoir un entretien confidentiel au début de la garde à vue.

Le régime dérogatoire de la garde à vue permet à un juge de différer jusqu'à 72 heures tout contact avec l'avocat, y compris l'entretien initial, pour des raisons impérieuses liées aux circonstances particulières de l'affaire. Le CPT note que cette décision est prise par un magistrat dans une décision écrite et motivée.

L'interpellation et la période pendant laquelle une personne est soumise à un interrogatoire de police sont les moments où le risque d'intimidation et de mauvais traitements physiques est le plus grand. En conséquence, l'accès à un avocat pendant cette période est une garantie fondamentale non seulement pour garantir l'équité de la procédure, mais surtout pour prévenir les mauvais traitements. L'existence de cette possibilité aura un effet dissuasif sur ceux qui seraient enclins à maltraiter les personnes détenues ; en outre, un avocat est bien placé pour prendre les mesures qui s'imposent si des personnes sont effectivement maltraitées. Dans le même temps, le Comité reconnaît qu'il peut être exceptionnellement nécessaire de retarder l'accès d'une personne détenue à l'avocat de son choix. Toutefois, cela ne devrait pas avoir pour conséquence le refus total de l'assistance d'un avocat pendant la période en question. En pareil cas, il convient d'organiser l'accès à un autre avocat indépendant dont on peut être certain qu'il ne portera pas atteinte aux intérêts légitimes de l'enquête.

Le CPT appelle, une nouvelle fois, les autorités françaises à amender le Code de procédure pénale afin de garantir, en toutes circonstances et à toute personne placée en garde à vue, le droit d'être assistée par un avocat dès le début de la mesure. Le pouvoir, pour un procureur ou un juge, de différer l'exercice du droit d'être assisté par un avocat, y compris lors des auditions et confrontations, ne devrait viser que l'avocat du choix de la personne gardée à vue ; la possibilité de faire désigner un avocat indépendant, par exemple par le bâtonnier, doit être prévue.

---

17 Article 706-88 du CPP.

25. Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin. Cette possibilité est à nouveau proposée lors de la prolongation de la mesure. L'examen est obligatoire dans le cadre du régime dérogatoire de la garde à vue ainsi que pour les mineurs de 16 ans. Le médecin se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue. Sauf en cas de circonstances insurmontables, l'examen doit intervenir dans un délai de trois heures à compter du moment où la personne en a formulé la demande. L'examen peut avoir lieu dans les locaux des forces de l'ordre, dans des unités médico-judiciaires, dans des cabinets privés de médecin ou à l'hôpital. Les forces de l'ordre privilégient la réalisation de cet examen dans leurs locaux afin d'éviter un transfèrement. A Paris, les consultations peuvent être réalisées dans les locaux de police par un médecin de l'unité médico-judiciaire (UMJ) ou directement dans les locaux de l'UMJ (voir paragraphe 36).

Comme lors de la précédente visite, la délégation a constaté que cette garantie était généralement observée ; les personnes qui en faisaient la demande pouvaient voir un médecin, quelquefois après une attente de plusieurs heures. Cet accès était parfois difficile en soirée ou la nuit, notamment en zone périurbaine ou rurale. L'examen se déroulait de manière confidentielle soit dans une pièce spécifique, parfois équipée d'un évier et d'un lit, soit dans un bureau qui sert également pour l'entretien avec l'avocat.

Sur la base d'entretiens avec les personnes privées de liberté, mais aussi avec plusieurs médecins, la délégation a constaté que les consultations étaient souvent très sommaires. Trois situations particulièrement préoccupantes ont été constatées. A l'hôtel de police de Bordeaux, deux personnes en garde à vue n'avaient pas reçu leur médication quotidienne dix heures après avoir été examinées par un médecin à qui elles avaient fait connaitre ce besoin et alors que ces médicaments leur avaient été retirés en début de garde à vue. A l'hôtel de police de Roubaix, le médecin rencontré par la délégation a indiqué qu'il n'estimait pas devoir se soucier des mauvais traitements ou d'en faire état dans un certificat allant même jusqu'à en justifier leur éventuelle existence. La confidentialité des observations médicales n'était pas assurée. De plus, il ne faisait montre d'aucune indépendance par rapport à la police. A l'UMJ de l'hôpital Hôtel Dieu de Paris, un médecin a expliqué qu'un constat de lésions traumatiques[18] ne pouvait être établi qu'à la demande d'un OPJ ou d'une autorité judiciaire. Le certificat ou autre document relatif à l'examen était remis uniquement aux autorités, le patient n'en recevant pas copie. Un constat ne pouvait être réalisé à la demande d'une personne gardée à vue, sauf réquisition judiciaire. Si, au cours de la consultation, un patient amené par la police faisait état d'allégations, le médecin devait se borner à consigner les éventuelles blessures au dossier du patient, sans pour autant établir de certificat, et lui conseiller de porter plainte, après la garde à vue. Dans ce cas, les informations initialement consignées pouvaient être communiquées.

Plus généralement, la délégation a pu consulter des certificats médicaux en lien avec de possibles mauvais traitements. S'ils décrivaient parfois des lésions traumatiques, certains étaient incomplets et ne contenaient notamment pas les allégations de la personne examinée, la compatibilité des blessures constatées avec la description des violences, ni de schéma corporel ou de photos, et n'étaient jamais transmis aux autorités de poursuite compétentes. Pour le CPT, un examen médico-légal doit être ordonné chaque fois qu'une personne privée de liberté allègue avoir été maltraitée[19]. **Le Comité recommande aux autorités françaises de garantir le respect de la confidentialité et de l'indépendance du personnel médical intervenant dans les locaux des forces de l'ordre ainsi que de la mise en œuvre des mesures préconisées au paragraphe 80 concernant l'établissement de constats de lésions traumatiques pour toute allégation de mauvais traitements lors d'une privation de liberté des forces de l'ordre.**

---

18 Descriptions des blessures et évaluation de l'incapacité temporaire de travail (ITT) consignées dans le dossier médical de l'établissement.

19 Voir CPT, 14e rapport général (2003-2004), paragraphe 29.

26. Au cours des différentes étapes de la garde à vue, les forces de l'ordre avaient la possibilité de se faire assister d'un interprète professionnel, en général, par le recours à un service téléphonique. Plusieurs agents et personnes privées de liberté ont mentionné avoir utilisés un tel service. Néanmoins, certaines personnes ne parlant pas bien le français ont indiqué à la délégation ne pas avoir pu bénéficier d'une telle assistance à toutes les étapes de la procédure, particulièrement lors de la consultation médicale ou de l'entretien avec leur avocat. **Le CPT invite les autorités françaises à offrir une interprétation durant l'ensemble des étapes de la garde à vue.**

27. Le CPT note avec satisfaction les modifications normatives intervenues depuis la visite de 2015 concernant l'accès à l'avocat et la présence d'un adulte responsable pour les mineurs privés de liberté[20]. Tout mineur, retenu comme placé en garde à vue, doit désormais être assisté, dès le début de la mesure, d'un avocat désigné par lui ou ses représentants légaux. En l'absence d'une telle désignation, un procureur, un magistrat ou un OPJ demande la désignation d'un avocat commis d'office. Au cours de l'audition, le mineur doit en principe être accompagné par un des titulaires de l'autorité parentale ou un adulte approprié[21].

Dans la pratique, l'assistance d'un avocat semblait être pleinement mise en œuvre. En revanche, comme pour les adultes, la notification des droits était souvent imparfaite. De plus, la délégation a reçu de la part des forces de l'ordre des interprétations différentes concernant la présence effective d'un adulte responsable pour les mineurs lors des auditions. **Le Comité encourage les autorités françaises à assurer la notification de l'ensemble des droits aux mineurs et de garantir la présence, en principe, d'un adulte responsable lors de leur audition de garde à vue.**

28. La délégation a constaté une dispersion des informations dans de multiples registres papiers et informatiques notamment au sein de la police nationale. Ainsi, certains établissements de police du nord de la France utilisaient deux logiciels pour y recenser plus ou moins les mêmes informations. Malgré cette multiplicité, les registres n'étaient pas toujours correctement remplis et ne permettaient pas de suivre les mesures prises dans le cadre de la garde à vue en dehors de l'établissement de police ou en cas de transfèrement. A titre d'exemple, le registre d'écrou consulté au commissariat de Cenon comportait de nombreuses lacunes (absence de la date et de l'horaire de sortie pour sept personnes gardées à vue récemment). Dans ce contexte, le déploiement du logiciel IGAV (« informatisation de la gestion des gardes à vue ») est à saluer. **Le CPT encourage les autorités françaises à prendre les mesures nécessaires afin que l'ensemble des garanties contre les mauvais traitements (accès à un médecin, à un avocat, notification d'un tiers et information des droits) soit correctement consigné au sein d'un même registre papier ou informatique.**

---

20 Modifications introduites notamment par l'article 31 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 et l'article 94 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 en lien avec la transposition de la directive (UE) 2016/800 du 11 mai 2016 relative à la mise en place de garanties procédurales en faveur des enfants qui sont des suspects ou des personnes poursuivies dans le cadre des procédures pénales.

21 Un adulte approprié peut être désigné par le mineur si les titulaires de l'autorité parentale ne se manifestent pas ou si les enquêteurs ou un magistrat l'estiment dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

b. lutte contre l'impunité

29. Depuis 2014, les membres des forces de l'ordre doivent porter un numéro permettant leur identification soit sur leur uniforme soit sur leur tenue civile ; un arrêté détermine les situations exceptionnelles où ce port n'est pas obligatoire[22]. Comme évoqué lors des entretiens initiaux, le port d'un tel identifiant renforce la transparence dans l'exercice des missions régaliennes et facilite l'identification d'un agent en cas d'allégation d'abus par une victime ou un témoin.

Dans la pratique, il apparaît cependant que le port de ce numéro n'est pas systématique. Lors de la visite, la délégation a constaté que moins de la moitié des membres des forces de l'ordre en uniforme rencontrées portaient ce numéro. Ainsi, seul un faible nombre d'agents postés devant le siège du ministère de l'Intérieur au moment de la visite portait leur numéro d'identification. L'absence d'un identifiant lors des interpellations ou des opérations de maintien de l'ordre rend plus difficile le traitement des plaintes par les services d'inspection comme les autorités judiciaires. Bien que susceptible de faire l'objet d'une sanction, il semble que l'absence du port du numéro d'identification n'ait jamais fait l'objet de poursuites disciplinaires. Le CPT note que le ministre de l'Intérieur a rappelé le caractère impératif du port de ce numéro dans ses vœux de 2020 à la police nationale. **Le Comité encourage les autorités françaises à assurer que l'ensemble des forces de l'ordre porte en permanence un numéro d'identification.**

30. La prévention effective des mauvais traitements requiert également qu'en cas de plainte ou de suspicion d'un mauvais agissement par les forces de l'ordre, des enquêtes soient menées avec célérité, de manière approfondie et par des personnes entièrement indépendantes de l'institution mise en cause. De telles mesures sont le seul moyen de prévenir l'impunité. Selon les informations fournies par les autorités, 73 policiers et gendarmes ont fait l'objet de procédures disciplinaires pour des violences commises sur personnes privées de liberté entre 2016 et décembre 2019. Au sein de la police nationale, six fonctionnaires ont été radiés des cadres pour de telles violences. L'esprit de corps et la culture prévalant au sein des forces de l'ordre peinent encore, semble-t-il, à faire émerger un nombre significatif de signalements de la part d'agents qui rapporteraient des faits imputables à un ou des collègues.

En France, il existe deux inspections des services des forces de l'ordre : l'Inspection générale de la police nationale (IGPN) et l'Inspection générale de la gendarmerie nationale (IGGN). Ces inspections, rattachées au ministère de l'Intérieur, sont chargées de diligenter les enquêtes administratives et judiciaires en cas de plainte contre un membre des forces de l'ordre. Comme relevé dans le rapport relatif à la visite de 2015, elles ne sont pas pleinement indépendantes et ne peuvent s'autosaisir. Le Défenseur des droits dispose d'un mandat spécifique relatif à la déontologie de la sécurité. Lorsqu'il est saisi, il effectue un travail d'intérêt, mais rencontre parfois des difficultés à obtenir les informations nécessaires à l'exercice de son mandat[23] et ses conclusions ne sont pas systématiquement suivies par les autorités notamment en matière d'ouverture de poursuites. Ainsi, ses demandes de poursuites disciplinaires ne seraient jamais suivies par les administrations concernées.

---

22 Pour la police nationale, le port du numéro d'identification individuel est régi par l'arrêté du 24 décembre 2013. Les exceptions concernent les agents chargés de la sécurité des sites de la direction générale de la sécurité intérieure, des bâtiments diplomatiques à l'étranger et des tenues d'honneur.

23 Voir par exemple la décision n° 2019-299 du 10 décembre 2019 relative aux difficultés d'identifier un policier cagoulé ayant fait un usage disproportionné de la force.

De plus, il n'existe pas de système unifié entre la police et la gendarmerie de compilation des statistiques sur les plaintes ainsi que sur les poursuites et les sanctions disciplinaires et pénales à l'encontre de membres des forces de l'ordre. Un tel instrument pourrait notamment permettre d'analyser plus finement les tendances et de prendre des mesures appropriées. Enfin, il ressort que les personnes poursuivies pour outrages ou violences envers des membres des forces de l'ordre sont, en général, jugées très rapidement, le plus souvent en comparution immédiate, alors que les plaintes concernant les violences policières sont traitées dans des délais beaucoup plus longs, souvent d'une année au minimum. **Le CPT encourage les autorités françaises à renforcer leurs efforts pour prévenir l'impunité au sein des forces de l'ordre notamment en garantissant la pleine autonomie et l'auto-saisine des mécanismes d'inspection et en compilant et, le cas échéant, publiant des statistiques unifiées à ce sujet.**

Plus généralement, **une culture professionnelle doit être développée dans laquelle l'attitude correcte consiste à signaler les cas de mauvais traitements par des collègues ; il doit être clairement compris que s'agissant des mauvais traitements, la culpabilité s'étend non seulement à ceux qui les ont infligés, mais aussi à toute personne qui sait ou qui devrait savoir qu'il y a mauvais traitements et qui n'a pris aucune mesure pour les empêcher ou les dénoncer. Le Comité souhaite recevoir des statistiques concernant les procédures administratives et judiciaires ouvertes à l'encontre des membres des forces de l'ordre en 2017, 2018 et 2019 en relation avec des allégations de mauvais traitements ainsi que les suites données à ces procédures.**

4. Conditions de détention

31. Conscient que certains locaux étaient dans un état vétuste ou inadaptés, les autorités françaises ont récemment engagé des moyens financiers supplémentaires pour améliorer les conditions matérielles de privation de liberté. Comme lors de la précédente visite périodique, les conditions matérielles de détention étaient très disparates dans les locaux des forces de l'ordre visités. Les conditions dans les locaux de gendarmerie à Bavay, Langon et Solre-le-Château ainsi qu'au commissariat de Cenon étaient dans l'ensemble satisfaisantes. Le poste de gendarmerie de Langon, récemment mis en service, pourrait servir de modèle notamment pour ses douches et sa cour de promenade permettant aux personnes gardées à vue de profiter d'un espace extérieur comme le recommande le CPT pour les nouveaux établissements. Ces constatations contrastent avec celles faites dans les établissements de police, qui sont source de vives préoccupations.

Dans les autres établissements de police, les cellules étaient exiguës, beaucoup ne dépassaient pas les 6 m² et étaient bien plus petites dans certains cas. Au commissariat du Bouscat, les cellules individuelles mesuraient à peine 4 m² et à l'hôtel de police de Bobigny les cellules destinées officiellement à deux personnes mesuraient 5 m² et celles pour trois moins de 11 m². De manière encore plus préoccupante, au commissariat du 19^{e} arrondissement de Paris, des personnes devaient occasionnellement passer la nuit dans des cellules de 3 m², trop petites pour pouvoir y poser un matelas ou s'y allonger correctement. De surcroît, les cellules de garde à vue étaient occupées en fonction de la place disponible sans limitation de capacité. Ainsi, la délégation a constaté que trois voire quatre personnes partageaient des cellules dites collectives ne dépassant pas plus de 10 m², y compris la nuit (voir paragraphe 32). Les sonnettes des cellules, quand elles existaient, n'étaient pas toutes fonctionnelles, sans que les agents responsables de la zone de détention ne sachent lesquelles fonctionnaient effectivement.

En plus de ce manque d'espace vital, la plupart des cellules étaient dépourvues de lumière naturelle, car situées en sous-sol, et la délégation a parfois constaté des problèmes de chauffage notamment aux hôtels de police de Lille, de Lens et du 19e arrondissement à Paris. Enfin, certaines cellules étaient dans un état répugnant avec des traces de projections et de sang au sol et au mur, parfois jusqu'au plafond. Les policiers ont indiqué que le nettoyage, bien que régulier, était impossible lorsque les cellules étaient occupées. Les policiers ont indiqué que le nettoyage, bien que régulier, était impossible lorsque les cellules étaient occupées. A cela s'ajoutaient des difficultés, voire une absence d'aération, qui rendaient l'atmosphère pestilentielle. La situation la plus préoccupante en la matière concernait l'hôtel de police de Roubaix. A l'issue de sa visite, la délégation a demandé aux autorités françaises de prendre des mesures urgentes pour remédier à cette situation inacceptable tant pour les personnes gardées à vue que pour les policiers. En date du 13 mai 2020, les autorités françaises ont informé le CPT que d'importants travaux étaient prévus en 2020 à l'hôtel de police de Roubaix (notamment concernant la ventilation) ainsi qu'une augmentation de la fréquence des nettoyages. La pose d'un nouveau revêtement mural était également prévue en 2020 et 2021 sur les sites de Roubaix et de Lille. Des mesures étaient également à l'étude pour améliorer la circulation de l'air dans les établissements de Bobigny et Lille.

Le CPT recommande une nouvelle fois que des mesures soient rapidement prises pour assurer des conditions dignes d'hygiène et de salubrité dans l'ensemble des lieux de privation de liberté des forces de l'ordre. De plus, les cellules ne permettant pas de s'y allonger ne devraient jamais être utilisées pour une privation de liberté de plus de quelques heures et en aucun cas pour la nuit. Les cellules d'environ 6 m² ne devraient servir que pour la détention prolongée d'une seule personne. Toutes les cellules où des détenus passent la nuit devraient offrir un espace raisonnable pour le nombre de personnes qu'elles sont censées accueillir.

Dans le cadre de nouvelles constructions ou de rénovation, il serait souhaitable que les cellules censées accueillir une seule personne mesurent environ 7 m² et au moins 4 m² par personne pour les cellules collectives. De plus, toutes les cellules devraient être dotées d'un accès suffisant à la lumière naturelle en évitant qu'elles soient au sous-sol, de systèmes d'aération et d'appel opérationnels.

32. Les personnes privées de liberté dans les locaux de gendarmerie se voyaient remettre une couverture lavée ou à usage unique ainsi qu'un matelas propre. Il en allait différemment dans les établissements de police. A l'hôtel de police de Bordeaux, chaque personne avait une couverture de survie, mais les matelas étaient sales et déchirés ; plusieurs portaient des traces de sang et d'excréments ou de vomissures. Au commissariat du 19e arrondissement de Paris, dans une cellule occupée par quatre personnes (toutes y avaient passé la nuit), n'avaient été remis qu'un seul matelas et une couverture. Une situation similaire a été constatée dans les hôtels de police de Bobigny, Bordeaux et Lille. A l'hôtel de police de Roubaix, aucun matelas n'était disponible ; les personnes devaient dormir à même le sol, simplement protégées par une couverture de survie. Dans l'ensemble des établissements visités, aucun matelas ni couverture n'étaient en général remis aux personnes privées de liberté pour ivresse publique et manifeste. De surcroît, la lumière artificielle restait allumée toute la nuit.

Beaucoup de ces cellules n'étaient pas équipées d'un point d'eau et, quand des installations sanitaires existaient, elles étaient souvent obstruées ou ne fonctionnaient pas. Les personnes privées de liberté devaient réclamer à de multiples reprises et souvent attendre un long moment (dépassant parfois une heure) avant de pouvoir se rendre aux toilettes ou boire. A l'hôtel de police de Roubaix, le policier responsable de la zone de détention ne disposait pas de gobelets pour fournir de l'eau et

devait escorter les personnes gardées à vue hors de cellule jusqu'à un point d'eau. Plusieurs personnes ont d'ailleurs indiqué ne pas avoir pu boire depuis la veille au soir et une femme a indiqué avoir dû faire ses besoins dans un sac plastique.

Seuls les établissements de Bavay, Langon, Lille et Maubeuge étaient équipés de douches, tous n'étaient cependant pas dotés de serviettes ou de savons pour que les personnes privées de liberté puissent en faire usage. D'ailleurs, un très faible nombre de personnes rencontrées par la délégation avait pu se laver durant leur garde à vue, quel que soit le lieu de leur garde à vue. Un nombre important avait néanmoins reçu un « kit hygiène » contenant notamment deux lingettes désinfectantes et une pâte dentaire à mâcher. Plusieurs femmes ont indiqué ne pas avoir reçu de protections hygiéniques dont elles avaient pourtant besoin. Aucune des personnes rencontrées par la délégation, y compris mineures, ayant passé au moins 24 heures dans des locaux des forces de l'ordre, n'avait eu accès à un espace extérieur afin de faire de l'exercice en plein air. Seules quelques personnes ont indiqué avoir pu accéder à un espace extérieur pendant quelques minutes, le plus souvent pour fumer.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de permettre à toute personne privée de liberté d'avoir accès à tout moment à de l'eau potable et de satisfaire leurs besoins naturels au moment voulu, dans la propreté et la décence. Les cellules devraient être aménagées de façon à permettre le repos (par exemple, avec un siège ou une banquette fixe) et les personnes passant la nuit en détention devraient pouvoir disposer d'un matelas et de ouvertures, propres. La nuit, la luminosité devrait être tamisée.

Les personnes dont la garde à vue dépasse 24 heures devraient pouvoir maintenir une hygiène décente en ayant notamment accès à une douche et à un kit d'hygiène personnel adapté aux besoins. En outre, les personnes gardées à vue devraient pouvoir accéder quotidiennement à un espace en plein air, pour autant que les locaux le permettent. Toutes les futures constructions destinées à la garde à vue devront disposer d'un tel espace extérieur.

33. Au commissariat du 19e arrondissement de Paris, la délégation a trouvé une personne en cellule grelottant de froid. Atteinte de la gale, ses vêtements lui avaient été retirés et elle avait reçu une tenue de protection en papier. Les policiers refusaient de lui donner un matelas et des couvertures par peur de la transmission. Pour éviter la transmission de maladies facilement transmissibles, des mesures de protection sont évidemment nécessaires ; elles doivent cependant être mises en œuvre dans le plein respect des personnes concernées. **Le CPT recommande aux autorités françaises d'assurer que la prévention de la transmission de maladies infectieuses ne se fasse pas au détriment du respect de la dignité.**

34. Malgré les recommandations répétées du CPT[24], des personnes continuent à être privées de liberté dans des chambres de sûreté d'établissements de gendarmerie dépourvus d'une présence permanente le soir et la nuit. Aucun des trois établissements de gendarmerie visités par la délégation n'était doté d'une présence permanente ou d'un système d'appel pleinement opérationnel. Il est regrettable qu'à la brigade territoriale de Bavay, inaugurée en 2015, le système d'appel installé dans les chambres de sûreté n'ait jamais fonctionné.

[24] Voir notamment CPT/Inf (2007) 44, paragraphe 33 ; CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 29 et 31 et CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 28.

Pour pallier cette absence physique, des rondes nocturnes sont réalisées. Il a été indiqué, à plusieurs reprises, à la délégation que ces rondes étaient régulières — toutes les trois ou quatre heures — et adaptées en fonction de la situation particulière de la personne privée de liberté. La consultation des registres de rondes, généralement bien tenus, a montré que ces rondes étaient irrégulières, parfois avec un seul passage au cours de la nuit. Leur régularité dépendait de la situation de la personne privée de liberté, mais aussi de la disponibilité des gendarmes. Dans plusieurs cas de privation de liberté pour ivresse publique et manifeste, les rondes avaient lieu toutes les huit heures et parfois se limitaient à un seul passage. Une telle surveillance est insuffisante et devrait être renforcée, surtout au début de la période d'observation, lorsque la personne est sous l'emprise d'un taux élevé d'alcoolémie. De plus, l'absence d'une surveillance régulière dans ce contexte interroge sur la pertinence de la privation de liberté. Dans leur courrier du 13 mai 2020, les autorités françaises ont indiqué, qu'après analyse de différentes possibilités, le recours à la vidéosurveillance était expérimenté depuis février 2020[25] et la possibilité de regrouper les gardes à vue dans des unités de gendarmerie avec une présence permanente était à l'étude.

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

35. Malgré la précédente recommandation du CPT, la plupart des établissements des forces de l'ordre étaient équipés de points d'attache permettant d'y menotter des personnes. Les autorités françaises ont d'ailleurs souligné qu'aucune disposition normative n'interdisait une telle pratique. Ainsi dans les hôtels de police de Lens et de Lille, la délégation a constaté des points de fixation dans les salles d'attente. Le local « avocat » et la salle de consultation médicale étaient équipés de chaines destinées à y attacher des personnes gardées à vue dans les hôtels de police de Roubaix et de Lens. La communauté de brigades de Solre-Le-Château était équipée d'un plot en béton avec attaches pour y menotter des personnes. De plus, les bancs situés dans la zone de détention de l'hôtel de police de Roubaix et du commissariat du 19e arrondissement de Paris avaient des menottes prêtes à servir.

Selon les informations recueillies, le recours à ces points fixes était très variable tant en termes de fréquence que d'objectifs. L'ensemble des interlocuteurs de terrain ont convenu qu'ils ne pouvaient être utilisés pour des personnes « en état d'agitation extrême et violente » comme l'indiquaient les autorités françaises dans leur réponse au précédent rapport de visite périodique[26]. Attacher une personne agitée à un point fixe risque d'aggraver son agitation et de causer d'importantes lésions. Ces points de fixation, notamment les bancs avec menottes, étaient surtout utilisés en cas de suroccupation temporaire des locaux, afin de séparer plusieurs personnes gardées à vue ou en raison d'un manque d'agents disponibles pour gérer un nombre trop important de personnes gardées à vue.

En cas de vives agitations d'une personne privée de liberté, les membres des forces de l'ordre avaient parfois recours à du matériel non répertorié. A l'hôtel de police de Bobigny, une ceinture abdominale de contention en cuir dotée de deux poignées était parfois utilisée notamment pour le transport de personnes agitées, mais cette utilisation ne faisait pas l'objet d'un enregistrement. Dans les établissements de police de Roubaix et de Bobigny, la délégation a constaté que des casques de moto étaient entreposés dans la zone de détention. Des policiers ont expliqué que, dans des situations extrêmes, un casque était mis aux personnes se frappant la tête contre les murs.

---

25 Mise en place de caméras dans les chambres de sûreté avec déport de l'image sur smartphone ou tablette.

26 Voir CPT/Inf (2017) 8, page 28.

Le Comité recommande une nouvelle fois la suppression des installations prévues pour attacher des personnes dans tous les établissements des forces de l'ordre. Plus généralement, les autorités françaises devraient prendre des mesures efficaces, y compris au niveau normatif, pour éradiquer la pratique consistant à attacher à des objets fixes des personnes privées de liberté ou à utiliser des objets non réglementaires. Des procédures, en conformité avec le respect de la dignité, devraient être mises en place pour la prise en charge des personnes agitées ou auto-agressives.

5. Unité médico-judiciaire de l'Hôtel Dieu à Paris[27]

36. Les unités médico-judiciaires (UMJ), généralement implantées dans les hôpitaux publics, réalisent des actes médicaux à la demande de la police ou de la justice. L'UMJ de l'Hôtel Dieu à Paris a une compétence géographique pour un certain nombre d'arrondissements de la capitale. Elle assure d'une part, les examens médico-légaux de personnes majeures ou mineures victimes de violences[28], qui ont déposé plainte et sont munies d'une réquisition. D'autre part, elle a pour fonction de fournir des éléments médicaux sur demande de la police. Les médecins de l'UMJ sont notamment chargés d'effectuer l'examen médical des personnes gardées à vue[29]. Dans environ la moitié des cas, un médecin de l'UMJ se déplace en commissariat ; dans les autres cas, et systématiquement lorsqu'il s'agit de mineurs, les personnes gardées à vue sont amenées à l'UMJ. Il existe en outre un protocole pour examiner les personnes interpellées dans les aéroports de Roissy et d'Orly, pour suspicion de transport *in corpore* de produits stupéfiants et/ou illicites.

L'accès des personnes privées de liberté à l'UMJ se faisait par l'entrée publique des urgences de l'hôpital. La cour étant petite, les véhicules de la police stationnaient le plus souvent à l'extérieur et les personnes étaient escortées à pied, menottées, sous les yeux des nombreux passants en raison du caractère touristique du quartier. **Le CPT invite les autorités françaises à assurer que l'accès des personnes privées de liberté à l'UMJ de l'Hôtel Dieu ne soit pas visible par le public.**

Deux espaces de l'UMJ étaient réservés aux personnes privées de liberté et chaque espace bénéficiait d'une présence policière permanente, en uniforme ou en tenue civile, chargée de la surveillance et de la régulation des flux.

Au premier étage, deux cellules d'attente, propres et spacieuses, ainsi que quatre boxes étaient utilisés pour les examens médicaux simples tels que les certificats liés à la garde à vue. Lors de la visite, les personnes n'étaient pas menottées au cours de ce processus et la consultation s'effectuait avec la porte fermée.

---

27 L'UMJ est un service de l'hôpital Hôtel Dieu, structure appartenant à l'Assistance publique — hôpitaux de Paris (APHP). Elle n'est juridiquement pas un établissement sous l'autorité du ministère de l'Intérieur.

28 Différents types de victimes peuvent être concernées (agression sur la voie publique, violences conjugales, violences sexuelles, maltraitance sur enfant ou sur personne âgée, harcèlement moral, accident de la voie publique, attentats, etc.).

29 Elles peuvent aussi réaliser sur réquisition écrite d'un magistrat, d'un officier de police judiciaire ou d'une personne habilitée des examens médicaux des victimes d'agression ou de violences ou la détermination d'âge physiologique.

L'unité d'hospitalisation, spécificité de l'UMJ de Paris, était située au deuxième étage de l'hôpital, dans des locaux entièrement rénovés. Cette unité (« salle Cusco »), destinée à accueillir des personnes nécessitant une prise en charge hospitalière plus soutenue au cours de leur garde à vue, existait auparavant, mais avait déménagé à l'automne 2019. Entièrement sécurisée, elle comptait huit chambres individuelles, propres et en très bon état, dotées d'un lit hospitalier et d'une table de nuit scellés ainsi que d'un coin sanitaire entouré par un muret. Au moment de la visite, deux chambres étaient occupées. Au mois de novembre 2019, 33 personnes avaient été hospitalisées, dont 24 en provenance des commissariats de police. La durée moyenne de l'hospitalisation était d'une à deux nuits.

