



**Les droits
fondamentaux des
personnes privées de
liberté à l'épreuve de la
crise sanitaire**

17 mars au 10 juin 2020

SYNTHESE

La crise sanitaire liée au Covid-19 et les mesures de protection prises pour la contenir ont immédiatement été analysées comme porteuses de risques pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté : la promiscuité et le risque accru de contagion qu'elle entraîne, la difficulté de poursuivre les relations avec les proches, la suspension de l'essentiel des activités et l'aggravation de l'enfermement ont accru les contraintes pesant sur ces personnes.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, auquel la loi a confié la responsabilité de « *contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux* », se devait de poursuivre sa mission en dépit des difficultés rencontrées pour visiter les établissements. Il a donc pris des mesures assez similaires à celles qu'ont adoptées l'ensemble de ses homologues européens pour demeurer au contact des personnes privées de liberté et de ceux qui les prennent en charge par des entretiens téléphoniques, l'analyse des courriers et des visites sur place.

Le CGLPL a par ailleurs maintenu une politique ambitieuse de contacts internationaux et de relations publiques pour relayer les recommandations faites par les organismes internationaux chargés de la protection des droits de l'homme et faire connaître sa propre analyse de la situation française, tant des pouvoirs publics que de l'opinion.

Il est évidemment difficile de trouver des caractéristiques communes aux mesures prises par des administrations distinctes pour traiter de la situation de personnes détenues, de patients hospitalisés en soins sans consentement, de personnes placées en zone d'attente et en rétention administrative ou de mineurs placés en centres éducatifs fermés. On peut néanmoins relever quelques traits communs aux situations observées dans ces lieux : des mesures de précaution en général tardives, contradictoires et longtemps insuffisantes, des mesures de réduction du nombre des personnes privées de liberté trop timides et inégales, une compensation insuffisante des contraintes liées au confinement. En contrepartie de ces constats, il convient néanmoins d'observer que partout la prévention a été efficace et que le nombre des contagions a été faible : le risque majeur de développement d'une épidémie dans la promiscuité des milieux clos et au sein d'une population que son état de santé rend souvent particulièrement vulnérable a été évité.

Dans tous les lieux, la garantie de respect des libertés qu'apporte le juge judiciaire s'est trouvée estompée par la crise. Évidemment, la possibilité de prolonger les détentions provisoires de plein droit sans examen par le juge est la plus grave des atteintes portées aux droits des personnes privées de liberté ; elle est d'ailleurs d'autant plus grave qu'elle a été inscrite dans le droit et non, comme d'autres, simplement subie en raison de la pression des circonstances. L'absence de présentation, même par visioconférence, devant le juge de l'application des peines, le juge des libertés et de la détention ou le juge des enfants comme les difficultés d'accès aux avocats ont également porté des atteintes graves aux droits des personnes privées de liberté.

Au-delà de ces considérations générales, des conclusions spécifiques peuvent être tirées pour chaque catégorie de lieu de privation de liberté.

Pour les établissements pénitentiaires, la crise aura été marquée par une baisse spectaculaire de la population pénale. Certes, il faut en voir les limites : les établissements les plus surpeuplés n'ont pas tous été concernés et les dispositions prises par ordonnance ont été trop timides, mais on doit constater, d'une part, que ce mouvement inédit a été possible et, d'autre part, que la réaction négative de l'opinion publique crainte par certains face à cette baisse massive de la population pénale ne s'est pas manifestée. C'est là le principal enseignement qu'il convient de tirer de cette crise : il est possible de ramener le taux d'occupation global des prisons françaises à leur capacité d'accueil, et même en dessous. Il est urgent que les mesures nécessaires pour éviter un retour à la situation antérieure et poursuivre l'effort de déflation carcérale soient prises : la régulation carcérale, que le CGLPL recommande avec insistance depuis 2014, doit être inscrite dans la loi.

Pour les établissements de santé mentale, à défaut de directives de portée nationale, la situation a été gérée sur le fondement de décisions locales avant qu'une concertation ne se mette en place autour des structures qui pilotent la psychiatrie au quotidien. Les droits des patients ont connu des restrictions, notamment en ce qui concerne leur liberté d'aller et venir, leurs relations familiales et surtout l'exercice de leurs droits : en effet, dans la plupart des cas, ils n'ont pu rencontrer ni le juge des libertés et de la détention, ni même leur avocat. Le CGLPL a été à deux reprises confronté à la question d'un enfermement abusif pour contraindre des patients au respect des règles du confinement : d'abord par une question posée par un comité d'éthique, ensuite par le constat de l'enfermement des patients quel que soit leur statut d'admission dans un autre établissement. Il a clairement condamné la pratique, en ce qu'elle constitue un détournement de procédure. Le constat effectué a, du reste, conduit à la publication de recommandations en urgence¹. Dans un grand nombre d'établissements, le lien avec les patients a été maintenu par la prise en charge ambulatoire ou extra hospitalière. Le CGLPL souhaite qu'une fois la crise achevée, une prise en charge soignante plus ambulatoire et une réduction du nombre des procédures de contrainte perdurent.

Pour les centres de rétention administrative et les zones d'attente, malgré une activité très fortement réduite allant jusqu'à la mise en sommeil d'un grand nombre de ces lieux, les mesures de prévention de la contamination sont restées insuffisantes. Les personnes privées de liberté ont donc été placées en situation de risque sanitaire. L'entrée en France a été refusée pour motif sanitaire à des personnes qui n'ont pas été prises en charge ou qui ont été privées de leurs droits en zone d'attente, cependant qu'en rétention, le fondement juridique des mesures privatives de liberté s'est trouvé fragilisé par l'interruption du trafic aérien qui a rendu presque impossible l'exécution des mesures d'éloignement. Dans ces conditions, le placement en rétention est devenu une mesure injustifiée en pratique, juridiquement très discutable et dangereuse. Le CGLPL déplore qu'il n'ait pas été donné suite à ses demandes de fermeture provisoire des centres de rétention administrative.