37. Une proportion conséquente des hospitalisations (21 % en novembre 2019) concernait des personnes soupçonnées de transporter des stupéfiants *in corpore*, le temps d'expulser les capsules contenant la drogue (« boulettes »). L'UMJ dispose depuis une dizaine d'années d'une machine permettant de trier et rincer les selles pour en extraire les capsules de drogues. Cependant, cette machine n'a jamais été mise en service en raison de problèmes structurels. Lors de la visite, la direction de l'UMJ a indiqué que la machine pouvait désormais être utilisée dans les nouveaux locaux, mais qu'une pièce défectueuse empêchait toujours sa mise en fonctionnement. Dans leur courrier du 13 mai 2020, les autorités françaises ont indiqué que la machine serait mise en place en juin 2021, « à l'issue de la réorganisation de l'unité médico-judiciaire ». En l'absence de cette machine, les personnes étaient contraintes d'extraire les capsules de leurs propres matières fécales. De l'avis du CPT, cette pratique porte atteinte à la dignité des personnes. **Le Comité recommande aux autorités françaises de mettre un terme immédiat à la pratique consistant à contraindre les personnes transportant des stupéfiants *in corpore* à extraire ces substances de leurs selles.**

38. La délégation a relevé que l'UMJ accueillait aussi des ressortissants étrangers des centres de rétention administrative (CRA) de Vincennes qui nécessitaient une hospitalisation. Un des deux patients présents au moment de la visite était dans cette situation. La porte de la chambre de ce dernier n'était pas fermée, ce qui lui permettait de circuler librement dans le couloir du service. Néanmoins, pour de tels patients, dont la durée d'hospitalisation pouvait être bien supérieur à 24 heures, il n'y avait ni accès à l'extérieur, ni aucune distraction ; aucune chambre n'était équipée d'une télévision notamment. Il a été précisé que de tels placements étaient justifiés par le fait que l'hôpital, qui est l'hôpital de référence des CRA de Vincennes, ne dispose pas d'autre chambre sécurisée. Néanmoins, le CPT s'interroge sur l'opportunité d'hospitaliser au sein d'un même service des personnes au statut juridique si différent et **souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur la législation et les politiques permettant le placement au sein d'un même établissement de santé de personnes au statut juridique différent.**

B. Etablissements pénitentiaires

1. Remarques préliminaires

39. Le cadre juridique relatif aux établissements pénitentiaires est demeuré relativement inchangé depuis le rapport relatif à la précédente visite périodique en 2015[30].

40. La délégation s'est rendue, pour la première fois, dans les centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin, Maubeuge et Vendin-le-Vieil. Elle a également effectué une visite ciblée du « quartier pour la prise en charge de la radicalisation » (QPR) du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est principalement une maison d'arrêt, en fonction depuis 1967. Situé dans la périphérie de Bordeaux, il se compose d'un « bâtiment A », barre d'immeuble de six étages, occupé par le quartier maison d'arrêt des hommes et les espaces communs ainsi qu'un bâtiment plus petit pour le quartier des femmes. Le « bâtiment B » se compose de quatre pavillons dont un dédié aux mineurs[31]. D'une capacité de 430 places, 600 personnes y étaient détenues, dont 38 femmes, au moment de la visite. L'ensemble de l'établissement est dans un état de délabrement avancé et un projet de rénovation est prévu à l'horizon 2022. L'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac (voir section C) est administrativement rattachée au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Ouvert en 2005, le centre pénitentiaire de Lille-Sequedin est doté de plusieurs bâtiments qui abritent deux quartiers maison d'arrêt des hommes, un quartier maison d'arrêt des femmes ainsi qu'un bâtiment distinct abritant un « centre national d'évaluation » et une « unité pour détenus violents » (UDV) en cours d'installation[32]. D'une capacité de 729 places, 864 personnes y étaient détenues, dont 105 femmes.

Le centre pénitentiaire de Maubeuge, ouvert en 1990, se compose d'une maison d'arrêt et d'un centre de détention de 200 places chacun, l'établissement accueillait 447 hommes majeurs au jour de la visite. Construit dans le cadre du programme immobilier pénitentiaire « 13 000 »[33], l'établissement a une architecture particulière avec des ailes de 24 cellules disposées en étoile sur des demi-niveaux.

Le centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil se trouve à proximité de Lens. Opérationnel depuis 2015, l'établissement est l'un des plus sécurisés de France avec celui de Condé-sur-Sarthe[34], dont l'architecture est identique. La structure principale de la prison est composée de trois bâtiments distincts dotés chacun de deux étages. Sur les 204 places disponibles en maison centrale, 110 étaient occupées par des hommes majeurs et condamnés, dont 18 au sein des trois « quartiers d'évaluation de la radicalisation » (QER).

---

30 Voir cependant les modifications relatives aux fouilles (paragraphe 102) et aux projections dans les établissements (paragraphe 53).

31 La délégation n'a pas visité le quartier dédié aux mineurs, le quartier de semi-liberté, situé entre les bâtiments A et B, ainsi que l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) située au centre hospitalier universitaire de Bordeaux et administrativement rattachée au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

32 Le quartier de semi-liberté d'Haubourdin, administrativement rattaché au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, n'a pas été visité par la délégation.

33 Initié en 1987, programme de construction de 25 établissements pénitentiaires neufs (13 000 places) ouverts à partir de 1990.

34 Etablissement visité par le CPT en novembre 2015, CPT/Inf (2017) 7.

2. Mesures prises pour lutter contre la surpopulation carcérale

41. Depuis 1991, le CPT constate que les établissements pénitentiaires sont surpeuplés et chacun de ses rapports relatifs aux prisons recommande que des mesures soient prises pour remédier à cette situation. Invariablement, les réponses des autorités françaises dessinent une politique autour de deux axes : d'une part la création de nouvelles places, et d'autre part des réformes normatives visant à diminuer le taux d'occupation et à développer des alternatives à l'incarcération. Malgré l'augmentation constante de la capacité pénitentiaire et l'adoption de nombreuses mesures et législations, la population carcérale n'a cessé de croître à un rythme toujours plus soutenu. Dans ce contexte, le Comité s'interroge sur l'efficacité des mesures prises par les autorités depuis trois décennies.

Au moment de la visite, les autorités ont indiqué que la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice devrait permettre de limiter les emprisonnements de courte durée, diminuer la détention préventive et favoriser les mesures non privatives de liberté dont la détention à domicile sous surveillance électronique. Grâce à cette loi, les autorités ambitionnent une diminution d'environ 8 000 personnes détenues. Un programme immobilier de 15 000 nouvelles places était également annoncé afin de porter la capacité du parc pénitentiaire à 75 000 places[35]. Le CPT prend également note d'autres mesures prises visant à diminuer la population carcérale. Ainsi, une modification du code de procédure pénale[36] devrait faciliter le transfèrement des personnes prévenues dans des maisons d'arrêt moins encombrées et l'Agence du travail d'intérêt général et du travail pénitentiaire, créée en 2018, devrait favoriser les alternatives à l'incarcération et le travail en prison. De plus, le ministère de la Justice expérimente depuis avril 2019 une « régulation carcérale ». Les services liés à la détention (juridictions, administration pénitentiaire, services pénitentiaires d'insertion et de probation, administration centrale du ministère de la Justice notamment) travaillent de manière renforcée dans 11 ressorts[37] afin de diminuer l'incarcération de courte durée et maximiser le recours aux alternatives à l'incarcération[38].

42. Au 1er octobre 2019, 70 818 personnes étaient incarcérées en France, soit plus de 4 000 détenus supplémentaires par rapport à la situation constatée lors de la visite de 2015[39]. La population carcérale n'a cessé de croître et n'a jamais été aussi importante. Dans le même temps, le parc immobilier est passé de 57 843 à 61 105 places.

Le droit français garantit l'encellulement individuel[40] depuis 1875. Néanmoins, cette disposition du code de procédure pénale n'a jamais pu être mise en œuvre dans les faits[41] pour les personnes en détention préventive qui, au 1er octobre 2019, étaient près de 21 000. La France a la particularité de ne permettre la surpopulation que dans les maisons d'arrêt où sont hébergées les

---

35 Le programme prévoit notamment la création de structures d'accompagnement vers la sortie (SAS), établissements pour des condamnés à des peines de moins d'un an ou en fin de peine, ainsi que de maisons d'arrêt à « haut niveau de sécurité ».

36 Décret n° 2017-771 du 4 mai 2017 modifiant le code de procédure pénale.

37 Marseille, Créteil, Grenoble, Meaux, Nîmes, Tours, Dijon, Angers, Troyes, Saint Denis de la Réunion et Pointe à Pitre.

38 Le CGLPL préconise depuis plusieurs années la mise en place d'un mécanisme de régulation carcérale faisant porter la responsabilité de la gestion de la population pénale à l'ensemble de la chaîne pénale et non plus à la seule administration pénitentiaire.

39 Selon les Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE I), il y avait 104,5 personnes détenues pour 100 000 habitants en janvier 2019 contre 98,3 en janvier 2015.

40 Article 716 du code de procédure pénale.

41 Des moratoires successifs ont été pris dont le dernier, dans la loi de programme 2018-2022 et de réforme pour la justice du 23 mars 2019, reporte l'entrée en vigueur de cette disposition au 31 décembre 2022.

personnes prévenues et celles condamnées à des peines inférieures à deux ans. Sauf situations exceptionnelles[42] ou ponctuelles, les établissements pour peine ne sont jamais surpeuplés, permettant, en principe, un encellulement individuel aux personnes condamnées.

Le taux d'occupation des prisons était de 116 % au moment de la visite, soit une augmentation de deux points par rapport à la situation constatée en 2015. Sur 188 prisons, 97 établissements (ou quartiers d'établissement) avaient une densité carcérale supérieure à 120 % affectant 38 684 personnes détenues. Près d'un tiers de la population pénale était hébergée dans un établissement occupé à plus de 140 %[43] et sept établissements avaient un taux supérieur à 200 %. Le record était de 252 % à la maison d'arrêt de Vesoul. A la différence de la situation constatée en 2015, la surpopulation massive – supérieure à 200 % – a diminué dans les établissements ultramarins, mais continue d'affecter de manière chronique des établissements métropolitains tels que ceux de La Roche-sur-Yon (220 %), Carcassonne (214 %) ou Nîmes (210 %). Lors de la visite, le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan avait un taux d'occupation supérieur à 180 %.

Selon les données officielles, 1 497 personnes dormaient sur des matelas au sol en octobre 2019. Dans les trois maisons d'arrêt visitées, 112 personnes détenues, y compris des mineurs, dormaient effectivement sur des matelas posés au sol dans des cellules mesurant, le plus souvent, 9 m² et occupées par trois personnes[44].

Dans ce contexte, le CPT note que la Cour européenne des droits de l'homme a considéré comme contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme les conditions d'incarcération de personnes détenues dans les maisons d'arrêt surpeuplées de Baie-Mahault, Ducos, Faa'a-Nuutania, Fresnes, Nice et Nîmes[45]. La Cour a considéré que la surpopulation carcérale constituait un problème structurel et demandé que des mesures générales soient prises pour y mettre un terme.

Le CPT note que la surpopulation de certains établissements, voire de certaines cellules, renvoie parfois à des choix, locaux ou nationaux, d'allocations de ressources. Au niveau local, la délégation a constaté que, dans un même établissement, trois personnes détenues devaient se partager une cellule de 9 m², alors qu'au même étage, une cellule de 20 m² était occupée par une seule personne sans que ceci soit justifié par des raisons médicales (par exemple un handicap physique). Dans le même sens, une maison d'arrêt peut disposer d'une section particulière telle qu'un module de respect ou un quartier lié à la radicalisation où chaque personne bénéficie d'un encellulement individuel et où des cellules sont inoccupées pour des raisons de sécurité alors que le reste de la détention connaît un taux d'occupation supérieur à 150 % et que des personnes dorment sur des matelas au sol. Au niveau national, la plupart des maisons d'arrêt sont en surpopulation, alors que d'autres établissements sont parfois en sous-occupation voire vides notamment dans des quartiers spécifiques (UDV, QER, QPR). Un bâtiment du quartier maison centrale (34 places) du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil était ainsi inoccupé depuis un an, au moment de la visite, alors que 57 personnes dormaient sur des matelas au sol à la prison de Lille-Sequedin, distante de 28 km.

---

42 Plusieurs établissements pour peine sont surpeuplés dans les départements et territoires d'outre-mer en raison d'une sous-capacité et de la volonté de maintenir, autant que possible, ces personnes condamnées à proximité de leurs proches.

43 Un total de 22 446 personnes, dont 16 842 étaient dans un établissement dépassant les 150 % d'occupation.

44 37 personnes au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, 57 à Lille-Sequedin et 15 personnes à Maubeuge.

45 Cour européenne des droits de l'homme, *J.M.B. et autres contre France*, 30 janvier 2020. Il convient de noter que la Cour constate que « [des] mesures devraient être prises afin de garantir aux détenus des conditions de détention conformes à l'article 3 de la Convention. Cette mise en conformité devrait comporter la résorption définitive de la surpopulation carcérale. Ces mesures pourraient concerner la refonte du mode de calcul de la capacité des établissements pénitentiaires [...] et l'amélioration du respect de cette capacité d'accueil. » (paragraphe 316). »

Le CPT appelle, avec insistance, les autorités françaises à garantir à chaque détenu un minimum de 4 m² d'espace de vie en cellule collective, l'espace occupé par les sanitaires/les toilettes étant exclu du calcul[46]. Des mesures urgentes devraient être prises, localement et nationalement, pour désencombrer les établissements les plus affectés et garantir immédiatement que chaque personne incarcérée dispose d'un lit individuel dans tous les établissements pénitentiaires français. Dans ce contexte, il devrait être fait un meilleur usage des ressources matérielles disponibles.

43. Il apparait important de tirer les leçons de l'inefficacité des mesures prises depuis 30 ans pour enrayer la surpopulation carcérale et d'élaborer une stratégie globale pour y mettre un terme. Le CPT rappelle une fois de plus que l'accroissement des capacités d'accueil est loin de constituer une solution durable au problème de la surpopulation. Comme rappelé par le Livre blanc sur le surpeuplement carcéral[47], il importe d'élaborer une stratégie cohérente se rapportant tant à l'entrée qu'à la sortie de prison, afin que l'incarcération constitue effectivement l'ultime remède. L'accent doit être mis sur l'ensemble des mesures non privatives de liberté : celles qui permettent d'assurer une surveillance judiciaire jusqu'au jugement comme celles qui permettent de hâter un retour à la liberté, y compris des mesures de surveillance adaptées notamment à la personnalité du détenu et à la nature de la condamnation. Cela suppose de privilégier des mesures non privatives de liberté pendant la période précédant l'imposition d'une peine et la volonté de la magistrature, notamment dans les cas les moins graves, à faire un large usage des sanctions et mesures appliquées dans la communauté[48]. Une stratégie concertée, notamment avec la magistrature, doit être élaborée et entraîner un changement de paradigme sur le recours à la privation de liberté qui doit réellement devenir l'exception. Pour ce faire, il est indispensable d'impliquer l'ensemble des parties prenantes, les acteurs du monde judiciaire et pénal, mais aussi les pouvoirs législatif et exécutif, et les représentants des milieux académiques, d'organes de contrôle indépendants et de la société civile. **Le Comité appelle les autorités françaises à adopter, et à lui communiquer dans les six mois, une stratégie globale en matière pénale et pénitentiaire, en prenant en compte les éléments qui précèdent, afin de réduire drastiquement le taux d'occupation des prisons françaises et d'offrir des conditions d'incarcération dignes.**

44. Dans le cadre de la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19, les autorités françaises ont pris plusieurs mesures pour diminuer la surpopulation carcérale en application dans la déclaration de principes du CPT[49]. L'ordonnance du 25 mars 2020[50] a permis, par dérogation, d'incarcérer des personnes prévenues dans des maisons pour peine. Surtout, elle a diminué les obligations procédurales en matière d'application des peines et permis d'accorder des réductions d'exécution de peine supplémentaires *«* liées aux circonstances exceptionnelles *»,* pouvant aller jusqu'à deux mois. Les procureurs ont pu permettre que le reliquat de peine, d'un maximum de deux mois, soit exécuté dans le cadre d'une assignation à domicile. En revanche, les autorités françaises n'ont pas souhaité favoriser la remise en liberté de personnes en détention préventive et l'ordonnance a permis la

---

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

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

48 Voir le *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement*, Office contre la drogue et le crime des Nations unies, 2008.

49 Déclaration de principes relative au traitement des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie de coronavirus (COVID-19), 20 mars 2020, CPT/Inf (2020) 13.

50 Ordonnance n° 2020-303 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, NOR : JUSD2008163R.

prolongation automatique des délais maximum de détention provisoire jusqu'à six mois[51]. La baisse d'activité des tribunaux pénaux et le report de la mise à exécution de courtes peines d'emprisonnement déjà prononcées conjugués aux décisions de libération prises par des juges de l'application des peines ont aussi entraîné une nette réduction de la population pénale.

L'ensemble de ces mesures a permis une diminution de plus de 13 000 personnes des établissements pénitentiaires français, dont plus d'un tiers de personnes prévenues. Le CPT salue la réactivité des autorités françaises dans l'adoption de ces mesures et leur capacité à mettre un terme, au moins temporairement, à la surpopulation globale. **Le Comité souhaite connaître les intentions des autorités françaises pour pérenniser cette situation.**

3. Mauvais traitements

45. Dans les quatre établissements visités, les personnes détenues rencontrées n'ont, dans l'ensemble, pas fait état de mauvais traitements de la part du personnel pénitentiaire ou d'autres intervenants en prison et beaucoup considéraient que le personnel accomplissait correctement sa mission. Cependant, la délégation a recueilli, dans chaque établissement visité, un nombre limité d'allégations de violences du personnel sur des personnes détenues. Les violences physiques décrites se seraient principalement déroulées en cellule, souvent suite à une incivilité de la personne détenue. Ces personnes auraient été poussées violemment et/ou reçu des coups de poing, de genou ou de pied dans différentes parties du corps, dont le visage. A titre d'illustration, au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, une personne a indiqué qu'un surveillant était entré dans sa cellule sans motif apparent et lui aurait donné un coup de poing au visage qui l'aurait fait chuter au sol. Un homme a indiqué avoir été frappé dans sa cellule par un surveillant à l'aide d'une matraque au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Le médecin de délégation a constaté des lésions compatibles avec ces allégations[52]. Des personnes détenues ont aussi indiqué avoir été insultées ou moquées concernant leur physique au cours de fouilles à nu.

L'ensemble de ces allégations, dont plusieurs ont été corroborées avec des éléments médicaux, concernaient des actes isolés et ne paraissaient pas refléter une violence structurelle dans ces établissements. Néanmoins, elles laissent à penser que certains agents se permettraient des actes répréhensibles sans crainte de conséquence.

La délégation a également recueilli des allégations d'usage excessif de la force de la part de certains surveillants. Plusieurs personnes détenues, dans les *centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge*, ont notamment expliqué avoir fait l'objet d'une technique de maîtrise douloureuse lorsqu'elles étaient amenées au quartier disciplinaire : elles étaient maîtrisées puis menottées dans le dos avec un serrage excessif et un surveillant tirait les menottes vers le haut pendant le déplacement, les obligeant à marcher courbées - alors qu'elles n'opposaient pas de résistance. Des discussions avec des agents pénitentiaires ont confirmé que cette pratique était « habituelle ».

---

51 Cette possibilité a pris fin le 11 mai avec l'entrée en vigueur de la loi prolongeant l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet 2020.

52 Dermabrasion à bords irréguliers, rouge en marge et rose au centre, sur l'aspect antérieur de l'épaule droite (3 x 2 cm) ainsi qu'une lésion rouge ne touchant que l'épiderme (2 x 1 cm) située quelques centimètres plus bas, sur les côtes, du côté droit du thorax.

Au *centre pénitentiaire de Maubeuge*, une personne détenue a mis le feu à sa cellule alors qu'elle venait d'être placée au quartier disciplinaire en septembre 2019. Cinq surveillants seraient intervenus, avec casques et boucliers ainsi qu'une lance incendie. L'homme aurait été extrait de la cellule et placé dans le froid de la cour de promenade vêtu uniquement d'un débardeur mouillé, où il serait resté un long moment. Il aurait obtenu des vêtements grâce à l'arrivée de l'équipe de l'après-midi qui n'avait pas été informée de sa présence dans la cour de promenade[53].

La consultation d'enregistrements vidéo d'interventions au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin* a montré, à plusieurs reprises, un recours inapproprié, voire inutile, à la force lors d'interventions à plusieurs agents, sur une même personne, sans préparation ni coordination, engendrant un risque de blessures pour la personne détenue comme pour les agents (voir également paragraphe 94 relatif à la formation du personnel).

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures déterminées afin de prévenir les violences dans les centres pénitentiaires visités et, le cas échéant, dans l'ensemble des établissements français. Il convient de rappeler, à intervalles réguliers, au personnel de ces établissements qu'ils doivent à tout moment traiter les personnes détenues avec politesse et respect et qu'ils seront tenus pour responsables de tous les cas de mauvais traitements, y compris les injures, ainsi que de tout recours excessif à la force.

46. La violence entre personnes détenues était quasi-inexistante au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*[54] en raison de la présence importante du personnel et de la limitation des contacts entre personnes détenues. En cas de bagarre, les agents intervenaient rapidement et en nombre, y compris dans les cours de promenade.

Il en allait tout autrement dans *les établissements de Bordeaux-Gradignan, de Lille-Sequedin* et surtout *de Maubeuge* où ce problème semblait plus prégnant. Un nombre relativement important de personnes détenues rencontrées dans ces établissements a indiqué avoir été directement impliqué ou témoins de violences dans un passé récent. Pour la plupart, ces violences étaient liées à des dettes ou à trafics internes à la prison notamment de stupéfiants et de téléphones portables. Elles avaient le plus souvent lieu dans les cours de promenade des quartiers maison d'arrêt de ces établissements. La délégation a aussi recueilli de nombreuses allégations concernant des intimidations et violences physiques liées à du racket, y compris avec des pressions sur les familles, dans les trois établissements. L'ensemble de ces éléments provoquait un sentiment d'insécurité chez certaines personnes prévenues, notamment les plus vulnérables physiquement ou psychiquement, qui craignaient de se rendre en promenade, en visite voire à la douche.

De plus, un nombre significatif d'éléments attestaient de violences régulières au sein du quartier centre de détention du *centre pénitentiaire de Maubeuge*. Ces violences, connues de la direction, étaient favorisées par le régime de portes ouvertes et la faible présence du personnel pénitentiaire dans les coursives. Plusieurs personnes détenues ont indiqué avoir subi des intimidations, des vols assortis parfois de violences et n'osaient plus sortir sur la coursive.

Dans leur courrier du 13 mai 2020, les autorités françaises ont indiqué qu'un répertoire national des dispositifs existants de lutte contre les violences en détention était en cours d'élaboration dans le but de mutualiser les bonnes pratiques développées au niveau local. **Le CPT souhaite être informé de la mise en œuvre de cet outil.**

---

53 Une plainte a été déposée auprès du parquet et il avait été auditionné trois fois par la police au moment de la visite.

54 Un détenu avait cependant attaqué et tué un autre détenu en 2015.

47. La délégation a constaté que sauf quelques rares exceptions, les surveillants *des centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge* ne pénétraient jamais dans les cours de promenade lorsqu'elles étaient utilisées. En cas d'incidents durant la promenade, et notamment lors d'altercations physiques, les agents se postaient au niveau de la grille pour observer et éventuellement appeler au calme. Si une personne était blessée, elle était en général ramenée à la grille par d'autres détenus, parfois en étant portée, et était seulement alors prise en charge par le personnel pénitentiaire. Il arrivait parfois que la personne blessée restât jusqu'à la fin de la promenade sans prise en charge. Les directions des établissements ainsi que les agents ont indiqué qu'intervenir dans la cour n'était pas envisageable pour des raisons de sécurité. Dans un cas particulier, un agent pénitentiaire du *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin* avait même favorisé l'identification d'une personne détenue, poursuivie pour une infraction à caractère sexuel, lors d'une promenade, ce qui avait entraîné son passage à tabac. L'agent faisait l'objet de poursuites pénales et disciplinaires au moment de la visite.

Le CPT recommande aux autorités de prendre les mesures nécessaires afin de mettre un terme aux violences et intimidations entre personnes détenues dans les établissements de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge. La politique de prévention des violences, notamment dans les espaces ouverts, devrait être revue avec un renforcement de la sécurité dynamique, de l'offre occupationnelle et de la présence du personnel dans les lieux de vie.

Des mesures supplémentaires devraient être prises pour garantir la sécurité des personnes détenues dans les cours de promenade, y compris par l'intervention du personnel lors d'incidents violents.

48. Le personnel comme la direction du *centre pénitentiaire de Maubeuge* ont relevé que le système de vidéosurveillance de l'établissement ne permettait pas de pleinement identifier et donc poursuivre les auteurs de vols ou de violences. Le nombre et la qualité des caméras en place étaient en effet insuffisants pour couvrir des points cruciaux de l'établissement tels que certaines coursives et cours de promenade. Un dossier d'extension et de renouvellement du réseau était à l'étude au moment de la visite. **Le CPT invite les autorités françaises à améliorer le système de vidéosurveillance du centre pénitentiaire de Maubeuge.**

4. Conditions de détention

49. Au cours des 20 dernières années, le parc pénitentiaire français s'est fortement dégradé en raison de la surpopulation et d'un défaut d'entretien. Selon un rapport du ministre de la Justice[55], il aurait manqué environ 656 millions € entre 2007 et 2012 « pour simplement maintenir à niveau l'état du parc lui-même pourtant sous-dimensionné ». Le sous-investissement a engendré une détérioration accélérée des établissements et donc un renchérissement du coût des travaux nécessaires. De surcroit, beaucoup des nouveaux établissements ont été construits en partenariat public-privé (PPP), contraignant contractuellement l'administration pénitentiaire à verser des sommes toujours croissantes à des sociétés privées pour le fonctionnement de ces établissements[56]. En période de restrictions budgétaires, l'administration française a, en conséquence, sous-investi dans les établissements en gestion directe, car elle ne pouvait diminuer les montants dus aux partenaires privés[57]. Les autorités françaises, conscientes de ces enjeux, ont indiqué à la délégation que les efforts actuels en matière de construction ne se feront plus au détriment des établissements existants et que les dotations étaient désormais suffisantes pour l'entretien et la maintenance de tous les établissements. **Le CPT encourage les autorités à intensifier les mesures prises pour assurer des conditions de détention dignes dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français et à lui fournir des informations actualisées à ce sujet.**

a. conditions matérielles

50. En matière de conditions matérielles, il existe un grand contraste entre les établissements visités. Au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*, entré en service en 2015, les conditions d'incarcération étaient très bonnes. Chaque personne détenue disposait d'une cellule individuelle, sauf exception, d'environ 13 m² équipée d'un bloc sanitaire (douche et toilettes) cloisonné, d'un réfrigérateur, d'une plaque chauffante, d'une télévision, et, depuis quelques mois, d'un téléphone. Les locaux étaient très propres et, dans l'ensemble, bien entretenus avec des ateliers, des espaces extérieurs et des cours de promenade, dont certaines étaient cependant petites.

51. Dans les autres établissements visités, la situation était bien plus difficile notamment en raison de la surpopulation, de la présence de rongeurs ainsi que du manque d'entretien de certains bâtiments parfois vieillissants.

De construction récente (2005), l'état général des bâtiments du *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin* était satisfaisant et des efforts d'entretien étaient visibles. Le quartier maison d'arrêt des femmes n'était pas surpeuplé et les conditions y étaient relativement bonnes. En revanche, les conditions d'incarcération étaient directement affectées par la surpopulation et la présence de rongeurs dans les quartiers maison d'arrêt des hommes. Les cellules individuelles d'environ 9 m² (hors installations sanitaires) étaient occupées par deux voire trois personnes, dont 57 avaient un matelas au sol, rendant les conditions de vie difficilement supportables. L'établissement connaissait depuis plusieurs années une présence très importante de rats. Des mesures d'envergure avaient été prises peu de temps avant la visite avec le bitumage de terrains vagues ou végétalisés autour des bâtiments de détention. De l'avis général, ces mesures avaient permis une forte diminution des rats. Cependant, leur présence en nombre pouvait toujours se sentir et se voir notamment dans les cours.

---

55 Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel, « en finir avec la surpopulation carcérale », Jean-Jacques Urvoas, ministre de la Justice, 2016.

56 Rapport de la Cour des comptes, « la politique immobilière du ministère de la justice : mettre fin à la fuite en avant », décembre 2017.

57 Sur la période 2011-2016, les dépenses d'entretien en gestion publique ont progressé de 1,7 million € tandis que le montant des marchés en gestion déléguée augmentait de 38 millions €.

Le *centre pénitentiaire de Maubeuge*, datant de 1990, était propre et dans un état général relativement correct. Les personnes détenues étaient hébergées par deux, voire trois dans le quartier maison d'arrêt, dans des cellules mesurant en général autour 9 m² (hors installations sanitaires). Quinze personnes dormaient sur un matelas au sol. Les terrains de sport extérieurs avaient été récemment rénovés avec la pose d'un revêtement adapté aux pratiques sportives. Néanmoins, l'établissement connaissait lui aussi des problèmes récurrents de rats. Les fenêtres de plusieurs cellules n'étaient pas étanches engendrant du froid et de l'humidité. De plus, de nombreuses toilettes n'étaient pas totalement cloisonnées, le plus souvent car la porte en était détériorée ou manquante.

Le *centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan*, en service depuis 1967, était en état de délabrement avancé. Des projets existaient depuis au moins cinq ans pour démolir ou réhabiliter les bâtiments. La plupart des cellules mesuraient un peu plus de 8 m² (hors installations sanitaires) et étaient occupées par deux, voire trois personnes ; 37 personnes dormaient sur un matelas posé au sol. L'établissement peinait à assurer l'entretien nécessaire. En conséquence, le chauffage ne fonctionnait pas toujours et surtout, un nombre significatif de cellules étaient décrépites avec des fenêtres défectueuses ou cassées. Les personnes détenues dans ces cellules devaient vivre dans le froid, l'humidité et parfois la moisissure. Certaines avaient placé des cartons sur la fenêtre dans une tentative de limiter les entrées du vent et de la pluie. La délégation a aussi constaté la présence de cafards. Une situation qui rendait la détention insupportable, tout comme les conditions de travail des personnels.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre, sans délai, les mesures nécessaires dans les centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge afin que le seuil de deux détenus par cellule ne soit en aucun cas franchi dans les cellules mesurant 8/9 m² (hors annexe sanitaire). De telles cellules devraient, de préférence, n'héberger qu'une seule personne détenue. Des mesures immédiates devraient être prises pour désencombrer le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan afin de respecter sa capacité théorique et de ne plus héberger des personnes dans des cellules aux fenêtres défectueuses.

De plus, des travaux devraient être entrepris au centre pénitentiaire de Maubeuge afin de remédier aux problèmes de cloisonnement des toilettes et à l'étanchéité des fenêtres. Des mesures supplémentaires devraient aussi être prises afin de mettre un terme à la présence de rongeurs dans les établissements de Lille-Sequedin et Maubeuge.

52. La délégation a été informée du projet de reconstruction complète du *centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan* à l'horizon de 2025. Le CPT est préoccupé par le fait que pour plusieurs années des personnes continueront à être incarcérées dans un bâtiment délabré et devront subir les nuisances des travaux de reconstruction. **Le Comité invite les autorités françaises à maintenir un entretien minimum du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan ainsi qu'à prévenir tout impact négatif des travaux à venir sur la qualité de la prise en charge.**

53. Les *établissements de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge* connaissaient, à des niveaux divers, des problèmes de projections d'objets depuis l'extérieur dans l'enceinte de l'établissement, surtout vers les cours de promenade ce qui alimentaient des trafics et accroissaient les tensions et les incidents entre personnes détenues. Des mesures ont été prises dans les trois établissements notamment avec l'installation de filets surélevés et de grillages supplémentaires permettant une diminution des projections. Cependant, ces dernières continuaient à survenir, y compris le week-end comme la délégation l'a directement constaté lors de sa visite au centre

pénitentiaire de Maubeuge. La direction de la prison de Lille-Sequedin a mis en place des rondes périphériques quasi quotidiennes de l'équipe locale d'appui et de contrôle (ELAC) autour de l'établissement afin de dissuader les projections et de réparer immédiatement les dommages causés sur le grillage extérieur. Cette mesure avait permis une nette diminution des projections. **Le CPT encourage les autorités françaises à poursuivre leurs efforts pour lutter contre les projections dans les établissements de Bordeaux-Gradignan et Maubeuge notamment en privilégiant les rondes périmétriques.**

54. Chacun des établissements visités était doté d'un quartier disciplinaire et d'isolement. Les cellules utilisées pour l'isolement administratif étaient, en général, austères, mais dans un état relativement acceptable. Il en allait autrement des cellules disciplinaires, à l'exception de celles de Vendin-le-Vieil. Au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*, elles étaient relativement propres, mais il y faisait parfois froid en hiver. Surtout aux *centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan et de Maubeuge*, ces cellules étaient particulièrement sordides en raison de la saleté des murs et de la vétusté des équipements. Elles étaient aussi très sombres, la lumière du jour ne passant presque pas au travers des multiples grillages et des détritus entremêlés. De plus, il y faisait régulièrement froid en journée et très froid la nuit en hiver (voir également le paragraphe suivant concernant l'accès à la lumière).

Dans les quatre établissements, les cours de promenade utilisées par les personnes détenues à l'isolement (disciplinaire ou non) étaient toutes austères, emmurées, avec un grillage, voire un toit à Bordeaux-Gradignan, empêchant de voir le ciel ou l'horizon. Elles étaient dépourvues d'un banc et, le plus souvent, d'une protection contre le mauvais temps ou le soleil. Leur taille ne permettait en général pas de faire de l'exercice physique. En conséquence, la plupart des personnes détenues de ces quartiers refusaient de se rendre à la promenade, car elles ne pouvaient qu'arpenter un espace clos, et plusieurs ont indiqué se sentir tels des animaux en cage. En l'absence d'une salle de fouille prévue à cet effet dans ces quartiers, les fouilles étaient réalisées dans des locaux inappropriés tels que les douches ou le parloir avocat.

Le CPT recommande aux autorités françaises d'améliorer les conditions matérielles des cellules disciplinaires aux centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan et de Maubeuge, notamment en matière de propreté, d'équipements et de régulation thermique, ainsi que des cours de promenade des quartiers d'isolement et les locaux de fouille dans l'ensemble des établissements visités, et le cas échéant dans les autres établissements pénitentiaires en France, à la lumière des remarques qui précédent et d'en revoir la conception pour les constructions à venir.

55. Au cours de sa visite, la délégation a constaté, dans l'ensemble des établissements visités, que les fenêtres de nombreuses cellules étaient dotées d'une grille métallique doublée de caillebotis limitant fortement l'accès à la lumière naturelle. Ces cellules se trouvaient notamment dans les quartiers disciplinaire et d'isolement ainsi que les unités spécifiques telles que l'unité pour détenus violents au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin ou le quartier pour la prise en charge de la radicalisation au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que chaque cellule dispose d'un accès suffisant à la lumière naturelle (c'est-à-dire permettant la lecture en journée).**

56. Au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*, un nombre important de personnes indigentes avaient très peu de vêtements et plusieurs n'avaient notamment pas de manteau ou de vêtements chauds et imperméables pour sortir à la promenade. La direction, consciente de la situation, travaillait à résoudre ce problème. **Le CPT recommande que les personnes détenues puissent disposer de vêtements adaptés aux conditions climatiques et en nombre suffisant au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin.**

b. régime

i. régime des quartiers de détention ordinaire

57. Depuis plus de 10 ans, les autorités françaises ont mis en place des quartiers dédiés aux arrivants dans les établissements pénitentiaires. Ces quartiers distincts de la détention ordinaire répondent à un cahier des charges précis en matière de fonctionnement et de prise en charge qui s'inspire des règles pénitentiaires européennes (RPE). Un système de labélisation nommée « RPE » a été institué pour contrôler le plein respect de ce cahier des charges. Chacune des maisons d'arrêt visitées était dotée d'un quartier des arrivants labellisé. La délégation a constaté que les nouveaux arrivants, notamment les personnes prévenues, étaient pris en charge par du personnel formé et se voyaient expliquer dès leur arrivée le fonctionnement de l'établissement. Au cours d'une période d'une semaine environ[58], les arrivants rencontraient différents intervenants, responsables de la formation, du travail et de l'enseignement notamment, ainsi que l'équipe médicale (voir paragraphe 79 concernant l'examen médical d'admission). Des informations orales et écrites leur étaient également transmises pour leur permettre de s'inscrire aux activités ou de comprendre le fonctionnement des visites. En raison du nombre trop important de nouveaux arrivants, le *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin* avait scindé en deux son quartier destiné aux arrivants afin d'assurer une prise en charge progressive malgré la pression constante des entrées. Au terme de cette période, une équipe pluridisciplinaire décidait des modalités de la détention ultérieure (type d'encellulement, besoins ou suivis spécifiques). Le CPT salue cette approche qui limite le choc de l'incarcération et permet de mieux connaître les personnes détenues.

Les arrivants ne maîtrisant pas le français se trouvaient en grandes difficultés pour comprendre les règles de l'établissement. L'ensemble de la documentation remise était en français et le personnel affecté dans ces quartiers ne parlait en général pas d'autres langues (voir également paragraphe 93). **Le CPT invite les autorités françaises à assurer que la procédure d'admission soit intelligible par les personnes ne maîtrisant pas le français.**

58. La plupart des personnes détenues au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil* passait la plus grande partie de leur journée en dehors de leur cellule, le matin au travail et l'après-midi dans diverses formations, activités physiques ou socioculturelles. Près de 60 personnes, soit la quasi-totalité des détenus en régime ordinaire[59], disposaient d'un emploi. La direction déployait des efforts pour proposer une offre variée d'activités[60], permettant aux personnes détenues qui le souhaitaient d'y accéder très rapidement après leur admission.

---

58 La délégation a rencontré plusieurs personnes détenues dont le séjour au quartier dédié aux arrivants avait prolongé, notamment à des fins de protection, faute d'une solution adaptée en détention ordinaire (voir paragraphe 64).

59 A l'exclusion de ceux placés à l'isolement ou au QER.

60 Les personnes détenues ne disposaient cependant pas d'un régime de portes ouvertes en journée, à la différence de la situation constatée au centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe en 2015. Voir CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 48.

59. La situation était plus contrastée pour les personnes détenues dans des conditions ordinaires dans les autres établissements (voir également les paragraphes 61 à 63 concernant les conditions particulières d'incarcération des femmes ainsi que le paragraphe 67 relatifs aux modules de respect). La grande majorité des personnes prévenues et un grand nombre de condamnés de ces établissements ne bénéficiaient d'aucune activité, hormis quelques heures d'exercice en plein air et d'un peu de sport et d'une heure d'activité par semaine ; une situation similaire à celle constatée en 2015 dans les établissements de Fresnes, de Nîmes et de Villepinte[61]. Elles avaient en général accès à deux promenades quotidiennes d'une heure trente. Dans les trois établissements, les cours de promenades n'étaient pas toutes dotées de bancs et d'abris contre le mauvais temps ou le soleil. Les personnes détenues avaient aussi accès à des salles de sport ainsi qu'à des terrains de sports collectifs en extérieur ; cependant le terrain de football du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, bien que récemment rénové, n'était que très rarement utilisé sans que la direction ne puisse en expliquer la raison. Peu de personnes détenues disposaient d'un emploi rémunéré[62] et le faible nombre de postes de travail entraînait une longue période d'attente notamment aux centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan et de Maubeuge. Il en allait de même pour les formations professionnelles rémunérées. L'offre d'activités rémunérées était donc insuffisante en quantité et la rémunération extrêmement faible.

En matière d'activités sportives et socioculturelles, les personnes détenues pouvaient avoir accès à des enseignements pendant deux ou trois heures par semaine et s'inscrire à des activités récurrentes, entre autres, de sport ou axées sur la culture, la citoyenneté ou l'expression personnelle. Des difficultés supplémentaires existaient en raison du faible nombre de salles d'activités dans les prisons de Bordeaux-Gradignan et de Maubeuge. Les établissements tentaient également de diversifier l'offre en proposant des activités ponctuelles destinées à limiter la routine de l'enfermement (concert, événement culturel ou conférence par exemple). Néanmoins, l'ensemble de ces activités ne permettait d'occuper les personnes détenues que quelques heures par semaine au mieux.

Le CPT est conscient que l'organisation d'activités en maisons d'arrêt, qui connaissent une rotation assez rapide des personnes détenues, n'est pas aisée, et que la surpopulation chronique aggrave la situation. Cependant, la surpopulation ne saurait justifier à elle seule le régime carencé ou l'oisiveté constatés. Un régime offrant des activités diversifiées est un élément crucial du maintien de l'estime de soi comme de la préparation à la libération, tout en étant bénéfique au fonctionnement de la prison. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'accroître les activités destinées aux personnes détenues des établissements de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge et, le cas échéant, dans les autres établissements pénitentiaires en France. L'objectif devrait être que chaque personne puisse passer une partie raisonnable de la journée, soit 8 heures ou plus, hors de sa cellule, occupée à des activités motivantes de nature variée : travail, formateur de préférence ; études ; sport ; activités de loisir, adaptées aux besoins de chacun. Une attention particulière devrait être apportée au niveau de rémunération des emplois et aux formations qualifiantes.**

L'ensemble des cours de promenades devrait être équipé, en nombre suffisant, de bancs et d'abris contre les intempéries.

---

61 Voir CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 49.

62 Au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, 186 hommes détenus étaient employés aux services généraux ou aux ateliers, environ 115 à Bordeaux-Gradignan et environ 130 à Maubeuge – dont la moitié travaillait des tâches saisonnières qui devaient prendre fin peu de temps après la visite.

60. Dans les établissements de Maubeuge et de Vendin-le-Vieil, la direction avait mis en place un régime dérogatoire pour certaines personnes détenues.

Au *centre pénitentiaire de Maubeuge*, un quartier pour « détenus difficiles », était situé au premier étage du niveau 2 ouest du bâtiment A (centre de détention). Alors que le centre de détention était en régime de porte ouverte, un régime de porte fermée était appliqué à ce quartier. Les personnes condamnées qui y étaient placées étaient considérées comme inaptes à la vie en collectivité. Sur la base des entretiens réalisés par la délégation, la quasi-totalité des personnes y était contre leur gré et sans qu'une décision leur ait été notifiée. Seules deux personnes ont indiqué être dans ce quartier à leur demande. La plupart considéraient que ce placement était lié à une infraction commise et il succédait parfois à un isolement disciplinaire. Il est apparu que le placement dans ce quartier relevait d'un processus infra-disciplinaire pour la grande majorité des personnes.

Au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*, il existait au moment de la visite une « unité de prise en charge spécifique » au quartier maison centrale 3. Mise en place en urgence pour isoler deux détenus, le régime appliqué à cet étage avait évolué au gré du temps avec des règles créées sur la base de situations particulières survenues dans cette section. Au moment de la visite, six personnes y étaient placées. L'établissement avait mis en place un règlement propre à cette unité et il existait une procédure de placement qui prévoyait un réexamen mensuel de la mesure. Le régime était très sécuritaire, se rapprochant de celui appliqué à l'isolement administratif ou disciplinaire, avec des ouvertures de porte par plusieurs agents et un gradé, l'interdiction de certains objets (notamment de chaîne hi-fi) et une quasi-impossibilité d'être en contact avec d'autres personnes détenues. Le règlement de l'unité indiquait que la personne pouvait continuer à travailler, ce qui n'était pas le cas pour les personnes présentes lors de la visite. Les activités se limitaient à l'accès quotidien à la promenade et à une salle de sport un jour sur deux. Des personnes aux profils variés y étaient hébergées : personnes à la santé physique ou mentale fragile, individus ayant des difficultés d'adaptation ou créant des incidents en détention, personnes dont l'isolement disciplinaire a été levé pour raisons médicales. Comme dans la situation constatée au centre pénitentiaire de Maubeuge, le placement dans cette unité relevait d'un processus infra-disciplinaire. Au moment de la visite, la direction s'interrogeait sur la nécessité de pérenniser ce régime.

Le CPT invite les autorités françaises à mettre un terme à ces régimes dérogatoires dans les deux établissements.

ii. conditions particulières d'incarcération des femmes

61. La délégation a porté une attention particulière aux conditions d'incarcération des femmes en visitant les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan (38 femmes) et de Lille-Sequedin (105 femmes).

Dans les deux prisons, les hommes provenaient principalement des environs immédiats de l'établissement. En revanche, certaines femmes venaient de bien plus loin en raison du faible nombre d'établissements pénitentiaires susceptibles de les accueillir en France. Elles rencontraient plus de difficultés pour maintenir les liens familiaux dans le cadre des visites.

Surtout, la structure, les procédures en place et les mouvements dans ces établissements « mixtes » étaient pensés pour les détenus masculins majoritaires. En raison de la séparation entre hommes et femmes en détention, la vie dans les quartiers pour femmes devait s'adapter à celle des hommes. Si la participation aux groupes thérapeutiques était mixte et le travail aux ateliers accessible

aux femmes au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, il en allait différemment à Lille-Sequedin où les seuls emplois offerts aux femmes étaient aux services généraux de l'établissement. L'accès aux locaux collectifs (gymnase, salle de culte, par exemple) ou à l'unité sanitaire était plus limité pour les femmes que pour les hommes. Leurs mouvements devaient s'intercaler entre ceux des hommes qui étaient plus fréquents et jugés prioritaires. Dans les deux établissements, la bibliothèque des femmes était moins bien dotée et les activités/interventions de personnes externes plus limitées.

Au niveau structurel, ces quartiers pour femmes disposaient de moins de possibilités que ceux pour hommes. Dans les deux établissements, les arrivantes étaient placées dans des cellules à part dans le quartier des femmes. Elles étaient donc hébergées à proximité des autres femmes détenues et leur période d'observation y était souvent plus courte que celle des hommes. De plus, il n'existait pas de cellules de protection d'urgence (CProU) pour les femmes, obligeant à adapter les prises en charge parfois dans l'urgence. Ainsi, la délégation a constaté que les femmes à risque suicidaire imminent étaient placées dans une CProU du quartier des hommes à la prison de Bordeaux-Gradignan ce qui pouvait occasionner des difficultés en matière de surveillance. Le CGLPL a effectué des constatations similaires notamment dans son avis sur les femmes privées de liberté[63]. **Le CPT recommande aux autorités françaises d'offrir aux femmes détenues une prise en charge équivalente à celle des hommes.**

62. Une unité mère-enfant existait dans chacun des quartiers pour femmes visités. Ces unités, composées de quelques cellules adaptées ainsi que d'une nurserie, pouvaient accueillir les femmes enceintes et les mères avec leur enfant jusqu'à 18 mois. Les établissements avaient consenti à des efforts supplémentaires pour offrir des conditions matérielles améliorées dans ces unités. Les cellules et la nurserie étaient généralement en meilleur état que le reste du quartier des femmes, mieux équipées et offraient un environnement adapté aux enfants. Chacune disposait d'un espace extérieur aménagé avec des jeux pour enfants. Cependant, les la séparation avec la détention ordinaire n'était pas toujours pleinement effective ce qui générait du stress pour les mères. De plus, la nurserie au sein de la prison de Bordeaux-Gradignan ne se trouvait pas au même niveau que les cellules rendant son accès peu pratique. Surtout, dans les deux établissements, les unités n'étaient pas sécurisées pour de jeunes enfants. La délégation a constaté des installations électriques précaires et accessibles à de jeunes enfants, des placards non sécurisés ainsi que des cuisines inadaptées et non séparées de l'espace de vie. La cour extérieure de la nurserie à la prison de Lille-Sequedin était sale (déjections de rats au sol) et son toboggan était cassé en source de danger pour des enfants. **Le CPT recommande aux autorités françaises d'apporter les modifications nécessaires dans les unités mère-enfant et leur nurserie à la lumière des remarques qui précédent. Dans l'idéal, les autorités françaises devraient envisager la création de petites structures indépendantes, similaires à celles des unités de vie familiale (UVF) offrant un cadre adapté à l'enfant, propice au développement de liens entre la mère et son enfant.**

63. Si les mères peuvent en principe garder leur enfant en détention jusqu'à l'âge de 18 mois, ce délai est bien plus court en pratique et ne dépasse guère les 12 mois. Le CPT considère qu'il pourrait être opportun de prolonger ce délai jusqu'aux trois ans de l'enfant, comme c'est le cas dans d'autres pays européens, sur la base d'une analyse individualisée de la situation et si cela répond à l'intérêt supérieur de l'enfant. **Le Comité invite les autorités françaises à envisager cette possibilité.**

---

63 Avis du 25 janvier 2016 du CGLPL relatif à la situation des femmes privées de liberté, NOR : CPLX1604501V.

c. régimes spéciaux

64. En plus des régimes ou situations particulières tels que la surveillance spécifique de personnes identifiées ou leur isolement, les autorités françaises ont mis en place un nombre croissant de quartiers spécifiques où des régimes différenciés sont appliqués. Issus d'initiatives locales, ils ont été progressivement repris puis développés par l'administration pénitentiaire, le plus souvent pour répondre à des enjeux nationaux. Lors de la visite, la délégation a successivement visité un « module de respect »/quartier de confiance (à Lille-Sequedin), une « unité pour détenus violents » (à Lille-Sequedin) ainsi que plusieurs unités dédiées à la prise en charge de la « radicalisation » (à Lille-Sequedin, Lille-Annœullin et Vendin-le-Vieil). Selon les annonces des autorités, ces régimes ont vocation à être étendus et pérennisés.

Au cours de sa visite, la délégation a aussi rencontré plusieurs personnes maintenues dans des régimes ou des quartiers spéciaux faute d'une solution plus appropriée ailleurs. Il en allait ainsi pour des personnes nécessitant une protection qui restaient pour des durées prolongées, plusieurs semaines ou mois, dans les « quartiers arrivants » ou à l'isolement administratif (voir paragraphe 66). Deux personnes demeuraient dans des unités spécifiques (l'une à l'UDV et l'autre au QPR), avec un régime un peu aménagé, faute d'une meilleure solution ailleurs ou parce qu'un transfèrement leur serait nuisible émotionnellement. **Le CPT recommande aux autorités françaises que les personnes nécessitant une attention particulière soient détenues dans une section adaptée à leurs besoins et ne soient pas maintenues dans des sections poursuivant d'autres objectifs et offrant des conditions de détention inadaptées à leur situation.**

i. « détenus particulièrement signalés »

65. Il existe un répertoire des « détenus particulièrement signalés » (DPS) auxquels s'applique une surveillance spécifique en raison notamment de leur appartenance à la criminalité organisée ou d'un risque d'évasion ou d'actes de grandes violences. Les personnes DPS sont, en principe, placées en détention ordinaire et font l'objet d'une attention et de mesures de surveillance particulières. La procédure d'inscription et de maintien dans le répertoire prévoit une notification à la personne concernée ainsi que la possibilité pour celle-ci de présenter des observations écrites ou orales[64]. Les décisions d'inscription et de maintien dans le répertoire doivent contenir des éléments objectifs et vérifiables. Au moment de la visite, 251 personnes étaient inscrites dans ce registre au niveau national, soit une légère diminution par rapport à 2015[65]. Les personnes DPS rencontrées ont indiqué que la procédure était effectivement contradictoire, qu'elles pouvaient se faire assister d'un avocat et que leur situation était régulièrement réévaluée, annuellement au minimum.

Comme lors de la précédente visite, des personnes DPS dans chacun des établissements visités ont indiqué bénéficier d'un régime similaire aux autres personnes détenues, mais faire l'objet de fouilles à nu quasi systématiques après les parloirs, de réveils nocturnes réguliers et être entravées lors des extractions et des consultations médicales extérieures qui se tenaient, le plus souvent, en présence de personnel d'escorte. Concernant ces points, il est renvoyé aux recommandations formulées aux paragraphes 87, 102 et 103.

---

64 Pour une description complète de la procédure, voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 65 et CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 56.

65 Au moment de la précédente visite, 269 personnes étaient DPS.

ii. isolement administratif et judiciaire

66. Chaque établissement visité était doté d'un quartier utilisé pour les isolements administratifs (en vertu d'une décision du chef d'établissement pour des raisons de sécurité) ou judiciaires. Certaines personnes y étaient également placées à leur demande, à des fins de protection. La procédure de placement à l'isolement, sa révision régulière et les dossiers consultés n'appellent à aucun commentaire particulier.

Dans chaque établissement visité, la délégation a constaté que le régime en vigueur, quel que soit le motif de l'isolement, ne s'était pas amélioré depuis la précédente visite et demeurait totalement insuffisant. Il consistait en un accès quotidien à une cour de promenade inadaptée (voir paragraphe 54) et à une salle de moins de 10 m² équipée de deux ou trois appareils de musculation une à deux fois par semaine. Les seuls contacts humains se limitaient à quelques échanges brefs, mais quotidiens avec le personnel pénitentiaire, le passage d'un médecin deux à trois fois par semaine, des visites de proches selon les mêmes règles que les autres personnes détenues, ainsi que des éventuels entretiens avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ou la direction.

Au moment de la visite, 211 personnes étaient placées en isolement administratif en France et beaucoup d'entre elles l'étaient pour des durées prolongées comme l'a constaté la délégation. La politique de placer à l'isolement les personnes considérées comme les plus radicalisées et/ou prosélytes (voir paragraphe 70) avait entraîné un accroissement du nombre et de la durée des personnes isolées. La situation la plus préoccupante concernait les personnes isolées au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil* où certaines avaient passé plusieurs années, dans quelques cas plus de cinq ans, à l'isolement. La typologie des personnes isolées était extrêmement diversifiée (poursuivie ou condamnée pour grand banditisme, ayant commis de nombreux incidents ou agressions en détention, considérée comme radicalisée ou ne pouvant être prise en charge en détention ordinaire). Un petit nombre de personnes y étaient placées, l'administration ne pouvait en effet assurer leur sécurité en détention ordinaire en raison des infractions commises, notamment à caractère sexuel, de leur comportement ou leur santé mentale. Pour le CPT, ces personnes requièrent d'être prises en charge dans des structures adaptées et non contraintes à un régime d'isolement (voir également le paragraphe 64 à ce sujet). Il ressort de ces constatations qu'un régime extrêmement strict et unique est appliqué à des personnes aux profils et besoins hétérogènes. L'isolement ayant un impact direct sur la santé mentale, il importe de garantir des échanges réguliers et substantiels entre les personnes détenues concernées et d'autres personnes, par exemple des intervenants extérieurs. Une modification de l'approche du régime d'isolement devrait être également envisagée afin de permettre une meilleure prise en compte des profils des personnes concernées et de sa durée.

Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que les régimes en vigueur dans les quartiers d'isolement des prisons permettent à tous les détenus - quelle que soit leur catégorie - de bénéficier d'au moins deux heures de contact humain réel chaque jour. De plus, il conviendrait de développer des activités, y compris en petit groupe. Plus l'isolement se prolonge et plus les contacts humains et les activités devraient s'intensifier. Les autorités devraient s'engager dans une réévaluation du régime d'isolement et des personnes qui y sont affectées, les personnes ayant une maladie mentale sévère n'ont pas leur place dans un tel régime, dans ce contexte voir également le paragraphe 84.

iii. module de respect

67. Développés dans certaines prisons françaises à partir de 2012[66], et inspirés de l'expérience espagnole, les « modules de respect » ont pour objectifs annoncés de créer des zones de détention sans violence, physique, mais aussi psychologique, tout en renforçant le sens donné à la peine. Le principe de ces quartiers repose sur une sélection de personnes détenues considérées comme apte et/ou méritant de vivre en communauté. Elles bénéficient d'une liberté de circulation au sein du quartier en échange du respect de règles contractualisées. Le plan pénitentiaire de septembre 2018 annonçait que de nouveaux établissements pénitentiaires seraient prévus pour en accueillir. Le CPT salue ce développement. La délégation a visité un tel quartier au sein de la maison d'arrêt des femmes du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin.

La procédure d'affectation dans ce quartier était décidée au sein de l'établissement. Les personnes détenues volontaires au comportement jugé adapté et n'ayant pas commis d'infraction disciplinaire récente se voyaient proposer une affectation en échange de la signature d'une charte d'engagement. En cas d'un non-respect répété de ces engagements (possession d'un téléphone, comportement irrespectueux, par exemple), la personne détenue était réaffectée en détention ordinaire.

Les conditions matérielles étaient les mêmes que dans le reste de l'établissement ; néanmoins les personnes étaient seules en cellule, une situation quasi inexistante dans le reste de l'établissement. L'autre avantage pour les personnes détenues était le régime de porte ouverte d'environ sept heures par jour avec, par exemple, la possibilité de cuisiner avec d'autres ou de faire des activités récréatives en commun dans une salle dédiée. Pour le reste, la détention était similaire à celle des autres personnes détenues, notamment en termes d'activités. La plupart des personnes rencontrées se satisfaisaient de ce régime bien que certaines considéraient l'accès aux services sociaux, SPIP notamment, ou aux activités formelles *de facto* plus difficile qu'en détention ordinaire.

iv. « unité pour détenus violents »

68. En 2018, des « unités pour détenus violents » (UDV) ont été créées afin d'apporter, selon les autorités, une réponse à des agressions violentes en prison, notamment contre les agents pénitentiaires. Leur objectif est à la fois de prendre en charge les détenus violents et d'arriver au désengagement de la personne détenue dans cette voie. Le passage en UDV doit constituer une étape dans le parcours de l'exécution de la peine. La première UDV a ouvert au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin en mai 2019[67] dans un bâtiment distinct du reste de la détention afin de limiter au maximum les contacts et les échanges avec d'autres personnes détenues[68].

Selon la procédure en vigueur, l'affectation en UDV est décidée par la direction interrégionale sur proposition de l'établissement, après que la personne concernée a pu formuler ses observations. Cette mesure concerne des personnes détenues majeures, dans la pratique uniquement des hommes, qui présentent des antécédents de violences ou un risque de passage à l'acte[69]. La prise en charge est

---

66 Pour plus de détails sur ces modules, voir l'avis du CGLPL relatif aux modules de respect dans les établissements pénitentiaires du 12 décembre 2017, NOR : CPLX1806771V.

67 Au moment de la visite, il existait des UDV dans les établissements de Châteaudun, Fleury-Merogis, Lille-Sequedin, Marseille, Rennes, Strasbourg et Toulouse et trois autres (dans les établissements de Baie-Mahault, Lyon et Uzerche) devaient ouvrir au cours de 2020 ; l'objectif étant d'en créer une au sein de chaque direction interrégionale.

68 L'UDV se situait dans le même bâtiment que le centre national d'évaluation.

69 Pour plus de détails sur la procédure, voir le décret n° 2019-1504 du 30 décembre 2019 modifiant le code de

en principe de six mois avec une éventuelle prolongation de trois mois, décidée par la direction interrégionale. Sur place, la commission multidisciplinaire de l'établissement effectue l'évaluation initiale après deux semaines puis la réévaluation mensuelle des mesures de sécurité et du programme de prise en charge. Selon les éléments recueillis par la délégation, la procédure ne semblait pas se fonder sur une analyse approfondie des risques et des besoins des personnes sélectionnées, ne leur permettait pas de faire valoir leur point de vue, d'être correctement informés des raisons et des objectifs de leur affectation en UDV ou de contester la décision de placement.

Les conditions matérielles de l'UDV visitée étaient très bonnes. Elle disposait d'une salle d'activités, d'une salle d'entretien, d'une bibliothèque, d'une salle « d'apaisement » prévue pour des séjours de 15 à 20 minutes avant un éventuel envoi au quartier d'isolement (équipée d'un bat-flanc en béton et d'un petit sanitaire) et d'au moins trois bureaux pour le personnel ainsi que de quatre cours de promenades en construction au moment de la visite. Les cellules, propres, mais austères, mesuraient 10 m² environ (sanitaires compris), équipées de mobilier sécurisé : lits, table et chaise fixés au sol, télévision protégée par du plexiglas. Seules trois des dix cellules individuelles de l'unité étaient opérationnelles, des travaux étaient en cours dans les autres cellules. Les nuisances sonores occasionnées par ces travaux, notamment de forage, étaient très importantes, et rendaient les conditions de vie et de travail insupportables depuis plusieurs semaines. La délégation a dû interrompre à plusieurs reprises ses entretiens, le bruit ne permettait pas de s'entendre, même en criant. **Le CPT recommande aux autorités de ne plus réaliser des travaux d'ampleur à proximité immédiate de personnes détenues.**

69. Au moment de la visite, deux personnes détenues étaient prises en charge par une équipe pluridisciplinaire dédiée, composée notamment de psychologues, de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et de surveillants. Les personnes détenues ne pouvaient disposer de l'intégralité de leurs biens. La plupart des appareils électriques (plaques chauffantes, réfrigérateur, lecteur DVD ou chaîne hi-fi) étaient interdits ainsi que certains vêtements[70]. Durant les deux premières semaines, les personnes détenues étaient systématiquement menottées lors de leur déplacement et pour tous les entretiens, y compris médicaux ; dans ce contexte, voir la recommandation formulée au paragraphe 83. Au cours de cette période, elles pouvaient seulement se rendre à la promenade seule pendant une heure par jour, ainsi qu'à une salle de musculation, une fois par semaine, en fonction de leur comportement. A ce régime, qui s'apparentait à une forme d'isolement, s'ajoutait des contraintes sécuritaires telles que l'ouverture de porte par au moins trois agents en tenue de sécurité. Le régime était en général allégé après l'évaluation initiale. Une journée type comportait alors des activités occupationnelles sportives et socioculturelles ainsi qu'un ou deux entretiens par semaine axés sur le désengagement de la violence. Les personnes détenues passaient donc la majorité de leur journée inactives en cellule sans aucune prise en charge.