¹ *Journal officiel* du 19 juin 2020.

Pour les centres éducatifs fermés, la crise, qui n'a pas eu de conséquence sanitaire, aura montré que la prise en charge des mineurs varie fortement d'un établissement à un autre, certains CEF ayant maintenu leur collectif quand d'autres se sont employés à permettre le retour des mineurs dans leurs familles. De façon commune, les stages et sorties ont été interrompus, ce qui a nui aux projets de réinsertion et de sortie des jeunes. Dans les centres qui l'ont mis en place, le placement séquentiel a montré son intérêt, tant dans le déroulement de la prise en charge que pour la préparation à la sortie. Il convient de développer cette forme d'accueil.

Enfin, pour tous les lieux contrôlés, le CGLPL souhaite que se poursuivent les bonnes pratiques qui, pendant la crise, ont résulté de la nécessité – notamment la réduction générale du nombre des personnes enfermées et la déconcentration des décisions. Il demande également que soient formalisés en toute circonstance des plans de prévention des crises de cette nature et de continuité des prises en charge.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
1. CONTINUTE DE L'ACTIVITE DU CGLPL.....	8
1.1 Le CGLPL s'est organisé pour poursuivre sa mission	8
1.2 Les contrôles à distance ont été complétés par des visites sur place en cas d'urgence et en fin de période	8
1.3 Les saisines ont été traitées selon des modalités adaptées.....	10
1.4 La veille réglementaire a permis en continu une analyse critique des dispositions gouvernementales.....	11
1.5 Le CGLPL a alerté en temps réel les pouvoirs publics comme l'opinion publique	11
2. COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	15
2.1 Les institutions internationales ont adressé des recommandations nombreuses et convergentes aux États et aux MNP.....	15
2.2 La continuité du mandat des mécanismes nationaux de prévention en Europe a été assurée par des moyens comparables à ceux utilisés par le CGLPL.....	16
3. LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES	19
3.1 Les dispositions nationales, restrictives des droits, ont parfois été opportunément compensées par des initiatives locales.....	19
3.2 L'absence de propagation du virus en prison ne doit pas faire oublier les atteintes importantes aux droits des personnes détenues pendant la période	26
3.3 Le déconfinement, en cours, doit s'accompagner d'une régulation de la population carcérale et d'une modernisation des services	37
4. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE.....	42
4.1 Les droits des patients n'ont pas été la priorité d'une crise gérée de manière déconcentrée avec une coordination nationale souple.....	42
4.2 Les établissements ont réduit le nombre des personnes hospitalisées et développé des prises en charges alternatives.....	46
4.3 Une réduction du recours aux soins sans consentement et à l'enfermement est possible mais doit être accompagnée	55
5. LES CENTRES DE RETENTION ADMINISTRATIVE ET LES ZONES D'ATTENTE.....	57
5.1 Les politiques publiques n'ont pas tiré toutes les conséquences de la fermeture des frontières.....	57
5.2 Les prises en charge ont été adaptées mais n'ont pas permis de préserver les droits des personnes.....	59
5.3 Le maintien en activité des zones d'attente et des centres de rétention en dépit de l'effondrement du trafic aérien a provoqué des enfermements injustifiés et des atteintes graves aux droits des personnes privées de liberté	66
6. LES CENTRES EDUCATIFS FERMES	68

6.1	La spécificité des centres éducatifs fermés a été insuffisamment prise en compte par les mesures de politique publique	68
6.2	L'impact de la crise est resté limité dans les centres éducatifs fermés mais une gestion de crise hétérogène n'a pas permis de garantir l'égalité de traitement des enfants placés	69
6.3	la crise a montré la nécessité d'une harmonisation du fonctionnement des centres éducatifs fermés et l'intérêt d'une prise en charge plus ouverte	72
CONCLUSION		74
ANNEXE 1 PLAN DE VISITE DE JUIN 2020 RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET DE LA DIGNITE DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE SOUMIS A LA PANDEMIE		1
ANNEXE 2 : COURRIER ADRESSE A LA GARDE DES SCEAUX LE 17 MARS 2020		0
ANNEXE 3 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DE L'INTERIEUR LE 17 MARS 2020		1
ANNEXE 4 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE LE 27 MARS 2020		1
ANNEXE 5 : COURRIER ADRESSE A LA GARDE DES SCEAUX LE 5 MAI 2020		1
ANNEXE 6 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DE L'INTERIEUR LE 20 AVRIL 2020.....		1

INTRODUCTION

Pendant la période du confinement lié à la pandémie de Covid-19, les personnes privées de liberté ont été contraintes plus encore qu'elles ne le sont ordinairement. La promiscuité les a exposées plus particulièrement à la contagion, les visites de leurs proches ayant été suspendues et, les lieux de privation de liberté devant faire face à une autarcie inédite, des risques nouveaux sont apparus. Aussi pouvait-on craindre que le refus de contraintes nouvelles entraîne des violences, que la carence des moyens de protection accélère la pandémie, que la saturation du système de santé fasse passer au second plan la nécessité de prendre en charge les captifs et que la pauvreté gagne, faute d'activité rémunératrice ou de visites. Dans leur aspect le plus formel, les droits les plus ordinaires pouvaient cesser d'être garantis : l'accès à l'avocat et au juge, l'exécution des actes de procédure nécessaires au contrôle ou à la gestion des mesures de privation de liberté.

Pour les droits fondamentaux des personnes privées de liberté, dont l'effectivité toujours fragile nécessite une vigilance constante, la pandémie faisait peser des risques accrus. Cette analyse a très rapidement été unanime ; les organisations internationales, les organisations non gouvernementales internationales ou nationales et l'ensemble des mécanismes nationaux de prévention de la torture et autres peines et traitements inhumains ou dégradants (MNP) n'ont manqué ni de la faire ni de la rendre publique.

Pour ces raisons, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, MNP français, a décidé, dès le premier jour de la crise, de poursuivre son activité de veille, d'analyse et d'influence en dépit des contraintes que le confinement faisait peser sur sa capacité d'action.

On trouvera dans les pages qui suivent un compte-rendu de l'activité du CGLPL au cours de la période. Il présente les mesures prises pour poursuivre son activité (Chapitre 1), le cadre international de la protection des droits fondamentaux des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie de coronavirus (Chapitre 2) ainsi qu'une analyse de la situation de chacune des catégories de lieux de privation de liberté français durant la période allant du 17 mars au 2 juin 2020 (Chapitres 3 à 6).

1. CONTINUITE DE L'ACTIVITE DU CGLPL

1.1 LE CGLPL S'EST ORGANISE POUR POURSUIVRE SA MISSION

Dès l'annonce du confinement général le 17 mars 2020, il a été demandé au personnel du CGLPL de se placer en télétravail. L'organisation de cette mesure n'a pas soulevé de difficulté particulière dans la mesure où le télétravail fait partie des modalités d'organisation habituelles de l'institution :

- les contrôleurs chargés des visites disposent tous de moyens de travail en mobilité ;
- les contrôleurs qui travaillent normalement au siège de l'institution étaient déjà équipés d'ordinateurs portables ou ont pu l'être rapidement ;
- dans ses procédures habituelles, le CGLPL ne fait usage de papier qu'à titre marginal et dans un souci de confort ; l'ensemble des procédures est dématérialisé ;
- le système d'information est accessible en tout lieu grâce à une liaison sécurisée.

Les opérations, notamment celles qui concourent à la mission principale de l'institution, la rédaction et l'envoi des rapports de visite et la réponse aux saisines, ont pu se poursuivre. Les échanges de courriers avec les institutions de l'État, notamment avec les ministres, ont été réalisés par voie dématérialisée, l'envoi des originaux sur papier devenant secondaire et souvent tardif en raison de la réduction des services postaux.

Seules deux séries de mesures ont exigé la présence périodique d'agents au siège de l'institution : la relève et l'envoi du courrier postal, rendue indispensable en raison de l'absence d'accès des personnes privées de liberté à internet, et les opérations comptables qui ne peuvent être traitées que sur le réseau informatique de l'État.

Ces modalités de travail se sont poursuivies jusqu'à la fin de la première phase du déconfinement, le 2 juin. Des mesures progressives de retour au travail sur site ont ensuite été adoptées.

1.2 LES CONTROLES A DISTANCE ONT ETE COMPLETES PAR DES VISITES SUR PLACE EN CAS D'URGENCE ET EN FIN DE PERIODE

Le confinement est intervenu le mardi 17 mars, alors que les missions de contrôle d'établissements du mois venaient de prendre fin. Il a eu pour effet d'interdire les missions d'avril, puis celles de mai. Les missions n'ont pu reprendre en juin que sur un « mode dégradé ».

Dès le 17 mars, les ministres de la justice, de la santé et de l'intérieur ont été informés de la suspension des visites ainsi que de l'intention de l'institution de « *poursuivre, à distance, ses activités de contrôle du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, susceptibles d'être mis à l'épreuve à l'occasion de cette crise.* » A ce titre, il leur était demandé de tenir le CGLPL informé des mesures prises pour la prévention des contaminations et la gestion de la crise, ainsi que de l'évolution de la pandémie au sein des lieux de privation de liberté. Il était par ailleurs précisé aux ministres que le CGLPL se réservait le droit de se rendre dans les lieux de privation de liberté en cas de nécessité, ce qu'il a par la suite fait à trois reprises.

Trois modalités de contacts entre le CGLPL et les lieux de privation de liberté ont dès lors été établies :

1. pendant toute la période, des programmes mensuels d'entretiens téléphoniques ont été mis en œuvre. Il s'est agi d'organiser des échanges entre, d'une part, des membres du CGLPL, et d'autre part, les directions et les services médicaux des prisons, des établissements de santé mentale, des centres de rétention administrative et zones d'attente et des centres éducatifs fermés. Ces entretiens se sont déroulés, de mars à juin, sur le fondement d'un questionnaire-type commun aux quatre catégories de lieux de privation de liberté, adapté à la marge chaque mois pour tenir compte de l'évolution de la pandémie et des directives gouvernementales². Une procédure particulière, permettant d'authentifier l'identité des contrôleurs, a été mise en place. Selon cette procédure, dont les ministres avaient été préalablement informés, le CGLPL a pu suivre la situation de soixante et onze établissements répartis de la manière suivante :

	Prisons	Etablissements de santé mentale	CRA et ZA	CEF
Mars	4	9	4	2
Avril	9	9	4	4
Mai	10	10	2	4
Total	23	28	10	10