Lors des entretiens initiaux avec les autorités centrales, il a été affirmé que les UDV n'avaient pas pour objectif de prendre en charge des personnes ayant d'importantes pathologies mentales. Sur la base des informations recueillies par la délégation, la sélection des détenus ne paraissait pas, dans les faits, tenir compte des problèmes psychologiques ou psychiatriques. De l'avis des professionnels rencontrés, deux des quatre personnes accueillies à l'UDV (en sept mois de fonctionnement) souffraient des pathologies psychiatriques évidentes nécessitant une prise en charge hospitalière. Dans leur courrier du 13 mai 2020, les autorités françaises ont indiqué avoir rappelé aux directions interrégionales que « les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques lourds ne constitue pas le public adapté pour une prise en charge dans de telles unités ».

---

procédure pénale et relatif aux unités pour détenus violents.

70 En raison d'un problème lié à un prestataire privé, une des deux personnes détenues indigentes se trouvait aussi dans un dénuement vestimentaire quasi complet.

Le CPT s'interroge, tout comme certains membres du personnel rencontrés, sur l'utilité de telles unités eu égard au petit nombre de détenus concernés et aux problèmes de sélection de ceux-ci. Un dispositif avec un régime aussi strict qui confine à l'isolement pourrait même conduire à des effets inverses à ceux recherchés en rendant encore plus violentes certaines personnes ou en contribuant à détériorer leur santé mentale. Par ailleurs, les mesures sécuritaires, outre la méfiance et la stigmatisation qu'elles peuvent engendrer, paraissent disproportionnées par rapport aux cas individuels.

Le Comité invite les autorités françaises à modifier l'approche au sein des unités pour détenus violents notamment en matière de sélection des personnes affectées, du régime appliqué et de l'offre occupationnelle.

v. évaluation et prise en charge de la radicalisation

70. Depuis la précédente visite périodique en 2015, la prise en charge des personnes considérées comme radicalisées a connu de multiples évolutions au sein des établissements pénitentiaires. L'analyse de la situation ainsi que des incidents dramatiques tels que des attaques considérées comme terroristes au sein des prisons ont provoqué un changement de paradigme dans l'approche des autorités françaises. A la volonté de regrouper, voire d'isoler, les personnes détenues considérées comme les plus dangereuses, s'est ajouté un renforcement du processus d'évaluation et de prise en charge spécifique. Au cours de cette période, un réseau local et national de renseignement pénitentiaire a également été mis en place avec pour mission notamment de collecter des informations relatives à la radicalisation des personnes détenues. Les autorités françaises ont développé plusieurs dispositifs initiés ou repris dans le plan national de prévention de la radicalisation[71].

Aux fins d'évaluation, des « quartiers pour l'évaluation de la radicalisation » (QER)[72] pour les détenus masculins[73] ont été créés afin d'analyser tant l'idéologie de la personne que les risques de passage à l'acte violent. Concernant la détention, les autorités ont fait le choix d'une approche « mixte », mélangeant le rassemblement d'un quart de ces personnes à la dispersion en détention ordinaire, le plus souvent dans des établissements dotés de programmes de prévention de la radicalisation violente. Le rassemblement s'opère, pour 10 à 15 % des personnes considérées comme « radicalisées », au sein de quartiers de prise en charge des personnes radicalisées (QPR)[74] « pour les détenus majeurs radicalisés et prosélytes nécessitant une prise en charge adaptée et séparée de la détention ordinaire »[75]. Les QPR ont pour ambition d'initier un désengagement de la violence ainsi qu'une distanciation par rapport à l'idéologie radicale. Enfin, les personnes considérées comme les plus prosélytes ou ne pouvant être maintenues en collectivité (environ 10 %) sont placées à l'isolement administratif dans le but de limiter au maximum les contacts et le risque de passage à l'acte violent.

---

71 Plan national de prévention de la radicalisation, « prévenir pour protéger », 23 février 2018.

72 Dans les établissements de Fresnes, Fleury-Mérogis, Osny et Vendin-le-Vieil pour les personnes considérées comme « terroriste islamiste » ainsi qu'à la prison de Paris-La Santé pour les détenus de droit commun.

73 Au moment de la visite, il n'existait pas de quartier dédié pour l'évaluation des femmes. L'administration pénitentiaire réalise une procédure d'évaluation ambulatoire des femmes détenues au sein des quartiers maison d'arrêt pour femmes (QMAF) de Fleury-Mérogis et de Fresnes.

74 Au moment de la visite, les établissements de Condé-sur-Sarthe, Lille-Annœullin, Luynes et Paris-Santé étaient dotés d'un QPR. Suite à la visite, le cadre juridique des QPR a été précisé par le décret n° 2019-1579 du 31 décembre 2019 modifiant le code de procédure pénale et relatif aux quartiers de prise en charge de la radicalisation, NOR : JUSK1929348D.

75 Mesure n° 56 du plan national de prévention de la radicalisation.

71. La sélection des personnes devant faire l'objet d'une évaluation est opérée par l'administration pénitentiaire. Dans un premier temps, l'objectif a été d'évaluer en QER le plus grand nombre des 522 personnes poursuivies ou condamnées pour des faits en lien avec une activité terroriste et considérées par l'administration pénitentiaire comme « terroriste islamiste » (TIS). L'évaluation des personnes détenues non poursuivies ou condamnées pour des faits de terrorisme, mais considérées comme « radicalisées » a débuté à partir de juin 2019[76]. Le CGLPL a publié un rapport détaillé sur la prise en charge pénitentiaire des personnes « radicalisées »[77].

La délégation a visité les trois QER rassemblés au sein d'un même bâtiment du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil, qui disposaient de 36 places dont seules 18 étaient occupées au moment de la visite ainsi que le quartier de prise en charge des personnes radicalisées (QPR) du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin, situé dans un bâtiment autonome de deux étages qui accueillait 21 personnes détenues pour une capacité de 24 places. Tant l'évaluation que la prise en charge se faisaient sans le consentement préalable de la personne concernée.

Chaque quartier était doté d'un personnel pénitentiaire formé et suffisant. Des « binômes de soutien », composés d'un psychologue et d'un éducateur, effectuaient des entretiens ciblés en plus de ceux réalisés par les CPIP.

72. Dans les deux établissements, les conditions matérielles étaient satisfaisantes ; encellulement individuel avec des équipements neufs ou rénovés. La quantité des objets disponibles en cellule était limitée dans les QER, y compris le nombre de vêtements, pour des raisons de sécurité.

En matière de régime, les personnes détenues au QPR se voyaient offrir, en plus d'un accès quotidien à un espace extérieur, des activités organisées par le personnel, y compris les surveillants ou les psychologues, et avaient accès régulièrement à une salle d'activités, une bibliothèque et une salle de sport par groupe de six maximum. Quatre personnes détenues travaillaient aux services généraux de la prison, mais aucune ne suivait d'enseignement ou de formation. Ce régime était encore plus pauvre en QER et se limitait à une heure trente de sport par semaine en solitaire et à quelques activités en groupe (jeux de société, médiation animale et sophrologie) réparties dans la semaine. Le sentiment d'inactivité était renforcé par l'absence de travail et de formation et par l'impossibilité de disposer d'un ordinateur ou d'une console de jeux en cellule. Les possibilités de rassemblement étaient restreintes. La promenade limitée à quatre personnes, et se faisait le plus souvent par deux. Dans les deux types de quartier, le régime semblait construit autour des quelques entretiens qui rythmaient la semaine, pour ceux qui acceptaient d'y participer. **Le CPT recommande que le régime appliqué dans ces quartiers se rapproche de celui décrit dans la recommandation formulée au paragraphe 59. La limitation du nombre de vêtements devrait se fonder sur une analyse individualisée de la situation.**

73. Les deux types de quartier avaient des protocoles de prise en charge prédéfinis. L'évaluation effectuée en QER était réalisée par une équipe pluridisciplinaire et se déroulait sur 14 semaines. Elle avait en principe pour objectif de mieux connaître la personne détenue et de déterminer son affectation ultérieure. Après la première semaine d'observation, l'évaluation se déroulait sur huit semaines au travers d'entretiens avec divers interlocuteurs (CPIP, binômes de soutien, direction, médiateur du fait religieux). Le comportement de la personne était également analysé. Une synthèse était ensuite

---

76 L'administration évaluait leur nombre à environ 900 personnes.

77 CGLPL, Prise en charge pénitentiaire des personnes « radicalisées » et respect des droits fondamentaux, janvier 2020

rédigée par l'établissement avec des propositions d'affectation, la décision étant prise par l'administration centrale. Néanmoins, les rapports étaient transmis à l'administration pénitentiaire, mais aussi aux autorités judiciaires. Dès lors, l'évaluation des prévenus – soit plus des trois quarts des personnes détenues dans les quartiers visités – pouvait être ressentie comme biaisée par le risque de judiciarisation des informations transmises. Plusieurs prévenus ont exprimé leur crainte à ce sujet. De plus, la délégation a constaté que des personnes étaient parfois évaluées au QER alors qu'elles devaient prochainement être libérées ce qui interroge sur l'objectif réel de cette évaluation.

Le placement initial au QPR était pour une période initiale de six mois, renouvelable pour six mois à la demande du directeur de l'établissement ; il pouvait ensuite être prolongé tous les trois mois par une décision du directeur de l'administration pénitentiaire. Certaines personnes présentes au QPR au moment de la visite étaient de fait dans une telle structure depuis plusieurs années (qui avait précédemment connu d'autres appellations). Au sein du QPR, après une phase d'observation de deux semaines, un parcours de détention comportant à la fois les mesures de sécurité et d'accompagnement était proposé dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire (CPU). Ce parcours était réévalué régulièrement à la lumière du comportement de la personne détenue et des entretiens réalisés. Au terme de la prise en charge, la plupart des personnes étaient transférées en détention ordinaire (centre de détention ou maison centrale) ; selon la direction, sur les huit détenus sortis du QPR en 2 ans, un seul avait été transféré en quartier d'isolement.

Le CPT salue les moyens notamment humains alloués pour établir et favoriser un dialogue avec ces personnes détenues. Mieux les comprendre et leur permettre d'effectuer un travail sur les raisons de leur incarcération sont des instruments essentiels pour faciliter l'exécution de la peine. Une telle possibilité devrait être offerte à l'ensemble des personnes détenues, quel que soit le motif de l'incarcération ou le comportement de la personne en détention.

74. D'importantes mesures de sécurité étaient prises dans les QER comme au QPR. Dans les QER de Vendin-le-Veil, une cellule était laissée vide entre chaque cellule occupée. L'ouverture de porte se faisait en présence de plusieurs surveillants et gradé(s), généralement trois, mais jusqu'à cinq agents selon les observations de la délégation, suivie de palpations de sécurité et d'un passage sous le détecteur de métaux pour chaque sortie. De plus, une procédure spéciale avait été mise en place pour les sorties à la promenade (vérification visuelle des mains, des effets personnels pris pour la promenade, blocage de la porte avec un chariot notamment). Au QPR de Lille-Annœullin, les personnes détenues étaient hébergées en cellule individuelle et changeaient de cellule tous les 3 mois. Toute sortie de cellule devait se faire en présence d'au moins deux agents et avec un protocole similaire à celui appliqué aux QER (palpations puis portique). De telles mesures étaient appliquées indistinctement à l'ensemble des personnes détenues dans ces quartiers ce qui paraissait contradictoire par rapport à l'objectif d'évaluation et de prise en charge individualisée des personnes détenues et au réunions d'évaluation pluridisciplinaire effectuées deux fois par mois. De plus, il renvoyait une image indiscriminée de dangerosité à l'ensemble des personnes détenues et pouvait avoir un impact négatif sur l'objectif déclaré de ces quartiers.

Le CPT invite les autorités françaises à revoir la politique d'évaluation et de prise en charge des personnes détenues considérées comme radicalisées, en particulier les mesures spécifiques de sécurité, à la lumière des commentaires qui précédent et en prenant compte des lignes directrices du Conseil de l'Europe concernant la radicalisation et l'extrémisme violent[78].

[78] Adoptées par le Comité des ministres le 2 mars 2016, lors de la 1249e réunion des délégués des ministres.

5. Services de santé

a. prise en charge sanitaire générale

75. Le CPT note la mise à jour en 2019 du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice et l'adoption de la stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice, en avril 2017, qui a notamment pour objectifs une meilleure connaissance de l'état de santé des détenus, le renforcement de la prévention ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins. Il tient à saluer le fait que toute personne détenue est, en principe, affiliée à la sécurité sociale française et peut bénéficier d'une prise en charge sanitaire similaire à celle offerte à l'extérieur.

76. Comme lors de la précédente visite périodique, chaque établissement pénitentiaire visité était doté d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP, précédemment appelée unité de consultation et de soins ambulatoires), directement gérée par un centre hospitalier et relevant du ministère chargé de la Santé. Ces unités assurent les consultations de médecine générale et spécialisée, y compris dentaires, les soins infirmiers et la dispensation des traitements, ainsi que les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée. Elles assument aussi la mission d'éducation et de prévention pour la santé et la continuité des soins à la sortie.

Les locaux des USMP, dans les quatre établissements visités, disposaient des infrastructures et des équipements nécessaires (cabinet dentaire, défibrillateur, électrocardiogramme, appareil de radiologie digital notamment). Le centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil, le mieux doté, était aussi équipé d'une salle permettant de maintenir un patient sous surveillance médicale et d'une salle d'examen ORL. L'USMP du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin avait un nombre insuffisant de salles d'attente. La séparation stricte des personnes détenues entre les différents bâtiments compliquait l'organisation des rendez-vous médicaux et générait une perte de temps. Enfin, en l'absence d'un ascenseur adapté, les personnes à mobilité réduite de cet établissement devaient utiliser le monte-charge pour se rendre à l'unité sanitaire. **Le CPT encourage les autorités à remédier aux déficiences mentionnées ci-dessus.**

77. La qualité des soins est apparue satisfaisante dans l'ensemble des établissements. La présence de médecins généralistes était suffisante pour assurer les soins somatiques dans des délais raisonnables dans les établissements de Bordeaux-Gradignan, Maubeuge et Vendin-le-Vieil[79]. En revanche, ce nombre était insuffisant au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin qui disposait de 2,6 postes équivalent temps plein (ETP) pour plus de 700 personnes détenues ce qui entraînait des délais indus de prise en charge.

Différents médecins spécialistes, dermatologues, ophtalmologues et ORL notamment, tenaient des consultations régulières pour répondre aux besoins dans les quatre établissements (voir, cependant, le paragraphe 84 concernant la prise en charge psychiatrique). Des actes de télémédecine étaient pratiqués à la prison de Vendin-le-Vieil. La présence d'un dentiste était suffisante dans les établissements visités à l'exception du centre pénitentiaire de Maubeuge où une intervention quatre fois par semaine serait nécessaire pour réduire les délais d'attente. **Le CPT invite les autorités à renforcer la présence d'un médecin généraliste au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin et d'un dentiste au centre pénitentiaire de Maubeuge.**

---

79 La prison de Bordeaux-Gradignan avait l'équivalent de 3,5 postes temps plein de médecins généralistes assistés d'un interne pour une population de 600 personnes, la prison de Maubeuge avait 1,7 poste ETP pour 447 personnes détenues et la prison de Vendin-le-Veil disposait de 1,5 poste ETP pour 110 personnes détenues.

78. La situation était, en général, satisfaisante en matière de personnel paramédical dans les établissements visités, à l'exception de l'équipe infirmière du centre pénitentiaire de Maubeuge, composée de six ETP[80]. La présence infirmière assurée quotidiennement, y compris le week-end, n'était pas effective la nuit dans les quatre établissements. En cas d'urgence nocturne, les établissements avaient recours à des médecins d'astreinte ou les agents pénitentiaires en service de nuit faisaient appel aux services de secours (centre 15). Dans plusieurs situations, la délégation a constaté que les agents avaient considéré, de manière erronée, qu'il n'était pas nécessaire d'appeler ces services d'urgence. Dans un cas, le refus du personnel pénitentiaire d'appeler un soignant lors d'un service de nuit, associé à de mauvaises décisions de l'équipe médicale, auraient aggravé des dommages pour une personne détenue à la prison de Maubeuge. La délégation a aussi constaté au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan des délais indus, qui auraient pu être létaux, dans la prise en charge d'une tentative de suicide par coupure profonde au niveau du cou. Comme rappelé dans le rapport relatif à la visite de 2015, pour le CPT, une personne compétente devrait toujours être présente pour prodiguer les premiers soins dans chaque établissement pénitentiaire, y compris la nuit et le week-end ; cette personne devrait, de préférence, être un infirmier diplômé. **Le Comité recommande une nouvelle fois aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la présence à tout moment d'une personne pouvant assurer les premiers soins, de préférence un infirmier, dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français. L'équipe infirmière devrait également être renforcée à la prison de Maubeuge.**

79. L'examen médical d'admission était effectué par un infirmier et/ou un médecin afin d'identifier les problèmes de santé et les traitements en cours. L'examen clinique des constantes vitales (poumons, cœur, tension) était systématiquement complété par une radiographie thoracique dans l'ensemble des établissements, et dentaire au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Il convient de souligner qu'un dépistage sanguin de maladies transmissibles (VIH, hépatites A, B et C et plusieurs infections sexuellement transmissibles) était aussi offert aux nouveaux arrivants. Le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B était proposée. Dans ce contexte, la qualité de la prise en charge des maladies transmissibles (dépistage et suivi et accès aux traitements les plus récents), notamment de l'hépatite C, est à saluer au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*.

L'examen d'admission avait lieu, en général, dans les 24 heures suivant l'arrivée dans tous les établissements à l'exception de la prison de Bordeaux-Gradignan où il était courant que le premier contact avec l'unité sanitaire se fasse après une attente de deux jours voire plus. De plus, l'examen d'admission ne comprenait pas systématiquement une prise en compte des addictions et des maladies infectieuses au centre pénitentiaire de Maubeuge. Surtout, dans les quatre établissements, l'entretien médical et l'examen physique éludaient, le plus souvent, l'évaluation d'éventuelles traces de violence – par les forces de l'ordre comme dans le cadre domestique.

Le CPT tient à souligner qu'un médecin ou un infirmier, doit s'entretenir convenablement avec chaque personne détenue nouvellement arrivée et l'examiner aussitôt que possible après l'admission afin de connaître son état de santé, y compris en matière de maladies transmissibles et d'addictions, ainsi que ses éventuelles traces de blessures en inspectant toutes les parties du corps. Sauf circonstances exceptionnelles, ces entretiens et examens médicaux doivent se dérouler, dans une langue comprise par la personne détenue, dans les 24 heures suivant son admission, particulièrement en maison d'arrêt. **Le Comité recommande aux autorités françaises de prendre des mesures pour assurer que toutes les nouvelles personnes détenues arrivant dans un établissement pénitentiaire bénéficient systématiquement d'un tel examen médical.**

---

80 La prison de Bordeaux-Gradignan disposait de 10 postes ETP de personnel infirmier (USMP et SMPR), la prison de Lille-Sequedin de 20 postes ETP (USMP et SMPR) et la prison de Vendin-le-Veil de 5,5 postes ETP.

80. La lutte contre les mauvais traitements confère une responsabilité particulière au personnel soignant notamment dans la constatation et l'enregistrement des lésions traumatiques. La délégation a observé une pratique très hétérogène dans les établissements visités. Au *centre pénitentiaire de Maubeuge*, un constat de coups et blessures était systématiquement rédigé par un médecin et transmis à la personne détenue. Les constats de coups et blessures étaient également correctement rédigés au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*. Dans ces deux établissements, le service médical avait une attitude proactive pour l'enregistrement des lésions. En revanche, un changement de paradigme semble nécessaire dans les *établissements de Bordeaux-Gradignan et de Lille-Sequedin* où l'approche en matière de dépistage et de prévention des violences avant l'arrivée ou lors de la détention doit être repensée. A titre d'illustration, une personne détenue placée à l'isolement disciplinaire au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan a allégué avoir été frappée avec une matraque. Le médecin de la délégation avait constaté des traces à l'épaule droite concordantes avec ses dires. Malgré une visite bihebdomadaire d'un médecin au quartier disciplinaire, aucune mention de cette allégation ni constat de coups et blessures ne figurait dans son dossier médical. Au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, le responsable médical de l'unité sanitaire n'a pas été en mesure de fournir à la délégation des exemples de certificats de coups et blessures qui auraient été récemment produits par ses services.

Dans les établissements visités, les constats de lésions traumatiques consultés par la délégation ne contenaient jamais de photos ni de schémas corporels. De plus, ils n'étaient, par principe, pas transmis aux autorités compétentes de poursuite et aucun registre ne permettait d'avoir une visibilité claire sur le nombre de constats de coups et blessures établis et la nature des lésions constatées.

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

i) une description exhaustive des constatations médicales objectives fondées sur un examen approfondi,

ii) les déclarations faites par l'intéressé, pertinentes pour l'examen médical (dont la description de son état de santé et toute allégation de mauvais traitements), et

iii) les observations du professionnel de santé à la lumière de i) et ii), indiquant, si possible, la compatibilité entre toute allégation formulée et les constatations médicales objectives.

La consignation de lésions traumatiques constatées lors de l'examen médical devrait se faire sur un formulaire dédié, comportant des « schémas corporels » permettant d'indiquer les lésions traumatiques, qui sera conservé dans le dossier médical de la personne détenue. De plus, il serait souhaitable que des photographies des lésions soient prises et qu'elles soient versées au dossier médical. Le cas échéant, des examens complémentaires devraient être pratiqués (imagerie, examen gynécologique). En outre, un registre spécial des traumatismes devrait être tenu afin d'y consigner tous les types de lésions constatées.

81. En matière de santé des femmes, la délégation a constaté une bonne prise en charge dans les établissements de Bordeaux-Gradignan et Lille-Sequedin, les femmes détenues bénéficiaient notamment d'un accès adapté à des consultations gynécologiques. Néanmoins, aucune détection d'abus sexuels ou d'autres violences liées au genre n'était réalisée à l'admission ni aucun suivi ultérieur. **Le CPT recommande aux autorités françaises de renforcer les procédures de détection et de prise en charge d'éventuelles victimes de violences fondées sur le genre.**

82. Les dossiers médicaux consultés dans les établissements visités étaient généralement bien tenus. Au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*, certains aspects organisationnels pouvaient néanmoins affecter négativement le suivi des patients : les dossiers de l'unité sanitaire, qui n'existaient qu'en version papier, étaient parfois désordonnés, et surtout, l'unité sanitaire et le service médico-psychologique régional (SMPR) de l'établissement tenaient des dossiers médicaux distincts et le partage d'informations ne se faisait que lors de réunions communes aux deux services. **Le CPT invite les autorités françaises à ce que des mesures soient prises pour faciliter l'échange d'informations au sein des services médicaux du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin en mettant en place un dossier médical informatique commun ou un accès réciproque.**

83. Comme lors de la précédente visite périodique, la préparation des médicaments était assurée par du personnel de santé et la distribution effectuée par du personnel infirmier. En général, les demandes de rendez-vous médicaux pouvaient se faire grâce à des boites aux lettres dédiées et les consultations médicales au sein des quatre établissements respectaient le principe de confidentialité. Cependant, des consultations médicales au sein du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil devaient se dérouler alors que le patient était menotté, apparemment sur instruction de la direction. Il en allait de même pour les consultations somatiques et psychiatriques des personnes détenues à l'UDV du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin. De plus, les visites des services de santé aux quartiers disciplinaire et d'isolement des établissements visités ne garantissaient pas la confidentialité des échanges, un agent pénitentiaire étant toujours à proximité. Plusieurs personnes détenues ont indiqué ne pas s'être senties en confiance pour exposer leurs problèmes de santé par peur d'être entendues par les surveillants.

Il est inacceptable que des consultations médicales se déroulent avec des entraves qui ne permettent pas de réaliser un examen médical approprié, compromettent inévitablement l'instauration d'une bonne relation médecin/patient, et peuvent même être préjudiciables à l'établissement de constatations médicales objectives. La présence physique d'un personnel non soignant à proximité peut engendrer les mêmes conséquences.

Le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises d'assurer que les consultations médicales, y compris pour les personnes placées à l'isolement administratif, judiciaire ou disciplinaire ou placées dans des unités particulières, se déroulent hors de portée de voix et – sauf demande expresse du médecin dans un cas particulier – hors de la vue du personnel pénitentiaire. Des consultations médicales menottées ne devraient plus avoir lieu ; une pièce adaptée permettant de limiter les risques de sécurité devrait être mise à disposition.

b. prise en charge de la santé mentale

84. La prise en charge psychiatrique des personnes détenues était très différente d'un établissement à l'autre. Le service médico-psychologique régional (SMPR) du *centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan,* bien doté en personnel médical et soignant, offrait des soins de qualité notamment grâce à un éventail de protocoles et de groupes thérapeutiques disponibles. La mixité de certaines de ces activités était appréciée par les patients comme les soignants. Il en allait de même au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin* où l'équipe responsable de la santé mentale disposait du personnel et des moyens nécessaires pour prendre en charge convenablement les personnes détenues de l'établissement. En revanche, les *centres pénitentiaires de Vendin-le-Vieil* et surtout *de Maubeuge* étaient insuffisamment dotés pour répondre aux besoins des personnes détenues. La présence d'un psychiatre se limitait à une journée par semaine dans chacun des deux établissements alors qu'un équivalent temps plein serait nécessaire à Maubeuge et au moins un mi-temps à Vendin-le-Vieil.

Comme lors de la précédente visite périodique, la délégation a rencontré, dans chaque établissement, des personnes détenues dont la place n'était pas dans un établissement pénitentiaire, mais dans une structure hospitalière de santé mentale. Il arrivait que la santé mentale de certaines personnes s'étant trop détériorée, elles étaient placées à l'isolement pour des périodes prolongées. Si l'accès à une UHSA était en général rapide pour les personnes incarcérées aux centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan et de Lille-Sequedin, le délai d'attente dépassait les six semaines pour celles provenant du centre pénitentiaire de Maubeuge. Selon l'équipe soignante de Vendin-le-Vieil, l'UHSA de Lille était extrêmement réticente à accueillir des personnes provenant du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil dont certains avaient pourtant un besoin évident d'une prise en charge hospitalière. De plus, plusieurs patients de retour d'UHSA rencontraient d'importantes difficultés d'adaptation en milieu carcéral.

Une telle situation est inacceptable pour ces personnes malades et potentiellement dangereuse pour les personnes elles-mêmes, les autres personnes détenues comme pour le personnel, encore plus lorsqu'elles sont placées à l'isolement. **Le CPT recommande aux autorités françaises de renforcer les équipes psychiatriques et l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires de Maubeuge et de Vendin-le-Vieil et recommande une nouvelle fois que les personnes atteintes de troubles sévères soient prises en charge au sein de structures hospitalières adaptées**. A cet égard, voir également les remarques concernant la poursuite du programme d'ouverture des UHSA (paragraphe 113).

85. Chaque établissement visité proposait une prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues principalement fondée sur des programmes de traitement aux agonistes d'opioïdes (TAO) et des activités de groupe. Cependant, seuls les psychiatres pouvaient prescrire des TAO à la prison de Lille-Sequedin. Or, ils n'étaient pas présents lors des admissions les dimanches et jours fériés et les personnes entrantes ne recevaient qu'un traitement de sevrage en attendant une consultation ultérieure avec un psychiatre au prochain jour ouvrable. De plus, comme constaté lors de la précédente visite périodique, il n'existait pas de programme global prenant en compte l'ensemble des questions liées à la consommation de drogues en prison et la réduction des risques, y compris par la mise en place d'un système d'échange de seringues[81].

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

Pour le CPT, l'approche concernant la toxicomanie en prison devrait faire partie d'une stratégie nationale avec pour objectifs : de limiter la fourniture de drogues dans les prisons, de traiter la consommation de drogues en identifiant et en faisant participer les consommateurs de drogues, en proposant des options thérapeutiques et en leur garantissant des soins continus appropriés. Il convient également de développer des normes, d'assurer un suivi et des recherches sur les questions de la consommation de drogues et, le cas échéant, de proposer une formation au personnel soignant et pénitentiaire centrée sur les questions de consommation de drogues. Le Comité encourage les autorités françaises à mettre en œuvre une telle politique nationale en matière de consommation de drogues en prison et d'améliorer la prise en charge offerte et les mesures de réduction des risques disponibles dans les établissements visités à la lumière des remarques ci-dessus.

86. Les suicides en milieu pénitentiaire continuent à être un enjeu d'une importance particulière en France. Ils représentent près de la moitié des décès en détention selon les autorités françaises. En 2018, 119 personnes se sont donné la mort en détention et 12 hors détention (par exemple à l'hôpital ou lors d'une permission de sortie). Si ce nombre avait baissé notamment en 2017[82], il demeure élevé malgré l'accroissement constant de la population pénitentiaire. Un suicide est d'ailleurs malheureusement survenu quelques heures avant l'arrivée de la délégation au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Comme lors de la précédente visite périodique, chaque établissement visité comptait au moins une cellule de protection d'urgence (appelée CProU). La décision de placement dans une telle cellule ainsi que la mise en place de la dotation de protection d'urgence (DPU)[83] revient au directeur de l'établissement qui doit en informer l'équipe médicale. Le recours à ces cellules et à ces dotations est apparu généralement limité aux situations de risque suicidaire imminent, pour une durée relativement brève, et la consultation des registres a permis de constater que le service médical se rendait auprès des personnes placées en CProU et levait parfois les mesures. Toutefois, la délégation a noté trois placements problématiques en CProU au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan : un placement de 39 heures et deux placements motivés par la dégradation ou l'inondation d'une cellule sans risque suicidaire apparent. **Le CPT considère inapproprié l'emploi d'un protocole lié à la prévention du suicide pour des comportements inadéquats sans risque suicidaire ou pour une durée de plus de 24 heures.**

Le Comité note avec satisfaction que les autorités ont étendu le dispositif des « codétenus de soutien » à l'ensemble des établissements de plus de 600 places, comme le préconisé le rapport relatif à la visite de 2015[84]. Les autorités ont également indiqué avoir initié différents projets pour prévenir la contagion suicidaire, développer la formation du personnel et maintenir le contact avec les suicidants. **Le CPT invite les autorités françaises à poursuivre leurs efforts dans la politique de prévention des suicides.**

---

82 L'administration a recensé 103 suicides en détention et 14 hors détention soit un taux de 14,6 pour 10 000 personnes détenues pour 2017.