2. de manière exceptionnelle, des établissements ont été visités en avril et en mai par la Contrôleure générale elle-même, accompagnée de contrôleurs, tous équipés des protections nécessaires. Ainsi que cela avait été annoncé aux ministres, ces visites portaient sur des situations particulièrement urgentes sur lesquelles l'attention du CGLPL avait été appelée par des saisines. La visite de deux centres de rétention administrative a donné lieu à une interpellation du ministre de l'intérieur par une lettre immédiatement rendue publique³ ; celle de l'établissement de santé mentale, où les constats effectués appelaient une position de principe, a conduit la Contrôleure générale à adresser des recommandations en urgence au ministre des solidarités et de la santé⁴ ;
3. en juin, des visites sur place ont pu reprendre. Elles ont également été limitées au contrôle du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté au regard de la crise sanitaire et se sont déroulées sur la base d'une grille de contrôle très proche de celle utilisée lors des entretiens téléphoniques, complétée de questions relatives au déconfinement. Il s'agissait, conformément aux méthodes habituelles du CGLPL, d'apprécier dans leur réalité les conditions de fonctionnement telles que relatées par téléphone et de recueillir directement des témoignages des personnes privées de liberté et des acteurs de terrain. La liste des organismes visités incluait à la

² On trouvera ce questionnaire, tel qu'il a été utilisé en dernier lieu, en [annexe 1](#).

³ Lettre du 20 avril 2020 (cf. chap. 5)

⁴ *Journal officiel* du 19 juin (cf. chap. 4)

fois des établissements pour lesquels des entretiens téléphoniques avaient eu lieu et d'autres où ce n'était pas le cas. Cinq établissements pénitentiaires, autant d'établissements de santé mentale, deux centres de rétention administrative, une zone d'attente et un centre éducatif fermé ont ainsi été visités, portant à quatorze le nombre de ces visites réalisées simultanément.

Les chapitres 3 à 6 du présent rapport rendent compte, par catégorie de lieux de privation de liberté, des constats effectués selon ces trois méthodes.

1.3 LES SAISINES ONT ETE TRAITEES SELON DES MODALITES ADAPTEES

Pendant la toute première phase du confinement, la réception et l'envoi du courrier sur papier ont été impossibles et les urgences n'ont pu être traitées que pour les saisines par courrier électronique ou par téléphone. En effet, l'interruption des services postaux et la difficulté de gestion des opérations matérielles ont, dans un premier temps, limité les échanges avec les personnes privées de liberté à l'accueil téléphonique (essentiellement utilisé par les personnes détenues), qui n'a jamais été interrompu. De même, les saisines habituellement effectuées par courrier électronique (proches des personnes privées de liberté, associations, avocats et autres professionnels) ont pu être traitées en permanence.

En pratique, la difficulté essentielle résidait dans la possibilité de signaler les cas urgents aux services chargés de la prise en charge des personnes privées de liberté. Pour ceux qui relevaient de l'administration pénitentiaire, une procédure d'échange dématérialisée et centralisée (avec le cabinet du directeur de l'administration pénitentiaire) a été mise en place. Pour ceux qui relevaient d'autres services, notamment des unités sanitaires, les procédures habituelles de signalement n'ont été réactivées qu'après l'annonce de la prolongation du confinement. Ces échanges n'étaient bien entendu pas des enquêtes au sens où celles-ci sont habituellement réalisées par le CGLPL, mais de simples signalements.

Après l'annonce de la prolongation du confinement, un circuit de traitement du courrier adapté aux contraintes sanitaires a été mis en place. Le courrier a pu être relevé et envoyé une fois par semaine par des contrôleurs volontaires et en mesure de se rendre au siège de l'institution sans utiliser les transports en commun. En outre, le circuit interne de validation des courriers a été dématérialisé, ce qui a permis un travail en continu pour une expédition hebdomadaire des réponses aux saisines. Cette procédure s'est poursuivie jusqu'à la fin de la phase de confinement ; elle a été prolongée par un retour progressif à la normale, achevé le 22 juin.

Les saisines écrites ou téléphoniques reçues étaient pour l'essentiel liées aux préoccupations des personnes privées de liberté au regard de la crise sanitaire et de ses conséquences. On citera principalement celles qui résultent :

- de l'interruption du fonctionnement de la justice : retards initiaux dans les libérations anticipées et les demandes d'aménagement de peine, difficultés d'accès aux avocats ou au SPIP, etc. ;
- de la protection contre l'épidémie : crainte d'être infecté par le personnel pénitentiaire ou médical, non pourvu de masque en début de période et qui ensuite le portait de façon aléatoire, craintes relatives à l'égalité de traitement en cas d'admission à l'hôpital, quatorzaine de confinement sanitaire dans le quartier des arrivants ou les unités *ad hoc*, absence de désinfectant pour l'entretien des cellules, etc. ;

- de l'interruption des relations avec les proches : arrêt des parloirs et des visites, interruption de l'entretien du linge par les familles, etc. ;
- de l'interruption des activités : arrêt des ateliers, interrogations relatives au chômage partiel, arrêt de l'école et des activités, arrêt des activités thérapeutiques de groupe, etc.

1.4 LA VEILLE REGLEMENTAIRE A PERMIS EN CONTINU UNE ANALYSE CRITIQUE DES DISPOSITIONS GOUVERNEMENTALES

A compter du 13 mars 2020, de nombreuses mesures légales, réglementaires et de gestion ont été prises par les autorités pour faire face à la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19. Par ailleurs, des associations et professionnels ont à plusieurs reprises saisi le Conseil d'État afin d'obtenir que certaines de ces dispositions soient annulées et que des mesures de gestion soient imposées au Gouvernement.

Informé au fur et à mesure de leur publication, le CGLPL n'a pas manqué de développer autour de ces normes et de cette jurisprudence une analyse critique destinée, d'une part, à nourrir ses contrôles et visites et, d'autre part, à faire connaître sa position au regard de leur impact sur les droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Aucune des dispositions adoptées pendant la crise n'ayant d'impact transversal sur les lieux de privation de liberté, on trouvera ces analyses dans les chapitres 3 à 6 du présent rapport.

1.5 LE CGLPL A ALERTE EN TEMPS REEL LES POUVOIRS PUBLICS COMME L'OPINION PUBLIQUE

1.5.1 Les interventions auprès du Gouvernement

Dès l'annonce du confinement par le président de la République, le CGLPL a pris attache avec les administrations qui exercent l'autorité ou la tutelle sur les lieux de privation de liberté (ministres de la justice, de l'intérieur et de la santé) afin d'être tenu régulièrement informé des mesures mises en place et de l'évolution de la situation. Cette démarche a notamment permis à l'institution d'être informée des mesures prises par les services du Gouvernement au fur et à mesure de leur adoption en ce qui concerne les établissements pénitentiaires et les centres éducatifs fermés. Le recueil de l'information a été moins aisé en ce qui concerne les centres de rétention administrative et les zones d'attente.

Les trois ministres compétents ont été alertés sur les risques qui, au vu de l'expérience du CGLPL, pesaient sur les personnes privées de liberté, soit parce qu'elles pouvaient être surexposées au risque sanitaire, soit parce que les mesures prises pour lutter contre la propagation du virus étaient susceptibles de porter atteinte à leurs droits fondamentaux. Les principales difficultés suivantes ont ainsi été soulevées.

1. La garde des sceaux⁵ a été alertée sur les conditions de détention dans les maisons d'arrêt les plus surpeuplées où la promiscuité accroît le risque de contagion pour des personnes qui sont soit placées en détention provisoire, soit condamnées à de courtes peines. Il lui a été demandé de prendre en urgence toutes les mesures nécessaires pour réduire la population pénale : limiter les entrées en détention et favoriser les sorties de prison. En réaction à la suppression des parloirs, il lui a été demandé de mettre en place des moyens de visioconférence et d'instaurer la gratuité du téléphone.

⁵ Lettre du 17 mars ([annexe 2](#))

2. Le ministre de l'intérieur⁶ a été alerté sur la promiscuité qui prévaut dans les centres de rétention administrative, sur l'absence totale d'information de la population retenue et de mesures sanitaires. Compte-tenu de la quasi-suppression des vols internationaux, il a été indiqué au ministre que les mesures de rétention administrative perdaient leur fondement juridique ; en conséquence, la fermeture provisoire des CRA lui a été demandée.
3. Le ministre des solidarités et de la santé⁷ a été sollicité afin que des mesures soient prises pour garantir la protection des patients et des soignants, pour assurer la continuité des soins psychiatriques en ambulatoire ou en milieu extra hospitalier, pour assurer la continuité du service en intra hospitalier et pour garantir aux patients de psychiatrie un accès aux soins somatiques identique à celui dont bénéficient tous les patients. Il lui a également été demandé de mettre en place tout moyen nécessaire pour qu'à défaut d'audiences foraines, les patients soient présentés devant le juge des libertés et de la détention au moins par visioconférence et continuent à bénéficier de l'assistance d'un avocat.

Par la suite, le Gouvernement a été interrogé au fil des visites du CGLPL et des saisines reçues : ces échanges sont retracés aux chapitres 3 à 6 du présent rapport.

1.5.2 Les interventions devant le Parlement

Les deux assemblées, qui ont mis en place en leur sein des organes ou des procédures de suivi et de contrôle de gestion de la crise, n'ont pas manqué de solliciter le CGLPL sur les sujets relevant de sa compétence.

Ainsi, la Contrôleure générale a été entendue à trois reprises par des parlementaires :

- le 15 avril, par la commission des lois de l'Assemblée nationale devant laquelle elle a notamment souligné l'incohérence consistant à n'examiner la possibilité de remettre en liberté que les détenus ayant un reliquat de peine de moins de deux mois alors que la loi⁸ a récemment prévu que les peines de prison inférieures à six mois soient remplacées par des mesures alternatives à l'incarcération. Elle a également souligné que la prolongation de plein droit des mandats de dépôt sans présentation à un magistrat constituait une atteinte aux principes généraux du droit qui n'est ni nécessaire ni proportionnée au regard de l'objectif qu'elle poursuit de lutte contre la pandémie ;
- le 17 avril, par M. Saïd Ahamada, député des Bouches-du-Rhône, dans le cadre d'une enquête sur la situation des personnes vulnérables au regard de la crise sanitaire ;
- le 24 avril, par Mme Nathalie Delattre et M. François-Noël Buffet, rapporteurs sur la thématique « prisons et autres lieux privés de liberté », dans le cadre de la mission sénatoriale de suivi de la loi d'urgence pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.

La Contrôleure générale a par ailleurs rappelé la position du CGLPL sur la surpopulation carcérale par un courrier adressé à chacun des membres de la commission des lois du Sénat, en réponse aux termes d'un rapport du 2 avril 2020 intitulé « *10 premiers jours de l'état d'urgence sanitaire : premiers constats et analyse des décrets et ordonnances (justice,*

⁶ Lettre du 17 mars ([Annexe 3](#))

⁷ Lettre du 27 mars ([Annexe 4](#))

⁸ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

intérieur, collectivités territoriales, fonction publique) ». La mission de suivi du projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 de la commission des lois du Sénat avait en effet indiqué que « si elle comprend que la surpopulation carcérale puisse favoriser la propagation du virus, la mission de suivi sera toutefois attentive à ce que la crise sanitaire ne soit pas utilisée comme un prétexte pour diminuer le nombre de personnes détenues dans un contexte où les efforts du Gouvernement pour augmenter le nombre de places de prison tardent à porter leurs fruits. »

Enfin, chaque membre des commissions des lois de l'Assemblée nationale et du Sénat a été destinataire en copie des courriers adressés aux ministres par la Contrôleure générale (cf. § 1.5.1 ci-dessus).