83 Cette dotation est constituée de deux couvertures indéchirables et résistantes au feu et de vêtements déchirables à usage unique.

84 CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 77.

c. extractions médicales

87. Malgré ses recommandations répétées et ses vives préoccupations, le CPT constate une nouvelle fois que le transfert et les soins prodigués aux personnes détenues en milieu hospitalier ordinaire (hors UHSI) continuaient à être pratiqués dans des conditions pouvant être considérées comme humiliantes et dégradantes.

L'administration pénitentiaire a classifié en trois niveaux d'escortes le recours aux entraves et la présence du personnel pénitentiaire lors des extractions médicales en fonction de de la dangerosité supposée de la personne détenue. Il appartient à l'établissement de décider individuellement des moyens de contention à prévoir ainsi que de la présence ou non d'un agent lors des consultations. Les registres relatifs à ces extractions ont montré qu'une décision était effectivement établie pour chaque personne escortée. Cependant, ces décisions ne prenaient pas en compte la situation particulière des personnes concernées et ne faisaient que reproduire les préconisations de l'administration centrale. Elles ne pouvaient donc pas être considérées comme individualisées. Les rares cas où une individualisation avait lieu concernaient l'accroissement des moyens de contention à utiliser.

Dans la pratique, à l'exception des catégories dispensées de toute mesure[85], l'ensemble des personnes détenues se voyaient appliquer au minimum un moyen de contention, menottes ou entraves aux pieds, lors de leur escorte. De telles mesures étaient appliquées y compris à des personnes ayant bénéficié de permissions de sortie. Il ressort des entretiens avec les personnes détenues, comme avec le personnel, que ces pratiques se sont tellement banalisées qu'elles ne sont presque pas remises en cause (voir également paragraphe 104 concernant la surenchère sécuritaire). Dans certains cas, le personnel pénitentiaire et/ou des membres des forces de l'ordre étaient présents lors de la consultation médicale. Ainsi, un détenu ayant de graves lésions traumatiques a été examiné à l'hôpital en la présence de deux agents pénitentiaires alors qu'il était menotté et entravé. Une autre personne détenue a été menottée durant plusieurs jours à son lit d'hôpital alors qu'elle se trouvait dans une chambre sécurisée. Une femme enceinte a indiqué avoir été escortée par des agents en arme cagoulés et être passée devant le public effrayé de l'hôpital. Trois membres féminins de l'escorte ont assisté aux examens clinique et radiologique gynécologiques alors qu'elle était restée menottée et entravée. Une telle pratique est totalement disproportionnée, irrespectueuse et pourrait être considérée comme dégradante.

Des mesures immédiates doivent être prises pour mettre un terme à ces pratiques inadmissibles. Examiner ou soigner des personnes soumises à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de la déontologie médicale que du point de vue clinique. En dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel de santé, ce qui n'est jamais le cas selon les informations recueillies par la délégation. Il importe de sensibiliser le personnel soignant comme pénitentiaire à la prise en compte des risques ainsi qu'au respect de la confidentialité et de la dignité. **Le CPT appelle, une nouvelle fois, les autorités françaises à prendre les mesures décisives, y compris au niveau normatif, afin d'assurer que les extractions médicales (transport, escorte et garde) des personnes détenues se fassent conformément aux considérations et préconisations susmentionnées.**

---

85 Mineurs, femmes enceintes et personnes de plus de 70 ans.

6. Autres questions

a. ressources en personnel

88. Depuis plus de 10 ans, l'administration pénitentiaire connaît des difficultés tant pour recruter que pour retenir son personnel. Pour combler le manque de surveillants, le nombre de recrutements par concours s'est accru, associé à une révision à la baisse de certaines exigences, et la durée de formation initiale a été réduite de huit à six mois en 2018. L'administration a également mis en place des primes afin de rendre l'administration pénitentiaire plus attractive et éviter les départs d'agents récemment recrutés. Il en va de même pour le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) qui a la charge d'accompagner les personnes détenues dans leur réinsertion. En 2016, les autorités françaises avaient annoncé 1 100 recrutements ainsi qu'une amélioration du statut du personnel et de la rémunération.

Comme lors de la précédente visite périodique, le personnel rencontré dans les établissements visités était généralement impliqué, remplissant des missions délicates dans des conditions difficiles de travail. Au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*, les effectifs en personnel pénitentiaire comme d'insertion et de probation étaient adéquats compte tenu du nombre de personnes détenues. La situation était bien différente dans les autres établissements où le nombre d'agents était insuffisant pour offrir une prise en charge adaptée. Au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*, l'effectif réel était relativement proche du cadre théorique bien que plusieurs postes de majors et d'officiers étaient vacants. Cependant, l'effectif était calculé sur la base de la capacité théorique de l'établissement ; il ne correspondait pas aux besoins d'un établissement surpeuplé. De plus, l'affectation d'effectifs en nombre supérieur dans certaines structures (notamment UDV et QER) entraînait un manque flagrant de surveillants dans les coursives des quartiers maison d'arrêt des hommes. La délégation a ainsi constaté qu'un surveillant, parfois stagiaire, était souvent seul sur un étage avec près de 100 détenus. La direction a reconnu que l'effectif était insuffisant pour assurer correctement les mouvements y compris vers l'unité sanitaire. La situation était relativement similaire au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan où les surveillants étaient souvent seuls à chaque étage. De fait, la tâche de ces surveillants se limitait à courir dans les coursives pour ouvrir et fermer les portes. Ainsi, outre le sentiment de frustration de ne plus pouvoir accomplir correctement son travail, le personnel ressentait un épuisement professionnel. La situation la plus préoccupante concernait le *centre pénitentiaire de Maubeuge*. Certes, l'équipe de direction venait d'être renforcée et comptait trois personnes au moment de la visite. Néanmoins, il manquait structurellement près de 20 % du personnel pénitentiaire en raison de postes vacants, de congés de maladie, de détachements syndicaux, mais aussi de plusieurs suspensions et mises à disposition pour raisons disciplinaires (voir ci-dessous). L'équipe en charge de l'insertion et la probation était amputée de moitié rendant sa tâche irréalisable[86]. Ces absences avaient d'importantes répercussions sur le fonctionnement de l'établissement, la sécurité des personnes détenues et leurs démarches de réinsertion. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la présence effective à tout moment d'un nombre suffisant d'agents formés pour assurer un fonctionnement normal des centres pénitentiaires de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge.**

---

86 Dans leur courrier du 13 mai 2020, les autorités françaises ont indiqué au CPT que l'équipe avait reçu le renfort d'un contractuel en mars 2020 et qu'un des deux agents en congés maladie au moment de la visite avait depuis repris le travail.

89. Aux *centres pénitentiaires de Lille-Sequedin et de Maubeuge*, plusieurs agents étaient suspendus de leurs fonctions par suite de l'ouverture de procédures pénales, notamment pour avoir pratiqué ou favorisé des violences sur des personnes détenues ou introduit au sein de l'établissement des produits prohibés. Les directions des établissements ont également précisé qu'il pouvait arriver qu'un agent soit poursuivi et condamné pour des faits de violences sur une personne détenue. Selon les informations recueillies par la délégation, les condamnations pénales étaient en général de quelques mois de prison avec sursis ce qui contraste avec les condamnations beaucoup plus lourdes prises contre des personnes détenues pour des faits similaires ou moins graves. Surtout, la plupart des condamnations n'entraînaient pas une interdiction d'exercer et les agents, suspendus temporairement de leurs fonctions, réintégraient ensuite leur établissement d'origine. Une telle situation générait une incompréhension parmi le personnel et les personnes détenues, lorsqu'elles étaient informées de la procédure. **Le Comité invite les autorités françaises à renforcer les mesures pour poursuivre, et, le cas échéant, sanctionner rapidement et fermement les agents auteurs de violences.**

90. En janvier 2018, la plupart des établissements pénitentiaires français ont connu un mouvement de grèves, principalement de surveillants. Bien que le droit français ne reconnaisse pas le droit de grève aux agents de l'administration pénitentiaire[87], certains établissements ont fonctionné en mode dégradé en raison de l'absence de surveillants parfois accompagnée de blocages des accès des établissements, pendant près de deux semaines.

L'*établissement de Maubeuge* avait été fortement touché par ce mouvement. Pendant dix jours, le directeur a indiqué avoir géré l'établissement sans surveillants ni gradés et alors que son adjoint était en arrêt maladie. Surtout, des agents en grève postés devant l'établissement effectuaient un filtrage à l'entrée et décidaient *de facto* de qui pouvait accéder à l'établissement. Le nombre de personnels soignants a ainsi été drastiquement limité à un médecin et un infirmier, mettant en péril la continuité des soins et la prise en charge des urgences médicales. Un seul agent technique pouvait pénétrer dans l'établissement, mais aucun des salariés chargés de la cuisine, qui était gérée par un premier surveillant. En conséquence, les visites et les activités étaient suspendues, les repas distribués de manière irrégulière et l'accès aux soins ne pouvait être garanti quotidiennement tout comme l'accès au téléphone, aux douches et aux promenades qui n'a pas été assuré pendant plusieurs jours. Le CGLPL a réalisé des constatations analogues dans d'autres établissements[88].

Le CPT considère que la possibilité de revendiquer de meilleures conditions de travail, notamment dans le cadre d'actions concertées ou collectives, est un droit qu'il convient d'assurer tout en garantissant le respect d'un service garanti. Il est fondamental que les droits des personnes détenues soient respectés en toute circonstance et que leur intégrité physique et morale soit assurée y compris lors de mouvements sociaux du personnel pénitentiaire. Pour se faire, les autorités nationales doivent mettre en place un service garanti et assurer sa mise en œuvre pratique à tout moment, y compris en période de grève, de mouvements sociaux ou de sous-effectif du personnel pénitentiaire. Dans le cadre d'un service garanti, chaque personne incarcérée devrait notamment bénéficier de repas fournis aux horaires prévus, de soins médicaux sans restriction (y compris un accès rapide aux soins d'urgence et un accès sans interruption aux soins somatiques ou aux traitements psychiatriques en cours à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement), d'un accès à au moins une heure de promenade par jour, de la possibilité de maintenir une bonne hygiène personnelle (notamment en ayant un accès régulier aux douches et aux services de buanderie) et la propreté de leur cellule, ainsi que des contacts continus avec le monde extérieur tant par voie postale ou téléphonique que par des visites, y compris des avocats. Un tel service garanti devrait aussi englober d'autres éléments

87 Le non-respect de cette interdiction peut entraîner des sanctions allant jusqu'à la révocation.

88 CGLPL, rapport annuel 2018.

essentiels notamment en ce qui concerne le régime et l'accès sans entrave à la justice. **Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures pour assurer le respect, en toute circonstance, d'un service garanti dans l'ensemble des établissements pénitentiaires ou pénales.**

91. Le personnel pénitentiaire ne porte aucun nom ou numéro d'identification sur son uniforme qui ne comprend que les insignes liés au grade et un écusson de l'établissement – où d'un établissement précédemment fréquenté par l'agent. Afin de protéger leur anonymat, le personnel pénitentiaire a pour habitude de s'interpeller par le grade dans l'enceinte de l'établissement plutôt que par le nom ou prénom. Le CPT reconnaît l'importance de la protection de la vie privée du personnel ainsi que la crainte d'être identifiable ou de possibles mises en danger à l'extérieur. Cependant, l'absence d'un élément d'identification d'un personnel limite grandement les possibilités de plaintes de la part des personnes détenues et peut faire régner un sentiment d'impunité au sein des agents pénitentiaires. D'ailleurs, plusieurs personnes détenues ont indiqué à la délégation ne pas pouvoir désigner précisément des agents au comportement inadapté ; elles ne pouvaient que les décrire de manière plus ou moins précise. A défaut de la divulgation du nom de l'agent, il importe qu'il soit identifiable par exemple par un numéro facilement mémorisable par chacun. **Le CPT recommande que des mesures soient prises pour garantir que les membres du personnel pénitentiaire présent en détention soient toujours identifiables, de préférence en portant une plaque d'identité ou un numéro d'identification court.**

92. L'équipe en charge des interventions (ELAC) du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin était équipée d'une caméra-piéton, activée par le chef d'équipe avant chaque intervention. Les enregistrements vidéo étaient consultés par le chef de détention et utilisés pour débriefer l'équipe. Après la visite, les autorités ont adopté un décret pour permettre l'expérimentation de caméras individuelles dans certains établissements[89]. Le CPT considère que l'enregistrement vidéo d'interventions est un outil pertinent pour prévenir et poursuivre d'éventuels mauvais traitements. Néanmoins, le décret ne semble pas prévoir que les images puissent être transmises aux personnes détenues concernées ou à leur représentant légal, à la différence des images de vidéosurveillance. **Le Comité souhaite recevoir de plus amples informations sur le déploiement de ces caméras individuelles ainsi que la confirmation que les images enregistrées pourront être transmises aux personnes détenues concernées et à leur avocat dans le cadre de procédures disciplinaires ou pénales.**

93. Dans les trois maisons d'arrêt visitées, des personnes étrangères ne comprenaient pas le français et rencontraient d'importantes difficultés de communication. Le personnel pénitentiaire, d'insertion et médical n'était souvent pas en mesure de communiquer avec elles. Certaines de ces personnes, rencontrées par la délégation, n'avaient pu s'inscrire à des cours d'initiation au français que plus d'un mois après leur arrivée, car cette possibilité ne leur avait pas été expliquée dans leur langue. D'autres personnes ne pouvaient pas communiquer avec les services sociaux ou médicaux qui ne pouvaient utiliser régulièrement un système d'interprétation professionnel. A défaut, ces services utilisaient des méthodes de substitution notamment en ayant recours à du personnel parlant une langue comprise ou à des outils informatiques. Ces alternatives, si elles permettent de remédier partiellement à cette carence, ne peuvent être une solution adaptée notamment pour un entretien lié à l'exécution de la peine ou une prise en charge médicale, encore moins dans un contexte psychiatrique.

---

89 Décret n° 2019-1427 du 23 décembre 2019 relatif aux conditions de l'expérimentation de l'usage des caméras individuelles par les personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire dans le cadre de leurs missions, NOR : JUST1931883D.

Des mesures proactives doivent être prises pour répondre aux besoins spécifiques des ressortissants étrangers, en particulier pour s'assurer que les règles et procédures inhérentes à la prison leur soient correctement expliquées et qu'ils ne souffrent pas de pratiques discriminatoires. Des mesures pourraient être prises pour attirer du personnel maîtrisant les principales langues étrangères parlées par la population carcérale. Dans ce contexte, **le CPT souhaite attirer l'attention des autorités françaises sur la Recommandation (2012) 12 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant les détenus étrangers et aimerait recevoir leurs commentaires à ce sujet. En particulier, il conviendrait d'assurer la disponibilité de services d'interprétation, si nécessaire par téléphone.**

94. Au *centre pénitentiaire de Lille-Sequedin*, comme indiqué au paragraphe 45, la consultation de vidéos d'intervention d'agents pénitentiaires lors du déclenchement de l'alarme a montré des gestes inappropriés pour maîtriser des personnes détenues notamment en cas d'agitation. Dans quelques cas, l'usage de la force apparaissait disproportionné, voire inutile, et avait entraîné des blessures. La direction, consciente de ce problème, avait ouvert des enquêtes internes à la suite de plaintes pénales. A l'inverse, les vidéos des interventions des membres de l'ELAC démontraient une bonne connaissance et la mise en pratique de techniques de dialogue, de désescalade et de recours approprié à la force. **Le CPT souhaite être tenu informé des suites, notamment disciplinaires, données aux plaintes déposées à l'encontre du personnel du centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, et invite les autorités françaises à améliorer la formation en matière de désescalade et d'usage de la force à l'ensemble du personnel pénitentiaire de cet établissement.**

b. contacts avec le monde extérieur

95. En matière de visites, les prévenus ont droit à trois parloirs d'une heure par semaine et les condamnés à une visite d'une heure par semaine. Dans les établissements visités, cette règle était en général appliquée. Cependant, la durée des visites était écourtée au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin en raison de la surpopulation.

96. Les conditions matérielles des salles de visite des établissements de Lille-Sequedin, de Vendin-le-Veil et de Maubeuge n'appellent aucune remarque particulière, les boxes pour les visites de la prison de Bordeaux-Gradignan étaient cependant relativement vétustes et de petite taille. Le CPT note avec satisfaction que les autorités françaises poursuivent leurs efforts pour permettre des visites prolongées au travers d'unités de vie familiale (UVF)[90] et de parloirs familiaux[91]. Leur nombre s'est grandement accru depuis la précédente visite périodique[92]. Dans les établissements visités, seul le centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil était doté de parloirs familiaux et d'UVF. La direction permettait au plus grand nombre de personnes détenues d'en bénéficier jusqu'à trois visites de 48 h par mois en UVF, en plus d'éventuelles visites ordinaires ou de parloirs familiaux. Plusieurs personnes détenues ont indiqué apprécier cette possibilité qui favorisait le maintien des liens familiaux et affectifs ; d'autres dont la famille était plus éloignée éprouvaient une frustration légitime de ne pas pouvoir en faire usage. **Le CPT invite les autorités françaises à poursuivre leurs efforts en la matière.**

---

90 L'UVF est un appartement meublé, de type F2/F3, situé dans l'enceinte pénitentiaire et à l'extérieur de l'espace de détention, conçu pour y mener une vie autonome où une personne détenue peut recevoir des visites non surveillées pour une durée pouvant aller jusqu'à 72 heures.

91 Le parloir familial est un salon fermé, d'environ 15 m², où une personne détenue peut rencontrer ses proches pour une durée maximale de 6 heures en journée.

92 En juillet 2019, 170 UVF étaient en fonctionnement dans 52 établissements pénitentiaires et 124 parloirs familiaux se répartissaient dans 33 établissements (dont 27 également dotés d'UVF).

97. Comme lors de la précédente visite périodique, l'ensemble des personnes détenues, y compris celles prévenues, avaient en principe un accès régulier au téléphone. Des téléphones étaient généralement disponibles dans les coursives et/ou dans les cours de promenade. Dans la pratique, l'utilisation de ces téléphones était complexe, notamment dans les établissements en surpopulation, en raison du faible nombre de téléphones opérationnels disponibles, parfois une seule cabine opérationnelle dans la cour de promenade, et du manque d'intimité en l'absence d'un cloisonnement autour de ces installations. De plus, les horaires d'accès étaient en général dans la journée, moment où les proches, et notamment les enfants, étaient peu joignables. Enfin, le prix des communications téléphoniques demeurait une source de plaintes, notamment pour les appels vers les téléphones portables et l'étranger. Des personnes détenues se sont plaintes de ne pas avoir pu être en contact avec leurs proches, y compris avec leurs enfants en bas âge, pendant une durée prolongée dans les établissements de Bordeaux-Gradignan, Lille-Sequedin et Maubeuge. Dans quelques cas, ces personnes n'avaient pu téléphoner à leur arrivée comme le prévoit normalement la procédure pour les arrivants.

Dans ce contexte, le CPT salue l'intention des autorités d'équiper d'un téléphone fixe les cellules de l'ensemble des prisons françaises, à l'exception des quartiers disciplinaires et des centres de semi-liberté. L'établissement de Vendin-le-Vieil en était équipé au moment de la visite. Tant les personnes détenues que le personnel ont souligné l'impact positif de ce nouveau dispositif. La possibilité d'utiliser des moyens modernes de communications (appels vidéo) pourrait aussi être envisagée afin de permettre aux personnes détenues ayant peu ou pas de visites en raison de l'éloignement de maintenir des contacts visuels avec leurs proches. **Le CPT invite les autorités à poursuivre leurs efforts afin de permettre l'accès régulier à un téléphone fixe offrant des tarifs abordables à l'ensemble des personnes détenues.**

c. discipline

98. Les procédures disciplinaires et le fonctionnement de la commission de discipline sont demeurés inchangés depuis la précédente visite périodique[93]. Comme lors de la visite de 2015, l'assistance d'un avocat était, en général, organisée par les établissements, les registres disciplinaires bien tenus et les décisions correctement motivées.

99. Les règles relatives aux sanctions disciplinaires ont été partiellement modifiées en mars 2019[94] avec pour objectif annoncé d'améliorer la lutte contre les violences en détention[95]. Les établissements visités faisaient un usage approprié des sanctions disciplinaires, en recourant notamment à des sanctions avec sursis. Néanmoins, la sanction principale consistait en un placement à l'isolement disciplinaire qui dépassait 14 jours pratiquement chaque fois qu'il était reproché à une personne détenue d'avoir eu des contacts physiques (violences, mais aussi mains sur le torse) avec un agent pénitentiaire. A *la prison de Lille-Sequedin*, la direction avait développé une procédure de « plaider coupable » afin de limiter les comparutions devant la commission de discipline et de développer des alternatives à l'isolement disciplinaire.

---

93 Voir CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 94.

94 Décret n° 2019-98 du 13 février 2019 modifiant les dispositions réglementaires du code de procédure pénale relatives au régime disciplinaire des personnes détenues.

95 Le décret clarifie certaines fautes disciplinaires, alourdit les sanctions pour les insultes, menaces et outrages et crée de nouvelles fautes telles que la rébellion, l'apologie du terrorisme ou l'enregistrement et la diffusion d'images ou de sons captés en détention. La suspension ou le déclassement d'un emploi ou d'une formation peuvent être prononcés comme sanction principale ou en complément.

Le CPT prend note des modifications normatives et de ces pratiques, mais regrette que les autorités françaises n'aient pas réduit la durée maximale des sanctions disciplinaires applicables aux adultes et n'aient pas non plus interdit tout isolement disciplinaire pour les mineurs afin de se conformer à ses recommandations. Le placement à l'isolement peut avoir des effets préjudiciables sur la santé mentale, somatique et sociale de l'intéressé. Aussi convient-il d'y recourir en guise de sanction disciplinaire uniquement à titre exceptionnel et pendant la durée la plus courte possible.

Le Comité recommande à nouveau aux autorités françaises de prendre les mesures législatives nécessaires pour assurer que le placement à l'isolement disciplinaire ne dépasse pas 14 jours pour une infraction donnée commise par un adulte et soit de préférence d'une durée inférieure. Il devrait être interdit d'imposer plusieurs sanctions disciplinaires à la suite si cela signifie un séjour à l'isolement d'une durée ininterrompue et supérieure au maximum. De plus, la loi ne devrait pas permettre l'isolement disciplinaire des mineurs.

100. La législation prévoit toujours que le médecin reçoive une notification quotidienne des personnes placées à l'isolement et qu'il les examine sur place au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire[96]. Comme lors de la précédente visite périodique, un infirmier ou un médecin rendait visite aux détenus placés au quartier d'isolement en général peu de temps après leur admission, puis tous les deux ou trois jours. La législation ne prévoit toujours pas l'obligation d'une visite quotidienne par un membre de l'unité sanitaire. **Le CPT recommande une nouvelle fois aux autorités françaises de garantir que, dans tous les établissements pénitentiaires, les personnes placées dans des conditions d'isolement cellulaire (qu'il soit disciplinaire ou administratif) fassent l'objet d'une visite immédiate, puis quotidienne, d'un médecin ou d'un infirmier faisant rapport à un médecin.**

101. Au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*, plusieurs personnes détenues ayant fait l'objet de mesures d'isolement disciplinaire ont indiqué qu'une des deux équipes de surveillants en charge du quartier avait tendance à « oublier » de proposer la promenade quotidienne ou la douche. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à ce sujet.**

d. mesures de sécurité

102. Le droit applicable en matière de fouilles à nu a été modifié plusieurs fois depuis la précédente visite périodique. En 2015, l'article 57 de la loi pénitentiaire imposait une individualisation de chaque fouille des personnes détenues. Depuis lors, cette disposition a fait l'objet de deux modifications substantielles[97]. Les dispositions législatives permettent désormais au chef d'établissement d'autoriser, par une décision renouvelable d'une durée de trois mois, des fouilles « de façon systématique lorsque les nécessités de l'ordre public et les contraintes du service public pénitentiaire l'imposent ». Le chef d'établissement peut aussi « ordonner des fouilles de personnes détenues dans des lieux et pour une période de temps déterminés, indépendamment de leur personnalité » s'il existe « des raisons sérieuses de soupçonner l'introduction au sein de l'établissement pénitentiaire d'objets ou de substances interdits ou constituant une menace pour la sécurité des personnes ou des biens ». Ces modifications législatives ont considérablement élargi la possibilité de recourir à des fouilles à nu, y compris sur une base non individualisée, en contradiction avec les recommandations du CPT.

96 Article R. 57-7-31 du CPP.

97 Par la loi du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement et la loi de programmation de la justice du 23 mars 2019.

Dans l'ensemble des établissements visités, les personnes détenues ont indiqué être fouillées à nu, sans en comprendre les raisons, au retour des visites de manière très régulière voire systématiquement pour certains. Une personne détenue a rapporté qu'elle était systématiquement fouillée à nu après des visites sans contact physique possible (derrière une vitre). Les fouilles n'avaient pas toujours lieu dans des lieux adaptés. De plus, comme lors de la précédente visite périodique, toutes les personnes détenues ont souligné avoir dû se dévêtir entièrement, parfois devant des agents du sexe opposé. Les fouilles collectives étaient souvent réalisées dans un contexte où les autres personnes détenues pouvaient voir la personne nue. Le Comité rappelle qu'il préconise la mise en place d'une fouille par étapes permettant d'avoir toujours une partie du corps couverte (« le haut » puis « le bas ») afin de limiter une situation inconfortable pour les personnes détenues comme pour les surveillants. En raison de leur caractère invasif et potentiellement dégradant, **le CPT recommande à nouveau aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que, tant dans la législation que dans la pratique, les fouilles à nu soient réalisées à la suite d'une évaluation individuelle des risques et effectuées par étapes devant des agents de même sexe et dans un endroit dédié, hors de la vue d'autres personnes détenues, respectant l'intimité et la dignité.**

103. Comme lors de la précédente visite périodique, de nombreuses personnes détenues faisaient l'objet d'un contrôle nocturne dans chaque établissement visité. Les surveillants de nuit avaient pour instruction d'effectuer des rondes spécifiques, parfois à intervalles très rapprochés, en allumant et en demandant quelquefois à la personne de faire un signe de vie (mouvement du bras notamment). Ces mesures étaient appliquées à la plupart des DPS, des personnes placées à l'isolement administratif, judiciaire ou disciplinaire, à celles affectées dans les quartiers d'évaluation ou de prise en charge de la radicalisation, ainsi qu'aux personnes considérées comme à risque de suicide. Au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*, un contrôle visuel avec allumage de la lumière était systématiquement effectué la nuit dans chaque cellule. Le CPT rappelle qu'une telle mesure risque d'avoir des conséquences néfastes pour la santé des personnes concernées. La perpétuation de telles mesures sur plusieurs mois voire années est susceptible d'entraîner des troubles psychologiques ou d'aggraver des problèmes existants, notamment concernant le risque suicidaire. **Le Comité recommande à nouveau aux autorités françaises de revoir les modalités de la surveillance nocturne dans tous les établissements pénitentiaires. En particulier, la lumière ne devrait être allumée en cellule qu'en cas de stricte nécessité.**

104. Au cours de la visite, la délégation a constaté une certaine surenchère sécuritaire élevant le seuil de sécurité passive de plus en plus haut à la suite à d'incidents dramatiques en détention. Ainsi, les agents pénitentiaires sont désormais dotés de gants anti-coupure et de gilets pare-lame et les portent la plupart du temps malgré le mécontentement de certains. Comme décrit précédemment, certains quartiers spécifiques (UDV, QER, QPR notamment) appliquent des mesures de sécurité renforcées et non individualisées – ouverture de porte à plusieurs, fouilles répétées. Près de 2 000 trappes passe-menottes ont aussi été installées sur les portes des cellules de quartiers considérés comme « sensibles ». Dans plusieurs établissements, les portes de certaines cellules devaient être ouvertes par au moins trois agents. Le recours aux entraves et la présence du personnel non soignant lors des extractions médicales, examens médicaux et hospitalisations se sont aussi perpétués pour devenir une situation considérée comme la norme par beaucoup.

La situation la plus préoccupante a été constatée au *centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil*. Les cellules des quartiers disciplinaire et d'isolement n'étaient ouvertes qu'en présence d'au moins trois agents équipés et casqués. Une telle approche non discriminée en fonction de la situation individuelle de la personne détenue concernée renvoyait une impression de dangerosité à l'ensemble des personnes détenues dans ces quartiers. Elle rendait aussi impossible toute sécurité dynamique basée sur le dialogue et l'écoute. La direction était consciente de cette situation liée, selon elle, à l'histoire particulière de l'établissement ainsi que de la spécificité des personnes qui y étaient détenues. Il paraît nécessaire de réfléchir à sortir de cette spirale et de rétablir une approche fondée sur l'humain et la sécurité dynamique. Dans ce même établissement, l'équipe soignante a déploré avoir subi des pressions de la part d'un sous-préfet, au cours d'une réunion, pour connaître la situation médicale d'une personne détenue.

Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur cette surenchère sécuritaire tant au niveau national que concernant la situation spécifique prévalente au centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil.

C. Etablissement psychiatrique

1. Remarques préliminaires

105. La délégation a examiné la situation, d'une part, des personnes hospitalisées à temps plein sans consentement et, d'autre part, des personnes détenues (dont certaines consentent à l'hospitalisation et aux soins), avec pour objectif de faire un suivi des recommandations formulées par le Comité à la suite de ses visites de plusieurs établissements psychiatriques en 2010 et 2015.

Le Code de la santé publique (CSP) qui régit notamment les hospitalisations non volontaires avait connu des modifications successives en 2011, 2013 et 2016[98]. Pour rappel, les soins psychiatriques peuvent être imposés selon plusieurs modalités : sur décision du directeur d'établissement, soit à la demande d'un tiers (SDT), en urgence (SDTU) ou non, soit de sa propre initiative en cas de péril imminent (SPI), ou sur décision du représentant de l'Etat, le préfet (SDRE). De plus, des dispositions spécifiques du Code pénal et du Code de procédure pénale (CPP)[99] existent pour les personnes reconnues pénalement irresponsables. Les modalités d'admission et de sortie varient en fonction de la procédure d'hospitalisation [100].

Concernant les personnes en détention, avant leur hospitalisation, l'article D-398 du Code de procédure pénale dispose que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement ». L'hospitalisation des personnes détenues peut avoir lieu dans différents types de structures de santé, mais le modèle des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) se répand depuis 2010.

106. Malgré une politique nationale visant à opérer un « virage ambulatoire », le nombre d'hospitalisations en établissements psychiatriques augmente chaque année en France (417 000 en 2016, 420 000 en 2017, 424 000 en 2018101). Le nombre de personnes faisant l'objet de soins sans consentement est également en hausse102. Et même si depuis 2011, une personne peut être soumise à un programme de soins sous d'autres modalités qu'une hospitalisation complète (par exemple, soins ambulatoires, soins à domicile et, le cas échéant, hospitalisation à domicile, séjours à temps partiel), le nombre d'hospitalisations involontaires à temps complet augmente. Or, dans le même temps, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein ne cessent de diminuer. Les patients sont admis dans un état de crise de plus en plus avancé et que les hospitalisations se font toujours plus sous contrainte, dans des unités sous forte tension. Le CPT a déjà soulevé cette problématique dans les rapports de ses visites périodiques en France en 2010 et 2015. Le comité estime que le « virage ambulatoire », aussi bénéfique soit-il, ne doit pas être poursuivi aux dépens des conditions d'hospitalisations dans les unités de soins accueillant les patients en situation de crise. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises à ce sujet.**

---

98 Voir CPT/Inf (2017) 7 paragraphes 101, 143-161.

99 Article 122-1 du Code pénal et article L.706-135 du CPP.

100 *Idem*.

101 ATIH –Les chiffres clés de la psychiatrie (publications annuelles)

102 Voir Feuille de route santé mentale 2018-2022 : « *En 2016, 93 740 personnes ont fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement décidés par le directeur d'établissement ou par le préfet. Ce chiffre est en augmentation depuis 2012 (…). L'augmentation des soins sans consentement s'explique notamment par le recours accru à la procédure de soins pour péril imminent introduite par la loi du 5 juillet 2011* ». (Action n° 22).

2. Présentation du Centre hospitalier de Cadillac

107. Le Centre hospitalier de Cadillac est un établissement public de santé spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale et des souffrances psychiques, implanté à une trentaine de kilomètres de Bordeaux (Nouvelle-Aquitaine) et qui dessert un territoire de près de 500 000 habitants. Il est composé de trois pôles cliniques pour adultes, d'un pôle clinique pour enfants et adolescents, d'un pôle de réhabilitation psychosociale et de transition vers le médico-social, ainsi qu'un pôle de psychiatrie médico-légale. A côté des structures de soins ambulatoires[103], des services d'hospitalisation partielle (une centaine de places en hôpitaux de jour ou de nuit), l'établissement offre 460 lits d'hospitalisation à temps plein, répartis sur 22 unités, situées sur six sites géographiques. Il compte tous les types de structures susceptibles d'accueillir, en France, des patients relevant du mandat du CPT.

En 2018[104], la file active[105] de l'établissement s'élevait à environ 14 500 patients (en augmentation de 13,5 % depuis 2017), dont environ 2 400 hospitalisés à temps complet (soit 16,5 % de la file active). 41 % des patients pris en charge à temps plein faisaient l'objet de soins sans consentement[106] (contre 37 % en 2013 et 2014).

108. Parmi les unités d'hospitalisation complète, plusieurs sont entièrement réservées aux patients en hospitalisation involontaire : quatre unités fermées de psychiatrie générale, l'Unité pour malades difficiles (UMD) et l'Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). L'Unité de court séjour (UCS), l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), et une unité de gérontopsychiatrie pouvaient, quant à elles, accueillir des patients en soins sans consentement aux côtés de patients en hospitalisation libre. La visite a porté sur l'ensemble de ces unités, à l'exception de l'unité de gérontopsychiatrie.

Les quatre unités fermées de psychiatrie générale ainsi que l'UCS se situent sur le site principal et « historique » de Cadillac[107]. Les autres unités visitées (UMD, USIP, UHSA), totalisant 140 lits, sont regroupées au sein du pôle médico-légal qui occupe un site distinct, plus récent et entièrement sécurisé, situé à proximité du site principal (site Boissonnet).

109. Les quatre unités fermées du secteur de psychiatrie générale (unités Pinel, Broca, Tosquelles, Charcot), d'une capacité de 17 à 21 lits chacune (74 lits au total), sont des unités d'admission « classiques ». Selon le principe de sectorisation, les patients sont admis dans l'une ou l'autre en fonction de leur lieu de résidence. La spécificité de ces unités réside dans le fait que seuls les patients hospitalisés en soins sans consentement y sont admis.

Ces unités connaissent régulièrement une suroccupation, comme l'illustre, pour 2018, un taux d'occupation moyen de 101%. La file active, sur ces quatre unités, avait été de 577 patients en 2018, pour une durée moyenne de séjour de 43,5 jours. Au moment de la visite, l'ensemble des lits étaient occupés (et l'unité Pinel était en suroccupation).

---

103 Dont une dizaine de centres médico-psychologiques (CMP) et sept centres d'activités thérapeutiques (CATTP).

104 L'ensemble des chiffres pour 2018 proviennent du Rapport annuel d'établissement, transmis par la direction.

105 Le nombre de patients pris en charge par l'établissement.

106 La moyenne nationale se situe autour de 30%.

107 Ce site compte 193 lits au total unités ouvertes et fermées confondues.

110. L'unité de court séjour (UCS), située également sur le site principal, d'une capacité de 20 lits, a ouvert en 2014 avec pour vocation l'accueil de patients nécessitant des soins psychiatriques aigus, prioritairement pour des courts séjours (maximum 14 jours). Dans les faits, l'unité était régulièrement utilisée pour la préadmission (ou « sas d'entrée ») de patients destinés à une unité de psychiatrie générale, mais que celle-ci ne pouvait pas accueillir faute de place[108]. En 2018, 476 patients avaient été accueillis à l'UCS dont le taux d'occupation était de 86 %. Les trois quarts d'entre eux faisaient l'objet de soins sans consentement. La durée moyenne d'hospitalisation à l'UCS était de 13 jours

Au moment de la visite, seize lits étaient occupés et la moitié des patients faisaient l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Parmi eux, quatre étaient en attente de transfert vers d'autres unités, six allaient poursuivre les soins à l'UCS, les autres étaient en phase d'observation.

111. L'UMD de Cadillac accueille des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement, en hospitalisation complète, qui ne peuvent pas, ou ne peuvent plus, être pris en charge dans les services de psychiatrie ordinaires. Les UMD proposent des protocoles de soins intensifs et des mesures de sécurité particulières. Les patients y sont généralement admis après des séjours prolongés dans d'autres établissements psychiatriques.

L'UMD de Cadillac est une des plus anciennes des dix UMD sur le territoire, ayant vu le jour en 1963, et sa capacité d'accueil est de 86 lits. Elle est organisée en cinq unités d'hospitalisation, toutes réservées à des hommes : quatre unités de 19 places (unités Minkowski, Ey, Claude, Moreau) et une unité (Clérambault) de dix places réservées à des patients présentant un trouble global du développement, un autisme sévère et/ou des troubles cognitifs.

Le diagnostic principal des patients est la schizophrénie pour environ 60% ; la plupart des patients sont sous l'emprise d'un délire avec des hallucinations et des angoisses psychotiques. Les autres diagnostics sont des troubles envahissants du développement, des déficiences intellectuelles, des troubles délirants persistants et des troubles graves de l'humeur. Beaucoup de patients souffrent de formes résistantes de schizophrénie paranoïde. Il s'agit donc d'un groupe de patients particulièrement difficiles à prendre en charge, avec un potentiel de comportement agressif non négligeable, qui, avant le transfert à l'UMD, avaient conduit des équipes thérapeutiques à l'épuisement et l'échec. Au comportement hétéro-agressif de ces patients étaient très souvent associés une résistance aux traitements pharmacologiques, l'absence de conscience des troubles, une impulsivité avec intolérance à la frustration et l'utilisation abusive de substances. Beaucoup des patients admis à l'UMD de Cadillac avaient vécu des périodes prolongées d'isolement, voire de contention mécanique, pendant plusieurs mois dans l'établissement psychiatrique d'origine.

En 2018, la file active avait été de 125 patients. Les durées moyennes d'hospitalisation (nombre de jours par patient) et de séjour (nombre de jours par admission) étaient respectivement de 247 et 583 jours. Un petit nombre de patients pesait particulièrement dans la durée moyenne de séjour car 18 patients (soit 15%) étaient à l'UMD depuis plus de 10 ans, avec des perspectives de sortie très limitées. Environ un tiers des malades de la file active de 2018 avait déjà fait un séjour en UMD. Le taux d'occupation de l'UMD sur l'année avait été de 98%, les demandes d'admission étant de loin supérieures aux capacités d'accueil (plus de 350 en 2018, émanant de la France entière). Ce nombre de demandes avait doublé en dix ans, malgré l'ouverture des nouvelles UMD et le développement des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP), reflétant, selon certains, des difficultés croissantes de prises en charge dans les hôpitaux d'origine.

---

108 Par exemple, une patiente de l'unité Pinel a relaté qu'elle venait d'être transférée de l'UCS où elle avait passé quatre ou cinq jours. Deux patients de l'UCS attendaient un transfert à l'unité Tosquelles, deux autres vers une unité ouverte du site de Lormont. Six patients avaient été identifiés comme devant rester à l'UCS.

Au moment de la visite, tous les lits étaient occupés et la répartition des patients selon leur statut juridique était la suivante : 71 patients hospitalisés à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE), un patient hospitalisé à la demande d'un tiers (SDT), onze patients déclarés pénalement irresponsables, trois personnes détenues purgeant une peine.

112. L'USIP de Cadillac, créé en 1991, assure la prise en charge des personnes dont les troubles du comportement rendent momentanément impossible leur prise en charge dans les services de psychiatrie de secteur traditionnelle. Les USIP ont pour objectif d'offrir les soins nécessaires dans un cadre contenant et sécurisant, avec pour but la résolution de l'état de crise et une réinsertion dans le processus de soins en psychiatrie générale. Ces unités ont pour spécificité que le séjour d'un patient est en principe limité à deux mois, renouvelable une fois dans l'année. Il s'agit donc, en quelque sorte, d'une structure intermédiaire entre les unités de psychiatrie générale et une UMD. L'USIP de Cadillac dessert le département de la Gironde et accueille hommes ou femmes, adultes ou adolescents à partir de 16 ans. Avant leur arrivée à l'USIP, les patients ont pour la plupart passé plusieurs jours, voire plusieurs semaines, en chambre d'isolement, souvent avec contention mécanique, dans leur unité d'origine.

L'unité a une capacité de 14 lits (douze chambres individuelles et une chambre double). En 2018, il y avait eu 79 admissions à l'USIP, avec une file active de 90 patients (77 hommes et 13 femmes). La durée moyenne d'hospitalisation était de 44 jours et le taux d'occupation de l'unité de 78 %. La moitié des patients présentait soit une schizophrénie, soit un autre trouble psychotique. Au moment de la visite, il y avait douze patients à l'USIP, dont cinq femmes. Plus de la moitié (sept patients) avaient dépassé les deux mois de séjour[109].

113. L'UHSA de Cadillac a ouvert en 2016[110]. Pour rappel, les UHSA sont des structures d'hospitalisation à temps complet réservées à la prise en charge psychiatrique de personnes détenues[111]. En ce qui concerne sa fonction pénitentiaire, l'UHSA de Cadillac est administrativement rattachée au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Les agents de l'administration pénitentiaire qui y sont affectés n'interviennent en zone de soins qu'à la demande du personnel de santé (voir paragraphe 137). Le programme thérapeutique de l'UHSA n'est pas conçu pour des longs séjours.

D'une capacité de 40 lits, répartis en deux unités identiques (Figaro et Epernon), l'UHSA de Cadillac accueille prioritairement des patients adressés par les équipes de psychiatrie (SMPR) de vingt établissements carcéraux de Nouvelle Aquitaine. En 2018, il y avait eu 248 admissions pour 214 patients. Elles avaient concerné 11 % de femmes et 68 % des patients avaient été admis en mode d'hospitalisation libre. La durée moyenne de séjour (nombre de jours par admission) avait été de 51 jours. Le taux d'occupation moyen de l'unité s'élevait à 86 %.

Au moment de la visite, il y avait 26 patients, dont quatre femmes et deux mineurs de 16 ans. La majorité des patients (17 sur 26) étaient en hospitalisation libre et hospitalisés depuis moins d'un mois (18 patients sur 26). Les réadmissions à l'UHSA n'étaient pas rares. Notamment, certains patients condamnés à de très longues peines et parfois détenus en régime d'isolement, tiraient un réel bénéfice de ces séjours devenus annuels pour certains.

---

109 Ces patients avaient été admis respectivement en février, juin, juillet et août 2019.

110 Cadillac est la huitième des neufs UHSA de la première tranche de construction des UHSA.

111 Le fonctionnement des UHSA est régi par la Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées. Voir les rapports CPT/Inf (2017)7 (visite de l'UHSA de Toulouse en 2015) et CPT/Inf (2012)13 (visite de l'UHSA Le Vinatier à Bron en 2010).

Selon les observations de la délégation, et selon les observations faites par le CPT en 2010 et 2015, les UHSA contribuent, de manière significative, à diminuer le risque de traitements inhumains et dégradants de détenus dans les établissements pénitentiaires. Dans ce contexte, il convient de saluer la poursuite annoncée de la deuxième tranche du programme d'ouverture des UHSA. **Le Comité souhaite recevoir de la part des autorités françaises des informations concernant la mise en œuvre de celle-ci (financement, localisation des établissements, calendrier).**

3. Mauvais traitements

114. Dans l'ensemble des unités visitées, la très grande majorité des patients avec qui la délégation s'est entretenue a estimé que les soignants les traitaient correctement, malgré un manque ressenti de temps et de disponibilité.

Un petit nombre de patients du pôle médico-légal a néanmoins allégué qu'une minorité de soignants avait eu à leur égard des comportements ou tenu des propos inappropriés. Ils ont décrit avoir fait l'objet de propos grossiers ou insultants, de coups ou de menaces de coups, ou encore de recours à la force physique jugé inadapté. Concernant l'usage de la force jugé excessif, il s'agissait de techniques utilisées dans le contexte de placements en chambre d'isolement (avec ou sans pose de contention) et visant à maîtriser le patient agité, et dont la légalité et la proportionnalité était mise en question (maintiens à la gorge, tapes sur le visage, patient « écrasé » sous le poids du corps du soignant).

A noter que la délégation n'a pas identifié, dans les dossiers individuels des patients, de comptes-rendus précis relatifs aux épisodes de placements en chambre d'isolement durant lesquels il y avait eu un recours à la force physique allégué, comptes-rendus qui auraient pu apporter un éclairage sur les faits allégués (voir également paragraphe 143).

Le Comité recommande à la direction du centre hospitalier de faire preuve d'une vigilance permanente et d'envoyer un signal clair ainsi que des rappels réguliers et fréquents au personnel du pôle médico-légal pour souligner qu'il convient de traiter les patients de manière respectueuse et que toute forme de mauvais traitements des patients, qu'elle soit verbale ou physique, est totalement inacceptable et sera punie en conséquence. De plus, aucun coup délibéré ne saurait être toléré et le recours à la force pour maîtriser un patient devrait être strictement nécessaire et proportionné.

Le CPT recommande en outre que soient consignés dans un registre prévu à cet effet tous les cas de recours à la force. La mention d'un tel épisode devrait indiquer l'heure à laquelle le recours à la force a commencé et a pris fin, les circonstances dans lesquelles il a eu lieu, les raisons du recours à la force, le type de moyens utilisés et une description des éventuelles lésions présentées par les patients ou par le personnel.

115. Les relations entre patients étaient dans l'ensemble correctes mais généraient parfois des situations de violence. D'après les patients, le personnel soignant parvenait généralement à désamorcer ces épisodes rapidement.

116. Sur les 1400 événements indésirables[112] déclarés en 2018, 430 avaient concerné des « situations de violence ». Cela recouvrait des manifestations de violence de patients sur des soignants, mais aussi des violences entre patients, des destructions matérielles ou encore, dans une moindre mesure, des situations liées à des usages ou trafics de stupéfiants. 330 incidents de nature grave (niveaux 5 et 6)[113] avaient été signalés, y compris sept suspicions d'agression sexuelle, dont cinq avaient fait l'objet d'un dépôt de plainte.

La procédure pour « signaler une suspicion ou une révélation de maltraitance[114] imputable à un agent » était la suivante : l'agent rapporte les faits à son supérieur (cadre de proximité), le responsable médical de l'unité et le cadre supérieur de sante enquêtent, les chefs de Pôle et le cadre supérieur de santé décident des suites à donner. Ce n'est qu'ensuite, et seulement si les faits sont avérés, que le directeur d'établissement en est informé. La délégation a été informée qu'aucun signalement de ce type n'avait été formulé en 2018. Le CPT estime qu'il serait souhaitable qu'un membre du personnel puisse, s'il le souhaite, saisir directement et en confidentialité, la direction pour signaler une situation de maltraitance imputable à un collègue. **Le Comité souhaiterait recevoir les commentaires des autorités françaises sur ce point.**

117. Malgré l'existence d'un système d'enregistrement et de suivi des cas de violence, celui-ci ne permettait pas aisément de distinguer les différents types de violences. Afin de mieux analyser les tendances et de prendre les mesures les mieux adaptées, il serait utile de comptabiliser, sous la rubrique « situations de violence », de manière séparée les incidents suivants : les incidents de violence de patients à l'encontre de soignants, les incidents de violence entre patients, les incidents de violence de soignants à l'encontre des patients, et les autres types de violence (comme les destructions matérielles, par exemple). **Le CPT invite le centre hospitalier de Cadillac de revoir le système de consignation des événements indésirables à la lumière de ces remarques**

---

112 Un événement indésirable est « une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Les événements indésirables regroupent à la fois les incidents et les accidents ». Un événement indésirable grave se réfère à « tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap ». Procédure Direction Qualité N°4 CQ-PRC n°4 : « Signaler et traiter les événements indésirables » - janvier 2019.

113 Bilan annuel des Evénements Indésirables / Analyse Approfondie des Causes 2018. Les événements de catégorie 4 sont ceux représentant une situation de danger important ou un dommage corporel ou matériel majeur ; les événements de catégorie 5 sont ceux ayant entrainé un dommage important, irréversible ou presque, un accident comportant un danger majeur ; les événements de catégorie 6 sont ceux entraînant la mort ou une catastrophe.

114 La maltraitance selon l'instruction DGAS/2a n°2007-112 du 22 mars 2007 est définie comme : « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Cette définition est citée dans le protocole de signalement.

4. Conditions de séjour

118. Les taux d'occupation étaient très variables en fonction des unités d'hospitalisation. Au sein du pôle médico-légal, la capacité des unités était souvent atteinte mais jamais dépassée. En revanche, en psychiatrie générale, les unités fermées faisaient régulièrement l'objet de suroccupation. Au premier jour de la visite, 21 patients étaient hospitalisés au sein de l'unité Pinel, dont la capacité était de 18 lits. Un lit supplémentaire avait été installé dans deux chambres et une patiente nouvellement admise occupait une chambre d'isolement (dont la porte était ouverte au moment de la visite), faute de place. L'unité souffrait de suroccupation chronique (voir paragraphe 109). Le CPT comprend et soutient la politique de développement des soins psychiatriques ambulatoires prônée par les autorités, dans le but d'éviter les hospitalisations. Cependant, le nombre d'hospitalisations sous contrainte avait augmenté de manière progressive au long de la dernière décennie[115] tandis que le nombre de lits dans les unités d'hospitalisation à plein temps pour les soins sous contrainte avait diminué[116]. Ceci plaçait les unités en question sous une forte pression.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est à encourager, mais dans le même temps, la prise en charge de tous les patients nécessitant une hospitalisation complète doit être assurée dans de bonnes conditions. Le CPT recommande que le nombre de places dans les unités fermées de psychiatrie générale soit revu à la hausse afin de mettre un terme au dédoublement de lits ainsi qu'au mésusage des chambres d'isolement.

119. Les plus anciens bâtiments de l'établissement datent du 17ème siècle et le site s'est développé par vagues successives, au gré des extensions et des rénovations. Les unités installées dans des locaux récents (unité Tosquelles, UCS, UHSA, USIP) ou ayant été rénovées (unités Minkowski et Ey de l'UMD) offraient de bien meilleures conditions matérielles de séjour aux patients, hébergés en chambres individuelles ou doubles, suffisamment spacieuses (pour autant que l'occupation prévue soit respectée) et dotées de sanitaires.

En revanche, les unités anciennes, qui comptaient encore des chambres de trois ou quatre lits, étaient parfois délabrées et/ou avaient hérité d'un modèle architectural qui n'était plus adapté à une prise en charge individualisée. Dans les unités Pinel et Broca en psychiatrie générale, l'état des peintures et des sanitaires était particulièrement dégradé. Dans les unités Claude et Moreau de l'UMD, les zones d'hébergement (à l'étage) n'offraient aucune intimité : dortoirs spartiates, largement vitrés et donnant sur un couloir, fenêtres sans moyen occultant, zone de vestiaire collective compartimentée en boxes pour le déshabillage, salles de bain communes, avec séparations partielles entre les douches.

Les locaux de l'USIP, bien que relativement récents et en très bon état, étaient mal adaptés aux besoins de l'unité. D'une part, le personnel manquait d'espace pour les consultations et entretiens (médecins psychiatres, médecin généraliste, assistante sociale et psychologue se partageaient un même bureau), d'autre part, dans les chambres, la disposition des sanitaires n'assurait pas l'intimité requise aux patients, les toilettes étaient situées à l'entrée de la chambre dont la porte était en partie vitrée.

De nombreuses chambres susceptibles d'être verrouillées n'étaient pas équipées de système d'appel (sonnette ou interphone)[117].

---

115 A titre d'exemple, en 2012, il y avait eu 605 patients en soins sans consentement hospitalisés dans les unités de psychiatrie générale (hors UMD, USIP et UHSA) contre 744 en 2018.

116 Diminution de 23 lits dans les quatre unités fermées de psychiatrie générale, soit 24%, entre 2014 et 2019.

117 Notamment à l'USIP et dans les unités vétustes de l'UMD.

120. Si quelques efforts de décoration étaient visibles dans les espaces communs des unités, les chambres, dans toutes les unités, étaient d'une grande austérité. Dans certains cas, le mobilier y était quasiment absent. Ainsi, à l'unité Claude de l'UMD, certaines chambres étaient uniquement meublées de lits, il n'y avait ni armoire, ni table, ni assise. Il en était de même à l'USIP, où les chambres ne comportaient qu'un lit et un tabouret.

D'autre part, dans certaines unités, les restrictions portant sur les effets personnels autorisés en chambre étaient telles que toute personnalisation des lieux était impossible, y compris dans les unités de l'UMD où les patients pouvaient passer plusieurs années. A l'UHSA et à l'USIP, ces restrictions s'appliquaient à tous les patients sans distinction et portaient quasiment sur tous types d'articles (par exemple, seuls quelques photos et un livre étaient autorisés à l'UHSA). A l'UMD, les patients de l'unité Moreau pouvaient, d'après le règlement, conserver un nombre limité d'objets personnels en chambre (appareils MP3 ou MP4, livres, magazines), mais en pratique environ un tiers des patients de l'unité n'y était pas autorisé et n'avait droit à aucun objet personnel dans leur chambre.

121. La direction de l'établissement, consciente du besoin de rénover et d'humaniser certaines unités, a informé la délégation que le financement de la rénovation des unités Pinel, Broca, Claude et Moreau était assuré, mais que la programmation des travaux n'était prévue que pour 2022/2023. Le programme comprenait également des aménagements au sein de l'unité Clérambault et une restructuration de l'USIP, mais ces projets ne faisaient pas l'objet d'un financement ferme et aucune date n'avait été arrêtée. Enfin, si à l'UMD des travaux avaient manifestement été envisagés pour les unités Claude et Moreau (en sus de Clérambault)[118],-il n'en a pas été question pendant la visite.

Le CPT recommande que les travaux de rénovation des unités Pinel, Broca, Claude et Moreau soient avancés et effectués au plus vite. Les plans de rénovation devront assurer que toutes les chambres susceptibles d'être verrouillées soient immédiatement équipées de systèmes d'appel. Les installations sanitaires devraient être conçues de manière à garantir l'intimité.

De plus, dans toutes les unités, une attention devrait être accordée à la décoration tant des chambres des patients que des parties communes destinées aux activités et aux loisirs, afin de fournir aux patients une stimulation visuelle. La mise à disposition de tables de chevet et de penderies est hautement souhaitable, et les patients devraient être autorisés à conserver certains effets personnels (photographies, livres, lunettes, etc.).

122. L'organisation de la journée variait en fonction des unités. Dans les unités fermées de psychiatrie générale, les patients pouvaient aller et venir librement entre leur chambre et les espaces communs (salle TV, réfectoire, éventuellement salles d'activités), sauf contre-indication médicale en fonction de l'état clinique du patient. Les chambres n'étaient pas verrouillées la nuit.

En revanche, au sein du pôle médico-légal, les patients n'avaient pas le loisir de circuler entre les chambres et les espaces communs. Il y avait des temps bien dédiés pour chaque espace. Ainsi, les patients de l'UMD, à l'exception de ceux de l'unité Clérambault, passaient la majeure partie de la journée (8h-12h45 puis 14h-20h30) en collectivité, au rez-de-chaussée de l'unité ou en activité d'ergothérapie. Les patients regagnaient tous les chambres, où ils étaient enfermés, entre 21 heures et 8 heures (ou 9 heures le weekend) et pendant la sieste obligatoire (une heure l'après-midi en semaine, deux heures le weekend). En revanche, ils ne pouvaient pas s'isoler dans leur chambre en

[118] Il en est fait mention dans le rapport de la Commission du suivi médical de décembre 2018.

dehors de ces temps. La délégation a observé que, pendant la journée, de nombreux patients restaient le plus souvent oisifs, allongés sur des fauteuils dans les salles communes, sans aucune stimulation des équipes soignantes. Ce régime, sans doute conçu pour limiter le risque de violence, contribuait néanmoins à un processus d'institutionnalisation et de perte d'autonomie, et ce malgré l'effet correcteur des activités thérapeutiques.

Le CPT avait critiqué, au sujet de l'UMD d'Albi, visité en 2015, la rigidité de la journée-type en UMD et les moments de collectivité forcée, qui étaient comparables à la situation observée à Cadillac. Dans leur réponse au rapport de visite correspondant, les autorités françaises avaient expliqué que la « sociabilisation des patients nécessite une sectorisation des espaces de vie : espace de nuit / espace de jour » et qu'il permettait « d'éviter le repli sur soi, qui est un symptôme majeur dans les troubles schizophréniques ». Le Comité estime qu'il est possible d'instaurer un régime thérapeutique individualisé et ainsi prévenir le repli sur soi ainsi que l'institutionnalisation (voir à ce sujet le paragraphe 132).

A l'UHSA, les patients étaient enfermés en chambre individuelle de 18h30 à 7h et encore pendant les siestes du matin et de l'après-midi (soit une durée supplémentaire de 2 heures et demie par jour). Tous les patients se sont plaints de ce long temps d'enfermement en chambre que seules la télévision et la lecture venaient combler, étant donné l'interdiction de garder avec soi d'autres effets personnels.

Cela contrastait avec la situation des patients observée à l'UHSA de Toulouse en 2015, et au sujet de laquelle le CPT avait salué la possibilité de libre circulation des patients entre les chambres et les espaces communs, dont la cour, entre 7h30 et 23h30).

D'après le personnel de ces deux structures (UMD et UHSA), le fait que les chambres et les espaces communs soient situés à des niveaux différents rendait leur surveillance simultanée impossible au regard des effectifs, rendant la libre circulation des patients inconcevable.

A l'USIP, ainsi que dans l'unité Clérambault de l'UMD, les patients passaient la majorité du temps en chambre individuelle, la porte fermée à clé, et pour nombre d'entre eux, dans des conditions qui s'apparentaient à de l'isolement (voir paragraphe 144).

Par principe, le CPT est favorable à une approche permettant aux patients qui le souhaitent d'accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que de les contraindre à rester avec d'autres patients dans les parties communes. Malgré les raisons pratiques avancées, le programme de la journée ne saurait être dicté par des impératifs liés à un manque d'effectif. **Le CPT recommande que la possibilité soit donnée aux patients de l'UMD de s'isoler dans leur chambre à certains moments de la journée, et qu'à l'UHSA, le temps réglementaire obligatoire passé en chambre soit revu à la baisse, et que les patients puissent avoir la possibilité de poursuivre certaines occupations, y compris des activités commencées avec l'ergothérapeute, en chambre.**

123. Dans toutes les unités visitées, les patients avaient un accès à un espace extérieur, au minimum à une cour, dont la taille était variable (patio de taille modeste à l'UCS, large cour arborée à l'unité Moreau de l'UMD). En général, l'accès à ces cours était libre pendant les moments de la journée où les patients avaient accès aux espaces communs. Certaines étaient petites (UHSA, Tosquelles) et manquaient de verdure, mais la plupart étaient équipées de façon à pouvoir y pratiquer une activité sportive (l'unité Clérambault disposait d'une pataugeoire) ou simplement s'asseoir à l'abri de la pluie. Dans les faits, les cours servaient avant tout de zone fumeurs. L'accès à un espace extérieur s'avérait

problématique pour les patients de l'unité Pinel, située en étage et qui partageait une cour avec l'unité Broca du rez-de-chaussée. Si l'accès était libre en théorie, en pratique, il dépendait de la disponibilité du personnel soignant pour accompagner le patient. Un patient de l'unité a rapporté qu'il n'était pas sorti depuis deux mois. Pour les patients hospitalisés sur le site historique de Cadillac, implanté dans un large parc paysagé, l'accès à la cour de chaque unité pouvait être complété par une autorisation de sortie dans le parc, voire en ville, selon le contrat de soins du patient. **Des solutions pratiques doivent être trouvées pour s'assurer que les patients de l'unité Pinel puissent accéder à la cour pendant la journée, sans restriction.**

124. Des difficultés étaient propres à certains profils de patients. Les personnes détenues hospitalisées à l'UHSA ont fait part de problèmes pour cantiner (délais trop longs, articles réduits, manque d'informations sur les relevés de compte mensuels), pour transférer puis recharger leur crédit de téléphone, pour transférer des effets personnels depuis la prison d'origine, ou encore de restrictions sur certains articles de première nécessité qui étaient pourtant autorisés en prison. Certains problèmes similaires, en particulier liés aux comptes personnels et au téléphone, qui retardaient les achats et les contacts avec les proches, avaient déjà été soulevés lors de la visite de l'UHSA de Toulouse en 2015. Sur ce point, les autorités françaises avaient expliqué que les délais étaient liés aux procédures nécessaires pour transférer des fonds déposés à la régie de la prison de provenance du détenu à la régie de la prison de rattachement de l'UHSA[119].