1.5.3 Les relations avec les professionnels

Outre les échanges avec les établissements (cf. § 1.2 ci-dessus), la Contrôleure générale et le secrétaire général du CGLPL ont maintenu, pendant toute la durée de la crise, des relations étroites avec les autorités sanitaires et les représentants des établissements de santé mentale ou des familles des patients. Ainsi des points réguliers ont-ils été faits avec :

- le délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie ;
- le président de la conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- le président de l'association des établissements du service public de santé mentale (AdESM) ;
- la présidente de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Ces échanges ont à la fois permis d'informer le CGLPL sur la gestion de la crise, de recueillir les préoccupations des acteurs et de les informer des constats du CGLPL.

Enfin, des échanges informels ont eu lieu tout au long de la période avec les associations intervenant auprès des personnes privées de liberté ou avec celles qui se sont donné pour objet de défendre leurs droits.

1.5.4 Les interventions publiques

Le CGLPL a craint dès le début de la crise que les personnes privées de liberté soient les oubliées du confinement car elles ne seraient pas la priorité des mesures de protection, verraient leurs relations familiales et amicales se distendre et perdraient l'accès aux professionnels qui les prennent en charge.

Dès lors, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, conjointement avec le Défenseur des droits et le président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, a souhaité alerter l'opinion par la publication d'une tribune commune⁹ intitulée « *Pour la sauvegarde des droits fondamentaux pendant la crise sanitaire* ». Il s'agissait de souligner, dès le début de cette crise, la nécessité que des mesures urgentes soient prises pour répondre à la nature exceptionnelle du risque sanitaire pour les personnes enfermées, isolées, qui vivent à la rue ou ont besoin d'aide sociale pour une partie de leurs besoins fondamentaux, qui sont les premières à subir une double peine si rien n'est fait pour les accompagner. L'encellulement individuel dans les prisons, la fermeture provisoire des centres de rétention

⁹ Tribune commune publiée dans *Le Monde* du 20 mars 2020.

et la suspension des placements en zone d'attente, l'octroi à bref délai aux établissements de santé et médico-sociaux de moyens adaptés pour remédier à des situations de grande détresse et la protection des personnes qui vivent dans la rue, en campements et en bidonvilles, étaient notamment recommandés pour que l'État mette en œuvre son devoir d'assistance afin d'assurer l'égalité de dignité de toutes et de tous.

Par la suite, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté n'a cessé d'être présente dans les médias pour témoigner de la situation des personnes privées de liberté et rappeler les mesures qu'elle préconise pour que leurs droits fondamentaux soient respectés. Elle a également rendu publics les principaux courriers adressés aux ministres.

2. COMPARAISONS INTERNATIONALES

2.1 LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES ONT ADRESSE DES RECOMMANDATIONS NOMBREUSES ET CONVERGENTES AUX ÉTATS ET AUX MNP

Les institutions internationales, au niveau mondial ou régional et en particulier européen, sont nombreuses à avoir fait entendre leur voix afin de prodiguer des recommandations, rappeler l'application de certains standards pour prévenir les risques et limiter les atteintes aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Les Nations Unies l'ont fait au travers de nombreux communiqués et déclarations de leurs agences, à commencer par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le 15 mars, l'OMS a publié une orientation provisoire sur la préparation, la prévention et le contrôle du Covid-19 dans les prisons et les autres lieux de détention. Quelques jours plus tard, l'OMS et le Haut-commissariat aux droits de l'homme ont communiqué ensemble des directives provisoires concernant la maladie et les personnes privées de liberté.

Le Haut-commissaire a, de plus, fait part de sa solidarité avec les États et a indiqué continuer à exercer son mandat, notamment en conseillant des réponses nationales stratégiques ou en se focalisant sur des sujets tels que le soutien aux groupes et personnes vulnérables, le soutien à la participation, l'inclusion et l'accès à l'information, l'engagement sur l'impact économique et social de la crise, et le soutien du système des Nations Unies par l'intégration des droits de l'homme. Il s'est également adressé aux institutions nationales des droits de l'homme, rappelant les principes devant être mis en œuvre pendant la crise, comme la non-discrimination ou la proportionnalité des mesures d'urgence.

Fin mars, le sous-comité des Nations Unies pour la prévention de la torture (SPT) a publié un « *Avis aux États parties et aux mécanismes nationaux de prévention concernant la pandémie due au coronavirus* » dans lequel il a adressé ses recommandations aux acteurs concernés. Certaines s'appliquent à tous les lieux privés de liberté, comme par exemple faciliter l'accès à l'air libre, maintenir des liens familiaux et l'accès à des mécanismes de plainte, et d'autres à certains lieux en particulier : réduire la population carcérale, réexaminer les cas de détention provisoire pour évaluer leur stricte nécessité, revoir l'utilisation des centres de rétention administrative et faire diminuer leur population autant que possible, etc.

S'agissant de la mise en œuvre du mandat des MNP, le SPT a mis en avant le principe « *ne pas nuire* », tout en les encourageant à poursuivre leur activité autant que possible. Le déploiement de moyens de communication électronique avec les personnes privées de liberté, le suivi de la mise en place de nouveaux lieux de détention, le renforcement des liens avec les proches des personnes détenues ou la société civile, la communication sur les actions des MNP, sont autant de propositions qui leur ont été faites. Enfin, le SPT insiste sur le fait que la crise sanitaire ne saurait justifier le refus des autorités de se soumettre aux visites des MNP.

Plus tardivement, en mai 2020, une déclaration conjointe a été rendue publique par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'OMS, l'ONUSIDA et le Haut-commissariat aux droits de l'homme sur le Covid-19 dans les prisons et autres lieux fermés. La baisse de la surpopulation carcérale, la sécurité, la santé et la dignité des personnes privées de liberté, sont les thèmes mis en avant par ces agences.

La détention des enfants a fait l'objet d'une déclaration de la directrice générale de l'Unicef le 13 avril, insistant sur leur vulnérabilité et appelant à leur libération. L'agence onusienne a par ailleurs publié une note technique à destination des autorités ayant à leur charge des enfants privés de liberté. Cette note conseille aux États d'instaurer un moratoire concernant les

enfants devant être incarcérés, de libérer ceux qui peuvent l'être de manière sécurisée et de protéger la santé et le bien-être de ceux qui doivent demeurer en détention.

S'agissant de la détention des migrants, le réseau des Nations Unies sur les migrations (composé d'agences onusiennes et d'organisations non gouvernementales - ONG) a formulé des conseils aux États dans un document intitulé « *Covid-19 et détention des immigrants : que peuvent faire les gouvernements et les autres parties prenantes ?* ». Ce document comprend à la fois des recommandations telles que ne pas procéder à de nouvelles détentions de migrants ou mettre en place des alternatives à la détention, ainsi que des bonnes pratiques étatiques et des déclarations d'organisations internationales.

Au niveau européen, les organes du Conseil de l'Europe se sont montrés actifs, en formulant des recommandations générales ou portant sur des sujets spécifiques touchant à la privation de liberté. A titre d'exemple, la Secrétaire générale a publié une déclaration intitulée « *Les droits de l'homme sont plus importants que jamais en temps de crise* », tandis que la Commissaire aux droits de l'homme se concentrait sur la question des établissements de santé de longue durée, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), très durement touchés pendant la crise.

Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a quant à lui publié une déclaration de principes relative au traitement des personnes privées de liberté. Ainsi, « *tout en reconnaissant l'impératif évident de prendre des mesures déterminées pour lutter contre la Covid-19, le CPT doit rappeler à tous les acteurs le caractère absolu de l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants. Les mesures de protection ne doivent jamais aboutir à un traitement inhumain ou dégradant des personnes privées de leur liberté* ». Il a ensuite énoncé dix principes relatifs au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, applicables dans tous types d'établissements, et rappelé que son action, de même que le contrôle indépendant effectué par les MNP, « *rest[ent] une garantie essentielle contre les mauvais traitements* ».

La Commission européenne a quant à elle publié des recommandations destinées aux États membres en avril 2020, concernant les règles relatives à l'asile et au retour, et à la réinstallation dans le cadre de la pandémie, visant à encourager une réponse coordonnée.

Bien qu'explicable, cette prolifération de textes ne pouvait rendre aisée leur assimilation, au surplus dans un contexte de crise. Des acteurs internationaux ou régionaux ont sollicité les MNP pour qu'ils expliquent la façon dont ils continuaient à mettre en œuvre leur mandat, ce qui a pu constituer une très lourde charge, en particulier pour ceux d'entre eux qui ont des capacités restreintes.

Ainsi, la Contrôleure générale a participé à un séminaire en ligne organisé par le CPT le 20 mai et le secrétaire général a fait de même avec le SPT le 17 juin.

2.2 LA CONTINUITÉ DU MANDAT DES MÉCANISMES NATIONAUX DE PRÉVENTION EN EUROPE A ÉTÉ ASSURÉE PAR DES MOYENS COMPARABLES À CEUX UTILISÉS PAR LE CGLPL

Les mécanismes nationaux de prévention (MNP) ont rapidement annoncé suspendre leurs visites, parfois avec un délai déterminé (par exemple jusqu'à fin juin 2020 pour le MNP suédois), le plus souvent sans préciser la durée de cette suspension. Ces décisions ont été prises en application du principe « *ne pas nuire* », considérant que les visites dans les lieux de privation de liberté pouvaient présenter un risque accru de contagion pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Certains MNP ont poursuivi leur activité de contrôle à distance, généralement grâce à des contacts téléphoniques ou des contacts avec des acteurs de la société civile.

Plusieurs MNP ou *Ombudsmans* ayant qualité de MNP ont saisi les autorités, afin de leur faire part de leurs préoccupations concernant le respect de certains droits. En particulier, l'accès à l'air libre et le maintien des liens familiaux ont fait l'objet de recommandations de la part des MNP estonien (en Estonie, l'accès à l'air libre a été supprimé), au titre de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) qui prohibe la torture et les traitements inhumains ou dégradants. Fin mars, le MNP grec a adressé une lettre aux ministères concernés afin de leur faire part de ses recommandations visant la réduction du risque de propagation du virus pour chaque type de lieu de privation de liberté.

En Norvège, le MNP a entrepris de cartographier les mesures spéciales mises en place pour empêcher la propagation du coronavirus aux personnes privées de liberté. Des réunions téléphoniques ont été conduites avec des membres du comité consultatif, des organisations de la société civile travaillant sur les droits des personnes handicapées et les droits des détenus. Des réunions téléphoniques ont également été organisées avec les services compétents de la direction norvégienne de la santé, l'administration pénitentiaire et la gestion d'un centre de rétention administrative. Des informations écrites sur les conséquences de la pandémie de Covid-19 pour les personnes privées de liberté ont été demandées aux ministères de la santé, de la justice et de la sécurité publique. Des entretiens ont eu lieu avec les autorités sanitaires municipales sur la situation des personnes vivant dans des logements municipaux ou recevant des services de soins à domicile, soupçonnant que les mesures visant à réduire la propagation du coronavirus dans ces lieux avaient entraîné un isolement illégal ou disproportionné.