Le CPT recommande à l'administration pénitentiaire de prendre des mesures pour s'assurer qu'un patient puisse prévenir un proche par téléphone dès son arrivée à l'UHSA. De façon générale, la liste des articles à cantiner ne devrait pas être plus restreinte que dans les autres lieux de détention relevant de l'administration pénitentiaire, sauf contre-indication médicale. Dans les cas où certaines restrictions spécifiques s'imposeraient aux patients de l'UHSA, il conviendrait d'en expliquer les raisons aux patients, ainsi qu'au personnel soignant, et d'en faire mention dans le règlement intérieur.

125. Hormis l'USIP et l'UHSA, les unités d'hospitalisation du centre hospitalier n'étaient pas habilitées à accueillir des patients mineurs[120]. Malgré cela, il arrivait que des patients âgés de moins de dix-huit ans soient accueillis dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale. Il y en avait eu 25 en 2018, dont 20 avaient été hospitalisés dans des unités fermées[121]. Les durées moyennes d'hospitalisation étaient longues allant 17 à 41 jours en 2018. Au moment de la visite, il y avait cinq mineurs en hospitalisation complète. En dehors des deux admis à l'UHSA, il y avait deux mineurs (âgés de 17 ans) hospitalisés en unité ouverte, et un troisième à l'unité fermée Charcot, en hospitalisation libre.

D'après l'article R3221-1 du CSP, les mineurs relèvent des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à l'âge de 16 ans puis des secteurs de psychiatrie générale. Il n'y a donc pas d'obligation absolue de séparer les mineurs âgés entre 16 et 18 ans, des adultes. Une procédure interne à l'hôpital[122] précise qu'«(e)n cas de demande d'admission d'un mineur, il est nécessaire d'orienter en priorité le demandeur vers une unité adaptée et de privilégier l'hospitalisation dans l'une des unités

---

119 Voir CPT/Inf (2017) 8, p.82.

120 Le pôle enfants et adolescents du CH de Cadillac ne comporte que des structures d'hospitalisation à temps partiel ou de soins ambulatoires.

121 20 à l'UCS, 5 à Charcot, 2 à Tosquelles, 1 à Broca. La majorité avait 16 ou 17 ans, mais un mineur avait 15 ans au moment de son hospitalisation.

122 Procédure intitulée « « L'hospitalisation des mineurs à temps complet » datant de septembre 2019.

dédiées à la prise en charge psychiatrique des mineurs dans le département. (…) A défaut d'une place dans l'une de ces unités, une hospitalisation d'un mineur de plus de 16 ans pourra être réalisée dans l'une des unités adultes fermées du centre hospitalier, dans la limite de cinq mineurs hospitalisés de façon simultanée. Il faut dans ce cas que le mineur soit hospitalisé dans un service où il bénéficie d'un personnel et d'un environnement adapté. En aucun cas il ne doit partager la même chambre qu'un adulte ».

Le CPT considère de manière inchangée que, compte tenu de leur vulnérabilité et de leurs besoins particuliers, les mineurs nécessitant des soins psychiatriques devraient être logés séparément des patients adultes. En conséquence**, le CPT recommande que des mesures soient prises sans délai pour que les patients mineurs nécessitant une hospitalisation, en psychiatrie générale comme en psychiatrie médico-légale, à temps plein soient orientés vers un établissement psychiatrique approprié spécialisé.**

5. Traitement et prise en charge

126. Le CPT considère qu'il doit être établi pour tout patient un plan de traitement individuel qui formule les objectifs du traitement, les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour les atteindre et le(s) membre(s) du personnel responsable(s). Au centre hospitalier de Cadillac, en théorie, chaque patient faisait l'objet d'un contrat de soins qui devait comporter : le traitement médicamenteux, les ateliers thérapeutiques et les règles de vie[123]. Dans la pratique, la délégation n'a pas été en mesure de confirmer l'existence de ces plans dans toutes des unités visitées. A l'USIP, la pratique était systématique : pour chaque patient, un plan personnalisé de soins était établi, élaboré puis revu en réunion clinique hebdomadaire. Ce plan était communiqué par oral au patient. Ailleurs, ce que le personnel entendait par « contrat de soins » semblait se limiter aux règles de vie applicables au patient sur l'unité, à savoir les autorisations ou restrictions concernant les visites, les communications téléphoniques, les sorties (et le cas échéant le tabac)[124]. Le personnel n'avait pas connaissance d'un document qui décrivait l'ensemble des éléments de la prise en charge envisagée pour le patient.

La délégation a également relevé qu'il n'était généralement pas demandé au patient, dans le cadre du protocole de soins, de signer un « contrat thérapeutique » concernant son traitement. La mise en place d'une telle pratique contribuerait pourtant à renforcer la motivation des patients à s'engager dans des activités thérapeutiques.

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que soit formulé et formalisé, pour chaque patient hospitalisé au centre hospitalier de Cadillac, un plan de traitement personnalisé qui soit remis au patient. Celui-ci devrait englober un large éventail d'activités thérapeutiques, de réadaptation et de loisir, l'accès à une médication et à des soins médicaux appropriés. Il devrait être revu sur une base régulière.

En outre, les patients devraient être associés à l'élaboration et à la modification de leur protocole de traitement individualisé, et informés de leurs progrès thérapeutiques.

---

123 Protocole interne CQ-PRO N°33 : « Informer le patient sur son séjour, ses soins et son état de santé » (mars 2013).

124 C'était d'ailleurs en ces termes qu'était défini le contrat de soin dans le livret d'accueil du patient.

127. Dans l'ensemble des unités visitées, la délégation a pris bonne note du fait que tous les patients rencontrés ont indiqué s'être entretenu avec un médecin-psychiatre rapidement après leur admission et le rencontrer régulièrement depuis, sur une base hebdomadaire ou mensuelle. De façon générale, les patients avaient connaissance de leur diagnostic et des traitements médicamenteux dispensés. En outre, la délégation salue la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient. Un de ces programmes était destiné aux patients de l'UMD souffrant de schizophrénie chronique[125] ; il avait pour objectif de les aider à reconnaître les situations à risque et les signes prémonitoires de la manifestation agressive. De l'avis du personnel, la majorité des patients obtenaient un score d'*insight* (conscience du trouble) amélioré au terme de l'intervention et en ressortaient mieux équipés pour comprendre et réagir en cas de rechute de la maladie. Des effets bénéfiques sur l'équipe soignante avaient également été constatés.

128. Un certain nombre de patients de l'UMD bénéficiait de sorties accompagnées en ville, afin de faire des achats et de se familiariser avec l'environnement extérieur. Au moment de la visite ces sorties étaient limitées par le manque d'effectif. Le comité estime que cette démarche est à encourager.

129. Les traitements médicamenteux administrés étaient satisfaisants et faisaient l'objet d'une surveillance de qualité. La délégation n'a relevé aucun indice de traitement psychotrope sédatif potentiellement excessif ou impliquant un nombre trop élevé de molécules (polypharmacie). Quelques patients de l'UMD recevaient plusieurs médicaments psychotropes à des doses relativement élevées ; ces prescriptions avaient été « héritées » de prises en charge antérieures et les psychiatres de l'UMD s'appliquaient à en diminuer les dosages de façon progressive et programmée.

Les équipes médicales bénéficiaient d'une supervision exemplaire de la pharmacie, très réactive, notamment via un système d'alerte efficace en cas d'interaction médicamenteuse, de dosage hors norme ou d'un cumul des effets psychotropes ou secondaires.

130. En revanche, la délégation a relevé un recours excessif aux prescriptions *pro re nata* (PRN) ou « si besoin », qui permettaient d'administrer à un patient en état d'agitation des tranquillisants puissants sur décision de l'équipe infirmière. Le nombre de patients faisant l'objet d'une telle prescription était excessivement élevé : cela concernait un quart des patients de l'unité Figaro de l'UHSA, un peu moins de la moitié des patients de l'unité Tosquelles (43%), les deux-tiers des patients de l'unité Moreau, quasiment tous les patients à l'unité Minkowski (95%) et à l'USIP (90%), ainsi que l'ensemble des patients de l'unité Clérambault. De nombreuses prescriptions « si besoin » de tranquillisants puissants dataient de la période d'admission du patient dans l'unité, elles n'étaient pas régulièrement réévaluées et leur durée n'était pas limitée. Ensuite, les injections étaient parfois administrées sans information au médecin (ni préalablement, ni *a posteriori*) et parfois de manière répétée[126] (une ou deux fois), toujours sans information au médecin. Enfin, les patients n'étaient pas informés de ces prescriptions.

---

125 « La schizophrénie, moi et les autres » : intervention éducative organisée sur trois mois environ (dix séances collectives et hebdomadaires d'une heure et demie). L'éducation thérapeutique des patients peut être proposée à plusieurs moments dans le parcours du patient et également renforcée par des séances individuelles. Après ces séances, les résultats sont évalués.

126 En effet, pour un certain nombre de patients, la prescription « si besoin » prévoyait une deuxième injection intramusculaire en cas d'agitation dans les heures qui suivaient la première injection. A titre d'exemple, cela était le cas pour cinq patients de l'unité Tosquelles.

Il convient de rappeler que, de l'avis du CPT, les prescriptions médicamenteuses « si besoin » peuvent convenir à des patients précis pendant une durée limitée. Cependant, leur usage généralisé sans contrôle systématique par le personnel médical met en danger la santé des patients et fait peser une trop lourde responsabilité sur les infirmiers tout en ouvrant la voie à des abus.

De l'avis du Comité, lorsqu'un patient présente un état d'agitation que le personnel infirmier n'arrive pas à gérer, le psychiatre du patient (ou le psychiatre de garde) doit être appelé immédiatement et intervenir sans délai pour évaluer l'état du patient et donner des instructions sur les mesures à prendre. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque le personnel infirmier n'arrive pas à venir à bout de l'agitation d'un patient et que l'intervention d'un psychiatre n'est pas possible dans les minutes qui viennent que l'administration par le personnel infirmier de tranquillisants à action rapide sur prescription « si besoin » peut être justifiée, ce qui signifie qu'un médecin doit être contacté et doit confirmer la prescription avant son administration. De plus, un médecin doit impérativement arriver sans délai pour surveiller la réaction du patient et faire face à d'éventuelles complications.

De même que pour tout traitement médicamenteux, les effets cliniques doivent aussi être surveillés attentivement à intervalles suffisamment fréquents. Les prescriptions de médicaments « si besoin » pourraient aussi, dans certain cas, être considérés comme un traitement involontaire ; dans ce cas, ils doivent être entourés de garanties adéquates (voir paragraphe 146 et 150).

Le CPT recommande aux autorités françaises de prendre des mesures nécessaires, au centre hospitalier de Cadillac, et, le cas échéant, dans d'autres établissements, afin d'adapter la pratique concernant la prescription « si besoin » de tranquillisants à action rapide à la lumière de ces considérations, et plus particulièrement, de garantir qu'un médecin soit avisé systématiquement et immédiatement chaque fois qu'un tel médicament est administré sur la base d'une prescription « si besoin », qu'il vérifie les conditions dans lesquelles ce médicament a été administré et qu'il évalue l'état du patient et donne ses indications pour le suivi.

Aussi, le CPT recommande que des mesures soient prises pour diminuer la fréquence des prescriptions « si besoin » de tranquillisants à action rapide : limiter la validité de telles prescriptions à quelques semaines et réévaluer la prescription chaque fois qu'elle est utilisée ou qu'il y a le moindre changement dans les médicaments administrés au patient ; informer chaque patient qui fait l'objet d'une telle prescription de cette prescription ; proscrire une prescription « si besoin » répétée après une première administration, dans l'intervalle d'au moins 24 heures. Les pharmaciens pourraient contribuer utilement à l'élaboration d'un protocole concernant ces prescriptions « si besoin » suivant ces principes.

131. L'électro-convulsivothérapie (ECT) était pratiquée dans une unité dédiée située au sein du pôle médico-légal. L'ECT avait notamment été prescrite pour 15 patients de l'UMD de la file active en 2018 souffrant de schizophrénies résistantes ou de troubles graves de l'humeur[127]. L'examen du protocole ainsi que du document d'information destiné aux patients n'appelle pas de commentaire. La délégation s'est entretenue avec plusieurs patients auxquels des séances de sismothérapie avaient été prescrites. Leur description des soins a paru conforme aux préconisations du CPT en la matière. Notamment, l'ECT faisait partie des actes pour lesquels le consentement écrit des patients était requis. La thérapie était pratiquée selon un protocole bien défini, sous anesthésie générale, en utilisant des myorelaxants et un encéphalogramme, en présence d'un psychiatre, d'infirmières et d'un anesthésiste.

[127] La délégation n'a pas visité cette unité qui accueillait trois patients le jour de la visite.

132. Concernant la part des activités thérapeutiques, de réadaptation et de loisir, dans les traitements prescrits, la délégation a constaté des situations contrastées selon les unités d'hospitalisation.

Dans les unités fermées de psychiatrie générale, les patients étaient largement inactifs et leur prise en charge se limitait *de facto* essentiellement aux traitements médicamenteux. En effet, il était rare que des activités structurées soient organisées dans les unités et les médecins étaient peu prescripteurs d'activités accessibles hors unité. Par exemple, seuls deux des 21 patients de l'unité Tosquelles bénéficiaient d'activités thérapeutiques le jour de la visite, alors qu'une vingtaine d'activités leur étaient potentiellement accessibles. La délégation s'est étonnée de constater que les ressources du centre d'activités (Falret) étaient largement sous-utilisées (seules deux activités faisaient l'objet d'une liste d'attente). L'équipe chargée de ces activités était peu associée aux équipes soignantes des pôles ; par exemple, elle n'était invitée à participer aux réunions cliniques que tous les deux mois.

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin qu'un plus grand nombre de patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie générale puissent bénéficier des activités proposées au centre d'ergothérapie.

Pour les patients du pôle médico-légal, la situation était plus favorable et la plupart d'entre eux bénéficiaient d'activités thérapeutiques adaptées à leurs besoins. L'offre la plus développée était proposée par le personnel du centre d'ergothérapie qui desservait l'UMD principalement et, dans une moindre mesure, l'USIP. Non seulement l'offre existait[128], mais la plupart des patients en bénéficiaient. L'équipe d'ergothérapie se déplaçait sur l'unité Clérambault dont les patients ne pouvaient se déplacer aisément. Malgré ces efforts, les patients de l'unité Clérambault avaient accès à une offre limitée d'activités thérapeutiques et passaient un temps excessif en chambre individuelle. Alors que la plupart des unités de l'UMD étaient bien équipées en salles d'activités (salles de loisirs, parfois cuisine et/ou bibliothèque, installations sportives), il était rare que des activités de loisirs ou occupationnelles soient organisées au sein de celles-ci (par exemple, les activités cuisine avaient été suspendues à l'unité Claude par manque de personnel).

Les patients de l'UHSA n'avaient pas accès au centre d'ergothérapie du pôle médico-légal ou à une structure externe. Néanmoins, un certain nombre d'activités étaient proposées *in situ* par une équipe pluridisciplinaire. Les patients rencontrés participaient à deux activités par semaine au moins, souvent plus. En outre, des efforts étaient déployés par les équipes pour organiser des événements occasionnels. Le jour de la visite, une troupe de théâtre se produisait devant les patients, pour la première fois. La délégation a également observé, notamment à l'unité Figaro, que certains soignants de l'UHSA stimulaient les patients et encourageaient leur participation à des activités de groupe (par exemple, des parties de cartes).

---

128 Un bâtiment séparé existait pour les activités thérapeutiques : ergothérapie (cuir, jardin, rotin, stimulation cognitive, mime, chant, poterie et sport), la psychomotricité, les activités culturelles et sociales (musique et chant, art, jeux de rôle), et le sport.

6. Personnel

133. La visite s'est déroulée dans un contexte de grèves nationales touchant de nombreux secteurs professionnels, avec une forte mobilisation du personnel hospitalier. Des piquets de grève filtrant étaient installés devant l'établissement certains jours de la visite. 70% des médecins de l'hôpital avaient déposé un préavis de grève. Si ceux-ci continuaient à travailler auprès des patients, ils observaient une « grève des instances », refusant notamment de participer aux réunions administratives. Autre conséquence, les admissions de patients en surnombre étaient refusées.

Les revendications du personnel soignant en psychiatrie se font entendre en France depuis plusieurs années. Celles-ci portent sur le manque de lits et d'effectifs, et de ressources en général. D'importants mouvements de grève (à Amiens, Rouen, Le Havre notamment) en 2018 et 2019[129] ont permis de révéler au grand jour une « crise de la psychiatrie » [130] alors que les autorités reconnaissaient que ce « parent pauvre de la médecine » devait être réinvesti d'urgence. Au-delà des logiques d'économies dénoncées par l'ensemble du milieu hospitalier, la suppression du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie dans les années 1990 a également engendré chez le personnel un sentiment de manque de reconnaissance. De l'aveu des équipes médicales du centre hospitalier de Cadillac, cette crise de confiance avait conduit sinon à des comportements négligents de la part des soignants, du moins à une baisse de moral, de motivation et parfois de réactivité dans leurs rangs. Dans toutes les unités visitées, les équipes infirmières se sont dit épuisées, submergées par les tâches administratives et peu disponibles pour assurer aux patients les soins thérapeutiques et du quotidien. Les sorties thérapeutiques et les activités se raréfiaient. Chez certains membres du personnel, un manque de motivation, possiblement lié à une frustration et un sentiment d'injustice concernant les conditions de travail, était palpable.

134. Concernant les effectifs en personnel, ceux-ci s'élevaient à 85,6 postes (ETP) médicaux et environ 1 200 postes non-médicaux. La majorité des postes vacants concernait les médecins avec 14,2 postes non pourvus. En raison de la restructuration de leur formation (augmentation du temps à effectuer en CHU), les internes en médecine étaient plus difficilement mobilisables depuis quelques années ; six postes d'internes étaient vacants au moment de la visite. D'autre part, les effectifs de médecins généralistes, en plus d'être limités (3 postes) étaient incomplets (0,5 poste non pourvu).

De façon plus positive, 530 postes d'infirmiers et 180 postes d'aides-soignants étaient pourvus, et ce sans que le recours à du personnel contractuel soit fréquent (10% environ). Parmi le personnel non-médical, les vacances de postes concernaient notamment les psychomotriciens (4 postes vacants sur 16).

---

129 En 2018, sept salariés de l'établissement de l'hôpital psychiatrique du Rouvray à Rouen avaient mené une grève de la faim très médiatisée pour dénoncer le manque d'effectifs et les conditions d'accueil des patients. Ils dénonçaient les conditions d'accueil des patients, le manque d'effectifs et la suroccupation chronique des lits. A l'hôpital psychiatrique Pierre Janet du Havre, les personnels en grève ont occupé pendant 16 jours le toit de l'hôpital psychiatrique pour réclamer des moyens supplémentaires.

130 Voir le rapport parlementaire n° 2249 du 18 septembre 2019 - Rapport d'information de Mmes Caroline Fiat et Martine Wonner déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale.

135. Plus précisément concernant les unités visitées, à chaque *unité fermée de psychiatrie générale*, soit pour une vingtaine de lits, étaient affectés deux à trois psychiatres à temps partiel, placés sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle. Ceux-ci partageaient leur temps entre plusieurs entités du pôle, dont des services de soins ambulatoires. Plusieurs médecins affectés aux pôles de psychiatrie générale se sont plaints du temps trop limité dont ils disposaient pour suivre les patients hospitalisés. La délégation n'a pas été en mesure d'évaluer la répartition exacte de leur temps de travail et donc de calculer avec précision les temps de psychiatre alloués à chaque unité. Néanmoins, sur la base de ses entretiens avec les psychiatres et les patients, et des dossiers médicaux informatisés, la délégation a conclu que le temps de psychiatres disponible dans les unités de soins était nettement insuffisant.

Concernant les autres catégories de professionnels de santé, l'effectif par unité était de quatre soignants en journée et deux personnels infirmiers la nuit[131]. L'UCS bénéficiaient de ressources supplémentaires puisque quatre médecins psychiatres à temps partiel y étaient affectés et que l'équipe soignante de l'après-midi comptait un personnel infirmier supplémentaire. A chaque unité étaient alloués un cadre de santé et des temps de travail d'un psychologue, d'un ou plusieurs assistants sociaux ainsi que des assistants médico-administratifs.

Environ deux postes ETP de médecins généralistes étaient partagés par l'ensemble de l'hôpital hors pôle médico-légal. Les besoins de l'UCS étaient raisonnablement couverts, mais dans les quatre unités fermées de psychiatrie générale, cela était insuffisant et il pouvait s'écouler une semaine entre l'admission d'un patient et la consultation du médecin généraliste.

Au sein du pôle médico-légal, les dotations en personnel étaient supérieures. Les ressources médicales pour l'UMD et l'USIP étaient mutualisées et s'élevaient à huit postes ETP de médecins psychiatres (pour une centaine de patients) et 0,95 poste ETP de médecin généraliste. Sur chaque unité de l'UMD (environ 20 places chacune, la moitié à Clérambault), la présence était de cinq soignants en journée et de deux soignants la nuit. La dotation de l'équipe infirmière à l'USIP permettait la présence de quatre soignants en journée et deux infirmiers la nuit. A l'UHSA, le personnel médical était composé, pour les deux unités, de trois postes ETP de psychiatres assurant une présence du lundi au samedi. La dotation de personnel soignant permettait la présence, dans chaque unité, de trois infirmiers et deux aides-soignantes en journée et de deux infirmiers et deux aides-soignantes pendant la nuit. Les équipes pluridisciplinaires étaient également mieux dotées et mieux intégrées au pôle[132].

A la lumière de ce qui précède, le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour pourvoir immédiatement les postes vacants, de réévaluer le temps de travail des médecins psychiatres dans les unités fermées de psychiatrie générale et d'augmenter les temps de médecins généralistes afin d'assurer que tous les patients admis soient examinés 24 heures après leur arrivée.

136. Selon le CPT, le personnel d'un établissement psychiatrique doit comporter un nombre suffisant d'infirmiers spécialisés en psychiatrie. En France, la formation d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) comporte une centaine d'heures dédiées à psychiatrie.

---

131 Les plages horaires étaient les suivantes : 6h30 à 14h15 le matin, 13h30-21h15 l'après-midi, 21h-7h la nuit.

132 Par exemple, à l'UHSA : cinq postes dédiés aux soignants chargés d'activités thérapeutiques (un ergothérapeute, une assistante socio-éducative, une psychologue, une psychomotricienne et un animateur sportif).

Le CPT prend note des efforts entrepris pour généraliser la formation continue des soignants aux techniques de gestion de crise et de désescalade. Le programme Omega[133], conçu pour assurer la sécurité des intervenants et celle des patients en situation d'agressivité, vise à développer des habiletés et des modes d'intervention (techniques verbales, physiques et psychologiques). Deux soignants de l'UMD en étaient des formateurs certifiés ; 102 agents du pôle médico-légal avaient été formés, sans que ces formations ne soient limitées au personnel du pôle (par exemple, presque tout le personnel de l'UCS avait bénéficié des sessions).

137. A l'UHSA, le personnel comptait, aux côtés du personnel de santé, 36 agents de l'administration pénitentiaire, chargés notamment du suivi pénitentiaire des patients, des fouilles et des parloirs. Ils pouvaient accéder aux locaux de soins mais n'étaient pas présents de manière permanente. En cas de besoin, le personnel soignant pouvait faire appel aux agents pénitentiaires ; en cas d'urgence, une alarme était déclenchée via un boîtier portatif dont était muni tout le personnel soignant. Comme le CPT l'a déjà souligné dans des rapports précédents concernant les UHSA, l'équipement du personnel pénitentiaire en intervention était standardisé : ils entraient en zone de soins en tenue pare-coups, équipés de boucliers, casques, bâton télescopique et menottes.

D'après l'administration pénitentiaire, il y avait eu 38 demandes d'intervention du personnel pénitentiaire en zone hospitalière (dites « demandes de prêt de main-forte ») formulées entre janvier 2019 et le jour de la visite (contre 43 en 2018 et 61 en 2017)[134]. Malheureusement, en l'absence de comptes-rendus, dont la rédaction était pourtant une obligation règlementaire, la délégation n'a pas été en mesure d'évaluer la conduite de ces interventions, notamment les éventuels recours à l'usage de la force. Ni le personnel de l'UHSA ni la direction du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan auquel était rattachée l'unité, ne semblaient avoir connaissance de cette obligation.

La délégation aurait notamment souhaité comprendre le rôle joué par les personnels pénitentiaires dans le cadre de deux interventions dont les motifs de demande étaient « *l'administration de traitement intra-musculaire et mise en contention d'un patient opposant* » (intervention du 14 septembre 2019) et « *mise en contention d'un patient isolé* » (demande du 13 août 2019). **Le CPT souhaite recevoir de la part des autorités françaises leurs commentaires concernant l'absence de comptes-rendus d'intervention (…) ainsi que des précisions concernant le rôle du personnel pénitentiaire lors d'une pose de moyens de contention ou de l'administration d'un traitement par injection, au cours de ces deux incidents et plus généralement au sein des UHSA.**

138. Il est regrettable que malgré les précédentes recommandations du CPT, la formation de base des agents pénitentiaires ne soit toujours pas complétée par des modules les préparant à la prise en charge de personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques en lien avec à la spécificité du travail en milieu de soins et à la psychiatrie (différentes pathologies, techniques de désescalade, par exemple). **Le CPT réitère sa recommandation selon laquelle les personnels pénitentiaires affectés en UHSA devraient bénéficier d'une formation spécifique et spécialisée.**

---

133 Formation conçue en 1999 par les membres de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur affaires sociales (ASSTSAS) au Québec.

134 Celles-ci avaient été motivées par des fouilles en raison d'une suspicion de possession d'objet prohibé (tabac, stupéfiants, lame de rasoir, téléphone) (9 cas) ; des patients agités, démontrant une hétéro-agressivité avec risque de passage à l'acte (14 cas) ; des mouvements d'opposition collective (trois cas) ; des altercations entre patients (six cas) ; des accompagnements d'un patient en chambre d'isolement (4 cas) ; la pose de contention (2 cas).

7. Isolement et contention

139. Le CPT avait salué, dans le rapport relatif à sa visite de 2015, les dispositions législatives adoptées dans le but de mieux encadrer les mesures d'isolement et de contention mécanique[135]. La loi de 2016 apporte en effet des garanties importantes contre les risques d'abus, d'une part, en insistant sur le caractère exceptionnel de ces pratiques[136] et, d'autre part, en prévoyant d'assurer leur traçabilité pour permettre à la fois un contrôle et une évolution des pratiques à partir de données objectives. En 2017, des recommandations de bonnes pratiques[137] ainsi qu'une instruction ministérielle[138] ont été diffusées pour préciser la mise en œuvre de la loi, tandis qu'une feuille de route ministérielle de 2018 a réaffirmé l'objectif de réduction des pratiques d'isolement[139]. Au cours de la visite, la délégation s'est attachée à évaluer le degré de mise en œuvre de ces nouvelles directives au sein du CH de Cadillac ainsi que les éventuels résultats.

Au sein de l'établissement, les protocoles encadrant ces pratiques avaient été mis à jour en 2017 pour refléter les nouvelles obligations normatives introduites en 2016. Une réflexion collégiale sur ces pratiques avait été engagée, notamment par la mise en place d'un groupe de travail intersectoriel et interdisciplinaire. Malgré cela, la mise en œuvre de la loi restait incomplète et les effets incertains.

140. D'après les protocoles en vigueur au moment de la visite, les mesures d'isolement et de contention nécessitent une décision médicale prise par un psychiatre. Il ne peut y être fait recours que dans le but de « prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives ont été inefficaces ou inappropriées ». La durée initiale de la mesure ne peut excéder une durée de 12 heures s'agissant de l'isolement et de six heures s'agissant de la contention mécanique. Au-delà, elles doivent être renouvelées pour une durée maximale de 24 heures. En cas d'urgence, ces mesures peuvent être décidées par l'équipe infirmière de l'unité. Dans ce cas, le médecin doit être immédiatement averti et la poursuite de l'isolement est conditionnée à la confirmation de l'indication dans l'heure qui suit, après un examen médical. Le protocole spécifie que, de façon exceptionnelle et dans des situations d'urgence, il est possible d'isoler un patient en soins libres pour des raisons tenant à sa sécurité. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures. Au-delà de 12 heures, le médecin devra décider d'une transformation du mode d'hospitalisation. De façon générale, la Haute Autorité de Santé recommande que les isolements de plus de 48 heures et les contentions de plus de 12 heures doivent être exceptionnels.

---

135 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, - article 72 modifiant le code de la santé publique (Article L3222-5-1).

136 « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ».

137 Recommandation de bonne pratique - Isolement et contention en psychiatrie générale - Haute Autorité de la Santé – Février 2017.

138 Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre et l'utilisation des données recueillies au niveau des établissements, des régions et de l'Etat.

139 La feuille de route santé mentale et psychiatrie (du 28 juin 2018) pose comme objectif de : « Réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention (Action n° 22) ».

En outre, par une décision rendue le 19 juin 2020[140], le Conseil constitutionnel a considéré que les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, qui régit les conditions de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention, devaient être déclarées contraires à la Constitution. La décision précise que « […] si le législateur a prévu que le recours à isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences (de l'article 66) de la Constitution. » Il découle de cette décision que les autorités françaises ont jusqu'au 31 décembre 2020 pour abroger et amender les dispositions contestées. **Le CPT souhaite être tenu informé des nouvelles dispositions législatives introduites à la suite de cette décision.**

141. La consultation des registres et autre documentation, les entretiens menés avec les patients et avec le personnel ont pointé de nombreuses insuffisances dans les pratiques d'isolement et de contention, dont certaines avaient déjà été soulignées par le CPT à l'occasion de visites dans d'autres établissements psychiatriques en France.

142. Tout d'abord, la fréquence du recours à ces moyens de contrainte, dans la pratique, atteignait des niveaux peu compatibles avec leur caractère officiellement exceptionnel. D'après le rapport annuel de l'établissement de 2018, la mise en chambre d'isolement avait concerné 558 patients pour un total de 10 777 jours[141]. La proportion des patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement avait été considérable dans toutes des unités visitées, allant de 25% à 88%[142]. La situation observée pendant la visite était concordante. Par exemple, huit patients de l'unité Tosquelles (soit 40% de l'effectif) avaient été isolés au moins une fois au cours de la semaine précédant la visite.

Les durées des placements en chambre d'isolement étaient parfois excessivement longues, allant jusqu'à plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Un patient de l'unité Tosquelles avait passé six mois en chambre d'isolement, avec des sorties de 15 minutes une à deux fois par jour. Dans certaines unités, la mise en chambre d'isolement était une pratique usuelle, voire systématique, à l'admission, notamment à l'USIP, à l'UHSA ou à l'UCS dans les cas des patients involontaires.

D'après un bilan chiffré transmis par la direction, un cinquième des heures d'isolement enregistrées en 2018 avait été associé à une mesure de contention mécanique[143]. Certaines unités étaient plus prescriptrices que d'autres ; la semaine précédant la visite, six des dix patients de l'unité Clérambault de l'UMD avaient fait l'objet d'une mesure de contention mécanique, tandis qu'il n'y avait eu que trois épisodes de recours à la contention mécanique enregistrés sur l'unité Moreau (UMD) et un seul sur l'unité Figaro de l'UHSA. Un petit nombre de ces mesures étaient enregistrées avec la mention « si besoin », alors que cela était formellement proscrit. A l'USIP et à l'unité Clérambault de l'UMD, les lits étaient en permanence équipés de sangles, prêtes à l'emploi et visibles, ce qui pouvait suggérer une utilisation au moins régulière.

---

140 Décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020

141 Si le nombre total de jours d'isolement, pour tout l'établissement, avait connu une légère décrue entre 2015 et 2017, il avait à nouveau augmenté de près de 8 % entre 2017 et 2018. Le nombre de journées d'isolement avait plutôt baissé dans les structures du pôle médico-légal (de 12 % à l'UHSA et à l'USIP, de 7 % à l'UMD), mais progressé dans les pôles de psychiatrie générale.

142 25 % des patients à Pinel, 30 % à Broca, 43 % Charcot, 34 % à l'UCS (soit la grande majorité des patients en soins sans consentement ?), entre 68 % et 83 % dans les unités de l'UMD, 88 % à l'USIP, 20-25 % à l'UHSA.

143 Environ 2200 jours de contention pour 10700 jours d'isolement en 2018. Les statistiques ne permettaient pas de savoir combien de patients avaient été concernés.

La durée des épisodes de contention mécanique était généralement de quelques heures (entre trois et cinq heures en moyenne), parfois jusqu'à 24 heures. La délégation n'a pas relevé d'épisode répertorié excédant les 24 heures.

143. Un registre des mesures d'isolement et de contention était tenu dans chaque unité. D'emblée, le Comité regrette que, de manière inchangée, l'obligation de reporter les mesures d'isolement et de contention au registre ne s'appliquait pas à la contention chimique[144]. En outre, la tenue de ces documents était de qualité variable selon les unités. Mais dans l'ensemble, la délégation a relevé une proportion importante de formulaires incomplets (date et heure de fin de la mesure et durée effectuée non indiquées, nom du médecin prescripteur manquant) ou révélant des irrégularités (durée d'isolement dépassant la durée de la décision initiale). La recherche des informations manquantes nécessitait de se reporter à de multiples documents et au dossier médical du patient concerné. Le recoupement des informations, sur un échantillon de mesures, a révélé de nombreuses irrégularités (décision médicale non portée au registre ou, au contraire, mesures consignées au registre mais décision introuvable, entre autres cas de figure).

Chaque trimestre, une copie anonymisée du registre de chaque unité était transmise à la direction de la clientèle de l'établissement pour une centralisation de l'information. C'était sur la base des chiffres consolidés qu'était établi un bilan annuel des pratiques. Sans contrôle des informations portées à ces registres et au vu des irrégularités relevées par la délégation, il y a fort à craindre que les informations compilées étaient donc en partie erronées. De plus, le Comité s'est étonné que le registre ne mentionnait pas le motif de la mesure (qui figurait à la décision médicale d'isolement), ce qui limitait le bilan à des données chiffrées, sans véritable analyse des pratiques et de leurs causes.

144. Toutes les mesures d'isolement et de contention pratiquées n'étaient manifestement pas répertoriées. A l'UHSA, la délégation a été informée que tous les nouveaux arrivants étaient systématiquement isolés les premiers temps de leur hospitalisation (au moins 24 heures) ; ceci n'était pas indiqué dans les registres. Il en allait de même pour tous les arrivants hospitalisés sans consentement à l'UCS. De l'aveu de certains psychiatres, d'autres pratiques d'isolement partiel (isolements nocturnes, isolements « par tranches ») pouvaient être décidées à l'avance et ne nécessitaient pas le passage d'un médecin psychiatre *a posteriori*.

De plus, le quotidien de certains patients se rapprochait d'un isolement normalisé. A l'unité Clérambault de l'UMD, la majorité des patients passaient quotidiennement entre 18 et 23 heures en chambre individuelle[145], porte verrouillée. En l'absence de chambre d'isolement dans l'unité, quand un isolement était prescrit, celui-ci avait lieu dans la chambre. Une telle pratique ne semblait pas faire l'objet d'un enregistrement.

145. Comme cela avait été noté dans d'autres établissements visités précédemment, nombre de patients percevaient les mesures d'isolement comme une forme de sanction, par exemple à la suite d'une altercation physique entre patients ou d'incidents liés à la gestion du tabac (échange de cigarette ou rallumage de mégots). Enfin, d'après eux, le recours à ces mesures était parfois utilisé comme une menace afin de dissuader certains comportements ou demandes insistantes. En outre, n'et de l'aveu

144 Cf CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 140.

145 Seul un patient de l'unité avait un accès libre à la salle commune pendant la journée. Deux patients pouvaient sortir pour une durée de moins de trois heures et quatre patients pouvaient sortir de leur chambre pour une durée de trois à cinq heures par jour.

d'un médecin psychiatre, il pouvait y avoir recours à une mesure d'isolement, parfois d'une durée prolongée, pour gérer des comportements inadéquats (attouchements, cris, demandes incessantes) sans qu'il y ait de risque de violence avéré.

146. Il n'était pas rare que l'isolement soit associé à l'injection d'un sédatif puissant, sous contrainte, équivalent à une forme de contention chimique. L'examen de certains dossiers médicaux et feuilles de surveillance a permis d'identifier plusieurs situations où, dans le cadre d'un isolement, y compris avec contention mécanique, des injections de médicaments sédatifs étaient pratiquées par l'équipe infirmière, sur la base d'une prescription « si besoin », sans information adéquate au psychiatre et donc sans examen médical immédiat. Dans deux cas au moins, il y avait eu jusqu'à trois injections dans la même journée et aucune note du psychiatre ne figurait dans le dossier du patient le jour en question.

147. Le CPT regrette que malgré ses recommandations précédentes, la surveillance des patients faisant l'objet de mesures d'isolement ou de contention restait lacunaire. Selon le protocole en vigueur, les modalités de surveillance étaient décidées au cas par cas et prescrites par le médecin. Au minimum, le patient devait être examiné une fois par heure par un infirmier au moins (et de préférence deux infirmiers). L'infirmier devait noter ses observations sur une fiche de surveillance. En outre, le protocole recommandait que le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour. La délégation a constaté avec regret que les fiches de surveillance n'étaient pas complétées chaque heure et que les visites du médecin étaient souvent moins fréquentes qu'il n'était recommandé.

En dehors de ces visites de surveillance, la sécurité des patients reposait sur des systèmes d'appel, fixes (bouton d'appel au mur) ou portatifs (bracelets munis d'une alerte). Toutes les chambres susceptibles de servir de chambre d'isolement n'étaient pas équipées de système d'appel mural, sans que ceci ne soit toujours compensé par le port du bracelet avec bouton d'appel, dans la mesure où certains personnels infirmiers ont expliqué ne pas équiper les patients de bracelets par peur d'être constamment sollicités. Cette situation n'est pas acceptable.

148. Concernant plus particulièrement la mise en œuvre des mesures de contention mécanique, la délégation a observé que les lits de certaines chambres étaient équipés, de façon permanente, de sangles de contention, c'est-à-dire y compris quand celles-ci n'étaient pas utilisées. En outre, certains patients se sont plaints de contentions douloureuses, à cause de sangles trop serrées et sur des durées prolongées. Le médecin de la délégation a constaté des marques aux poignets sur plusieurs patients.

149. La délégation a noté que les protocoles encadrant ces mesures de contraintes prévoyaient un temps d'analyse de la mesure d'isolement avec le patient ainsi qu'un temps de reprise en équipe pluridisciplinaire. Ces exercices de « *débriefing* » qui permettent de revenir sur le déroulement de l'incident et les raisons de la mesure, de diminuer le traumatisme psychologique de cette expérience et de rétablir la relation médecin-patient, sont tout à fait préconisés. Malheureusement, dans les faits, il ne s'agissait pas de pratiques systématiques.

150. A la lumière des observations précédentes, **le CPT recommande aux autorités françaises de prendre les mesures nécessaires pour faire en sorte que, au centre hospitalier de Cadillac et dans tous les autres établissements psychiatriques de France :**

- **les mesures d'isolement et/ou de contention non-conformes à la loi et aux protocoles encadrant ces mesures soient identifiées et qu'il y soit immédiatement mis un terme ; en particulier que des mesures d'isolement et/ou de contention ne soient jamais utilisées à des fins punitives, et jamais prescrites par avance, avec la mention « si besoin » ;**

- **les registres des mesures d'isolement et de contention soient remplis avec une plus grande rigueur et qu'une supervision permette d'y veiller ; qu'y soient systématiquement reportées les mesures de contention chimique ; et qu'ils intègrent pour chaque mesure les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel, afin de faciliter la gestion de tels incidents et d'analyser leur ampleur en vue de réduire le recours à ces pratiques.**

- **tous les patients soumis à une mesure de contention mécanique ou d'isolement soient placés sous la surveillance constante d'un membre du personnel de santé ayant les qualifications requises. Lorsqu'un moyen de contention mécanique est appliqué, un soignant devrait être présent en permanence dans la pièce afin de maintenir la relation thérapeutique et d'assister le patient (et éventuellement prévenir les risques de blessures). Lorsqu'un patient est maintenu à l'isolement, le membre du personnel peut se trouver à l'extérieur de la pièce (ou dans une pièce adjacente avec une fenêtre communicante) à condition que le patient puisse bien voir et entendre le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. À l'évidence la vidéosurveillance ne saurait remplacer la présence continue du personnel ;**

- **chaque fois qu'un patient est soumis à une mesure de contention mécanique et/ou d'isolement, l'infirmier qui le surveille remplisse scrupuleusement la fiche ou le carnet de surveillance dans laquelle/lequel l'état du patient est consigné à intervalles réguliers (par exemple toutes les demi-heures) ;**

- **le matériel de contention mécanique (sangles de lits) ne soit installé qu'en cas de nécessité ;**

- **tous les patients soumis à des mesure d'isolement et/ou de contention puissent bénéficier d'un <u>débriefing</u> avec un membre du personnel de santé après l'application de la mesure, et que les observations du patient soient consignées dans son dossier médical. Des outils pourraient être proposés au personnel afin de les aider à mener ces séances.**

151. La délégation a relevé que de nombreux patients, quel que soit le type d'hospitalisation sans consentement, faisaient l'objet d'une mesure de contention mécanique (mouvements restreints par des sangles appliquées aux quatre membres et le tronc) le temps de leur transport en ambulance vers l'hôpital[146]. Ces mesures, décidées par le médecin prescripteur du transfert, n'étaient pas encadrées (notamment leur recours ne figure pas aux recommandations de la HAS), ni consignées. Cela représente un risque de traitement dégradant et humiliant. Un patient de l'UMD a décrit un transfert de presque quatre heures, sous contention mécanique, pendant lequel il avait uriné à deux reprises

146 Cela concernait la majorité des transferts du SECOP (Service d'évaluation de crise et orientation psychiatrique) à Bordeaux vers les unités de soins fermées sur le site principal de Cadillac, les transferts des prisons vers l'UHSA ou encore les transferts vers l'UMD.

dans ses vêtements et n'avait rien reçu à boire. **Le CPT recommande aux autorités françaises d'encadrer le recours aux moyens de contention pendant les transports et de l'assortir des garanties nécessaires pour limiter les risques de pratiques attentatoires à la dignité des patients.**

152. Les autorités françaises ont souligné, dans leur lettre datée du 13 mai 2020, qu' « une « fonction d'observatoire » national des droits et des pratiques est en cours de structuration qui aura pour principales missions d'identifier et promouvoir les organisations […] qui permettent un moindre recours aux soins sans consentement […], d'identifier et diffuser les bonnes pratiques de prévention et de gestion de crise visant à réduire de façon déterminée le recours à l'isolement et la contention ainsi qu'aux soins sans consentement les plus attentatoires aux libertés des patients ainsi que de développer les dispositifs permettant d'améliorer l'effectivité des droits des patients ». **Le CPT invite les autorités à mettre en place cet observatoire, recommandé dès 2017 par la Haute Autorité de Santé[147], sans plus tarder et à assurer que les recommandations du Comité alimenteront ses réflexions. Le Comité souhaite être tenu informé de l'état d'avancement de sa mise en place et de ses travaux.**

8. Garanties

153. Les patients étaient informés de leurs droits oralement à leur admission et, de façon plus variable selon les unités, par écrit. La majorité des patients rencontrés étaient en possession de copies des décisions ou arrêtés les concernant et ceux-ci indiquaient les voies et délais de recours qui étaient à leur disposition.

Le centre hospitalier avait conçu un *Livret d'accueil du patient* (édité en 2018) qui exposait de façon claire et accessible les différentes modalités de soins, le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement, les possibilités de formuler une réclamation et de porter plainte. Une pleine page était dédiée aux mesures d'isolement et de contention en précisant le droit de contester ces mesures en déposant un recours devant le juge des libertés et de la détention ou auprès du tribunal administratif. De plus, un fascicule spécifique était destiné aux patients hospitalisés sans leur consentement (*Les modalités de soins sans consentement en psychiatrie*). Les patients avec lesquels la délégation s'est entretenue, n'avaient, pour la plupart, pas ces documents en leur possession. Des livrets d'accueil spécifiques avaient été conçus pour les patients de l'UMD, de l'USIP et de l'UHSA. Ceux-ci semblaient inégalement diffusés et contenaient une information parfois trop succincte. Par exemple, à la page « Plaintes et réclamation » figurait uniquement une liste de contacts, sans précisions sur le rôle de chacun.

Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que le livret d'accueil général soit distribué à tous les patients admis au CH de Cadillac, y compris à ceux admis au pôle médico-légal et que les patients hospitalisés sans consentement reçoivent, comme indiqué, toute l'information complémentaire qui leur soit utile.

---

147 Isolement et contention en psychiatrie générale, Service des bonnes pratiques professionnelles, Haute Autorité de Santé, février 2017, page 20.

154. Le CPT rappelle régulièrement que le placement non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique – qu'il s'agisse d'une procédure civile ou pénale – ne doit pas empêcher de chercher à obtenir son consentement éclairé au traitement. Au centre hospitalier de Cadillac, mis à part les traitements d'urgence administrés lors d'un isolement et/ou une contention mécanique (voir paragraphes 146), la délégation n'a pas collecté d'information qui aurait suggéré l'administration de traitements sans le consentement du patient. Une patiente avec laquelle la délégation s'est entretenue refusait toute prise de médicament et elle n'y était pas contrainte.

Pour rappel, la loi dispose que tout professionnel de santé a l'obligation d'informer le patient « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus » (article L. 1111-2 du Code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement « libre et éclairé » à l'acte médical (article L. 1111-4 du Code de la santé publique). Néanmoins, le protocole en vigueur au centre hospitalier de Cadillac n'excluait pas entièrement la possibilité de contraindre un patient. Si le consentement du patient à sa prise en charge doit « être recherché en cas d'hospitalisation sans consentement » et l'avis du patient pris en compte dans la mesure du possible, « les mesures nécessaires à (son) état et à la mise en œuvre du traitement pourront être prises par le médecin sans (son) accord ».

Le CPT rappelle que l'admission involontaire d'une personne capable de discernement dans un établissement/service de psychiatrie ne doit pas être interprétée comme autorisant automatiquement un soin particulier sans son consentement. Qu'elle soit hospitalisée de manière volontaire ou non, toute personne capable de discernement doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Le terme français de « soins sans consentement » peut à cet égard prêter à confusion. Toute dérogation à ce principe fondamental devrait avoir une base légale et se rapporter uniquement à des circonstances exceptionnelles, définies de manière claire et stricte, et devrait être accompagnée des garanties appropriées. La loi devrait notamment prévoir qu'en cas de non-consentement du patient au traitement proposé (y compris dans les cas où son tuteur peut y consentir), un second avis médical soit obligatoirement demandé (à un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient concerné) et prévoir que les patients puissent contester une décision de traitement non-volontaire devant une autorité indépendante et externe, et être informés de ce droit par écrit. **Le CPT souhaite recevoir des informations concernant la base légale de l'administration de traitements involontaires et des garanties procédurales qui l'encadre.**

155. Depuis 2011, les mesures d'hospitalisation complète sans consentement – pour lesquelles il convient de noter qu'aucune durée maximale n'est définie - sont soumises à contrôle judiciaire. Les modalités de ce contrôle, effectué par le juge des libertés et de la détention (JLD), ont été exposées en détails dans le rapport de visite périodique précédente de 2015[148] et n'ont pas changé depuis 2016.

156. La décision initiale est soumise à validation judiciaire, qui doit intervenir au plus tard douze jours après l'admission du patient. Seules les hospitalisations à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale (en vertu de l'article 706-135 du CPP) échappent à cette règle. Sinon, le juge se déplace à l'hôpital, dans l'annexe du tribunal de grande instance, où il tient audience et statue sur la base de deux certificats médicaux, établis par un psychiatre de l'établissement, respectivement 24 heures et 72 heures après l'admission. Le patient est présent à l'audience et est accompagné d'un avocat choisi ou commis d'office.

148 Voir CPT/Inf (2017) 7, paragraphes 143 à 161.

Au terme de sa visite précédente, le Comité avait formulé une réserve quant au délai de douze jours, jugé trop long, de ce premier contrôle. Dans leur réponse, les autorités françaises avaient rappelé que ce délai avait déjà été réduit (la loi de 2011 l'avait fixé à quinze jours) et que le juge devait être saisi sous huit jours après l'admission. Le CPT peine toujours à comprendre pourquoi une décision judiciaire, qui se fonde sur des certificats médicaux dont le dernier est établi 72 heures après l'admission du patient, ne saurait intervenir dans un délai plus bref. En tout état de cause, le Comité estime que le juge devrait être informé du placement le plus tôt possible après l'admission. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur ce point.**

157. La nécessité du maintien du placement est réexaminée par le JLD, de façon automatique, au minimum tous les six mois. Là encore, les audiences se tiennent au sein de l'établissement et les patients bénéficient du conseil d'un avocat. En dehors de ces réexamens automatiques, les patients peuvent saisir le juge à tout moment pour contester le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sans consentement dont ils faisaient l'objet.

Cela vaut pour tous les types d'hospitalisation complète sans consentement – y compris pour ceux résultant d'une décision judiciaire. Selon le type de mesure d'hospitalisation, le juge réexamine le placement à la lumière, soit d'un certificat médical émanant d'un psychiatre (de l'établissement), soit de l'avis formulé par un collège de trois membres (deux psychiatres dont un ne participant pas à la prise en charge du patient). L'avis du collège est nécessaire notamment dans les cas suivants : placement en SDT-SDTU au-delà d'un an (puis tous les ans en cas de maintien), placement (en vertu des articles L3213-7CSP et 706-135 CPP) des personnes reconnues pénalement irresponsables pour des faits particulièrement graves au-delà de six mois (puis tous les six mois). Le collège comprend deux psychiatres : d'une part, le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée, ou à défaut, un autre psychiatre participant à la prise en charge et, d'autre part, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge proposé par le président de la Commission médicale d'établissement et désignée par le directeur. Le troisième membre du collège est un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge désigné par le directeur. Comme le CPT l'a déjà exprimé par le passé[149], **il serait souhaitable que la décision de maintien d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, soit fondée, en partie au moins, sur l'avis d'un psychiatre qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil.**

L'obligation de recours à l'avis d'un psychiatre extérieur à l'établissement de prise en charge n'intervient actuellement que dans le cas d'une demande de mainlevée de l'hospitalisation judiciaire pour les personnes ayant commis des faits graves. Dans ce cas, est exigée, en plus de l'avis du collège, l'expertise de deux psychiatres extérieurs à l'établissement. Mais les expertises ne sont requises que dans le cas où l'avis du collège va dans le sens d'une levée de la mesure[150]. Ceci est connu sous le terme de « régime renforcé » ou « régime restrictif » et est davantage perçu, à juste titre, comme un obstacle à la sortie du patient.

---

149 Voir CPT/Inf (2012) 13, paragraphe 186.

150 Art. L. 3213-8 – I du CSP — « Si le collège mentionné à l'article L. 3211-9 émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques ».

158. Trois juges se relayaient pour tenir les audiences qui se déroulaient deux fois par semaine dans l'annexe du TGI de Bordeaux aménagée au sein du centre hospitalier. 778 audiences avaient eu lieu en 2018 à Cadillac. Dans 86% des cas, le juge avait prononcé le maintien de l'hospitalisation. Dans 42 cas, il avait ordonné sa mainlevée, au motif d'une absence de fondement ou d'un fondement non-circonstancié (29 cas), d'un vice de forme ou d'une irrégularité (11 cas), ou du non-respect des délais (trois cas). Aucun recours n'avait été formé à la suite d'une mainlevée, ni par le centre hospitalier, ni par le procureur, ni par le préfet. Il y avait eu 45 appels formés par des patients à la suite d'une décision de maintien et dans un cas, l'ordonnance du JLD avait été infirmée. La délégation a noté que le nombre de mainlevées était en faible mais constante augmentation depuis 2012.

De l'aveu d'un des juges, il était difficile de statuer à l'encontre de l'avis du psychiatre. La possibilité prévue par la loi d'ordonner une expertise contradictoire était difficile à mettre en œuvre en raison d'une pénurie d'expert psychiatres dans la région, de leur manque de disponibilité et des délais supplémentaires engendrés (dix à quinze jours). Par conséquent, moins d'une dizaine d'expertises par an étaient demandées. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités françaises sur ce point.**

159. La délégation a noté que, de manière générale, le rôle du JLD et des audiences étaient mieux compris des patients par rapport à la situation observée au cours de la visite du CPT en 2015. Les patients portaient une appréciation généralement positive sur leurs échanges avec le juge ainsi qu'avec les avocats, y compris les avocats commis d'office.

160. Les mécanismes de plaintes qui avaient été décrits dans le rapport de visite de 2015[151] étaient également applicables aux patients du CH de Cadillac. Ce dernier établissait un bilan annuel des plaintes et réclamations reçus. En 2018, 112 courriers de réclamations avaient été réceptionnés dont 72 rédigés par des patients[152]. La majorité des plaintes (82 cas) concernaient les unités visitées par la délégation. Le taux de réponse était de 84%, le plus souvent dans un délai de moins d'une semaine. En outre, un questionnaire de satisfaction était remis à tout patient quittant l'hôpital. Les motifs d'insatisfaction exprimés via ce questionnaire concernaient la vétusté des locaux, l'hygiène, le manque d'activités ainsi que le manque de personnel.

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

Cela dit, comme mentionné, à l'UHSA, où les contacts avec l'extérieur étaient gérés par l'administration pénitentiaire, les démarches administratives pour obtenir l'autorisation de téléphoner retardaient le contact avec les proches (voir paragraphe 124).

---

151 CPT/Inf (2017) 7, paragraphe 164.

152 Les motifs de réclamation les plus courants concernaient la prise en charge (44 cas), des questions relatives aux sorties, décisions, autorisations et visites (24 cas), des conflits avec autres patients (3 cas), des problèmes relationnels avec le personnel (6 cas et 3 cas avec le médecin).

A l'USIP, les visites de mineurs (accompagnés ou pas) étaient proscrites. De telles restrictions, dans une unité de soins intensifs, peut se justifier. Néanmoins, celles-ci ne devraient s'appliquer au-delà du temps strictement nécessaire. Concernant les patients demeurant à l'USIP pour plus de deux mois, parfois en raison d'une difficulté à organiser leur retour dans leur unité d'origine, le Comité estime qu'il devrait être possible d'envisager une dérogation à cette règle et d'organiser les visites de mineurs au cas par cas. **Le CPT recommande aux autorités françaises à prendre des mesures en ce sens.**

ANNEXE I

Liste des établissements visités par la délégation du CPT

Etablissements des forces de l'ordre

- Hôtel de police de Bobigny
- Hôtel de police de Bordeaux
- Commissariat de Cenon
- Commissariat de Le Bouscat
- Hôtel de police de Lens
- Hôtel de police de Lille
- Commissariat de Maubeuge
- Commissariat du 19e arrondissement de Paris
- Hôtel de police de Roubaix

- Brigade territoriale autonome de Bavay
- Brigade territoriale autonome de Langon
- Communauté de brigades de Solre-Le-Château

Etablissements pénitentiaires

- Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan
- Centre pénitentiaire de Lille-Annœullin (visite ciblée du « quartier pour la prise en charge de la radicalisation »)
- Centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin
- Centre pénitentiaire de Maubeuge
- Centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil

Etablissements de santé

- Unités fermées de psychiatrie générale, Centre hospitalier de Cadillac
- Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), Centre hospitalier de Cadillac
- Unité pour malades difficiles (UMD), Centre hospitalier de Cadillac
- Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), Centre hospitalier de Cadillac
- Unité médico-judiciaire (UMJ) de l'Hôpital Hôtel-Dieu, Paris.

ANNEXE II

Listes des autorités nationales, autres instances et organisations rencontrées par la délégation du CPT

I. AUTORITES MINISTERIELLES

Ministère de la Justice

Nicole Belloubet	Ministre de la Justice, garde des Sceaux

Cabinet de la ministre

Thierry Donard	Conseiller politique pénitentiaire

Direction de l'administration pénitentiaire

Stéphane Bredin	Directeur de l'administration pénitentiaire
Philippe Gicquel	Sous-directeur des ressources humaines et des relations sociales
Martin Lafon	Chef du bureau de l'administration, service national du renseignement pénitentiaire
Benoit Fichet	Adjoint au chef du service national du renseignement pénitentiaire
Romain Peray	Chef du service des métiers
Benoit Sergent	Adjoint au chef du bureau de l'immobilier
Yveline Chard-Henry	Responsable des relations internationales

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Madeleine Mathieu	Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse
Catherine d'Herin	Cheffe du bureau de la législation et des affaires juridiques

Délégation aux affaires européennes et internationales

Parvine Ghadami	Adjointe la cheffe du bureau de l'expertise et des questions institutionnelles
Valery Turcey	Agent de liaison du CPT, président de la chambre de l'instruction à la cour d'appel de Paris

Ministère de l'Intérieur

Laurent Nuñez	Secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'Intérieur

Cabinet du ministre

Etienne Stoskopf	Directeur de cabinet du secrétaire d'Etat
Simon Riondet	Adjoint du conseiller police
Phénicia Baatout	Chargée de mission affaires internationales et européennes

Direction générale de la Police nationale

Patrick Vicente	Chef du pôle européen et international, cabinet du directeur général de la Police nationale (DGPN)
Joël Praxelle	Pôle européen et international, Cabinet du DGPN
Philippe Vezzoli	Pôle juridique, Cabinet du DGPN
Brigitte Jullien	Directrice de l'Inspection générale de la Police nationale
Brigitte Lafourcade	Directrice centrale adjointe de la Police aux frontières
Jean-Cyrille Reymond	Sous-directeur des Missions de sécurité, Direction centrale de la Sécurité publique
Frédéric Malon	Sous-directeur de la lutte contre la criminalité organisée, Direction centrale de la Police judiciaire

Direction générale de la Gendarmerie nationale

Thierry Thomas	Adjoint au chef de l'Inspection générale de la Gendarmerie nationale
Patrick Pegeot	Chef du bureau de la Police judiciaire, Direction des opérations et de l'emploi
Erik Salvadori	Chef de la section Police judiciaire, Direction des opérations et de l'emploi

Direction générale des Etrangers en France

Cédric Debons	Chef du bureau de la Rétention et de l'éloignement, Direction de l'Immigration

Direction des Libertés publiques et des Affaires juridiques

Pascale Léglise	Directrice adjointe
Elisa Sidgwick	Bureau du droit et du contentieux européen, international et institutionnel

Préfecture de Police

Jean Paul Pecquet	directeur adjoint de la sécurité de proximité et d'agglomération parisienne

Ministère des Solidarités et de la Santé

Christelle Dubos	Secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé

Cabinet de la secrétaire d'Etat

Mickaël Benzaqui	Conseiller « santé » au cabinet de la secrétaire d'Etat

Ministère des Solidarités et de la Santé

Stefanie Decoopman	Cheffe de service à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Sylvie Escalon	Sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
Sophie Terquem	Adjointe au Chef de bureau prises en charge post-aigües des pathologies chroniques et santé mentale (R4)
Robert Touret	Chef de bureau International, Europe et Outre-mer (SR2)
Isabelle Mathurin	Chargée de mission au bureau International, Europe et Outre-mer (SR2)

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Karen Rochet	Rédactrice à la direction des affaires juridiques, sous-direction des droits de l'homme
Eglantine Leblond	Rédactrice à la direction des affaires juridiques, sous-direction des droits de l'homme
Anne Freudenreich	Rédactrice à la direction des affaires juridiques, sous-direction des droits de l'homme

II. INSTITUTIONS ADMINISTRATIVES INDEPENDANTES

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Adeline Hazan	Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
André Ferragne	Secrétaire général
Hanène Romdhane	Directrice des affaires juridiques
Maria de Castro Cavalli	Adjointe à la directrice des affaires juridiques
Anne-Sophie Bonnet	Contrôleure chargée des relations internationales

Défenseur des droits

Jacques Toubon	Défenseur des droits
Claudine Angeli-Troccaz	Adjointe, vice-présidente du collège en charge de la déontologie dans le domaine de la sécurité
Claudine Jacob	Cheffe du département protection des droits – affaire judiciaires
Néphèli Yatropoulos	Conseillère aux affaires européennes et internationales – cabinet du Défenseur des droits
Benoît Narbey	Chef de pôle - déontologie des professionnels de la sécurité

Commission nationale consultative des droits de l'homme[153]

Cécile Riou-Batista	Secrétaire générale par intérim
Céline Branaa-Roche	Responsable communication

III. ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Avocats pour la Défense des Droits des Détenus (A3D)
Advocacy France
Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT) - France
Observatoire international des prisons (OIP)

153 En début de visite, la délégation a rencontré des membres de la Commission, notamment de représentants de la société civile et de personnalités qualifiées dans des domaines liées à la privation de liberté.