Le MNP italien s'est montré particulièrement actif en décidant de poursuivre des visites, dont quatre dans des prisons et une dans le centre de rétention administrative de Rome. Des contrôles ciblés ont également été effectués dans deux prisons à la suite du signalement de mauvais traitements infligés en réponse aux protestations menées pendant la crise. Une autre situation critique a nécessité l'intervention du MNP : dans une prison, plusieurs centaines de personnes détenues étaient empêchées d'accéder aux cours de promenade et restaient en cellule toute la journée. Le MNP est intervenu en précisant que cette situation pourrait conduire à une possible violation de l'article 3 de la CEDH si elle n'était pas correctement et rapidement traitée.

Les MNP allemand, espagnol et suédois ont mené des visites virtuelles en envoyant des questionnaires aux directions des lieux de privation de liberté ainsi qu'aux personnes privées de liberté, et ont mené des entretiens téléphoniques et en vidéoconférence avec le personnel pénitentiaire, médical ou des représentants des personnes détenues (en Allemagne). En Espagne, des entretiens vidéo avec les détenus ont été organisés à l'aide des téléphones portables fournis par le Secrétariat général des établissements pénitentiaires. En Suède, 70 % des personnes détenues interrogées dans les six prisons destinataires du questionnaire y ont répondu.

Après avoir effectué une analyse des risques et acheté l'équipement de protection individuelle nécessaire, le Commissaire aux droits fondamentaux hongrois agissant en tant que MNP a également effectué des visites thématiques axées sur les mesures de protection contre le Covid-19 et leur impact sur les droits des personnes privées de liberté. Depuis fin avril, le MNP a visité deux établissements pénitentiaires, deux unités accueillant des mineurs, ainsi que le

siège de la police d'un district dans le but d'inspecter le travail quotidien des policiers chargés du contrôle du respect des « quarantaines à domicile ». Au cours de la visite, des entretiens ont été réalisés par téléphone avec deux personnes placées sous ce régime en raison de la pandémie.

Le MNP géorgien a mis au point une méthodologie de surveillance des lieux de quarantaine obligatoire, notamment fondée sur les conseils du SPT. Elle se penche sur les motifs d'utilisation de la quarantaine et les garanties fondamentales qui l'encadrent, les conditions de quarantaine, les soins en quarantaine et traite des groupes vulnérables tels que les mères et les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées, les étrangers, les minorités sexuelles, ethniques et linguistiques et les personnes souffrant d'addiction. Les entretiens sont menés à distance par différents moyens de communication électronique. Quant aux informations complémentaires, y compris les données statistiques, elles sont collectées au moyen de la correspondance écrite fournie par les autorités nationales.

Le MNP britannique a publié le 20 avril des lignes directrices encadrant la reprise des visites d'établissements pénitentiaires. Des visites plus courtes et plus ciblées sont envisagées, encadrées par un protocole strict s'agissant des mesures de protection à mettre en place. Il s'est par ailleurs exprimé publiquement sur la situation dans les établissements pénitentiaires, déplorant le peu de libérations prononcées, contrairement aux annonces faites par le Gouvernement.

Le CGLPL a régulièrement partagé son expérience avec ses homologues, au cours d'échanges informels et formels. Il a notamment été amené à exposer son action lors d'un séminaire organisé par le MNP argentin intitulé « *Quelles solutions pour les prisons dans le contexte de pandémie mondiale ?* », aux côtés de Juan Mendez, ancien rapporteur spécial des Nations Unies contre la torture, et Adolfo Pérez Esquivel, prix Nobel de la paix.

Enfin, les organisations internationales, et les États étrangers ont pris des mesures relatives à chacune des catégories de lieux de privation de liberté. Elles seront présentées dans les chapitres 3 à 6 du présent rapport.

3. LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

3.1 LES DISPOSITIONS NATIONALES, RESTRICTIVES DES DROITS, ONT PARFOIS ETE OPPORTUNEMENT COMPENSEES PAR DES INITIATIVES LOCALES

Le ministère de la justice a diffusé dès le 27 février 2020 ses directives visant à limiter la propagation du virus dans les établissements pénitentiaires et à garantir la continuité du service public. Certaines de ces mesures ont été portées devant les juridictions administratives et judiciaires.

3.1.1 L'ordonnance du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale

Cette ordonnance, qui tend à adapter la procédure pénale aux contraintes nées de la pandémie, suspend les délais de prescription de l'action publique et d'exécution des peines à compter du 12 mars 2020. Elle assouplit les règles de procédure pénale applicables aux personnes gardées à vue, détenues à titre provisoire ou assignées à résidence. Elle permet à un avocat d'assister à distance une personne gardée à vue grâce à un moyen de télécommunication. Elle prolonge les délais maximaux de placement en détention provisoire et d'assignation à résidence durant l'instruction et pour l'audiencement. Elle allonge les délais de traitement des demandes de mise en liberté des personnes détenues à titre provisoire. Enfin, elle assouplit les conditions de fin de peine, en prévoyant notamment des possibilités de libération anticipée pour les personnes condamnées à moins de cinq années d'emprisonnement auxquelles il reste au plus deux mois à effectuer ; des réductions de peine supplémentaires exceptionnelles allant jusqu'à deux mois ; la possibilité pour le juge de l'application des peines de convertir en travail d'intérêt général le reliquat de six mois ou moins d'une peine d'emprisonnement.

Depuis l'annonce de ces mesures, la Contrôleure générale n'a eu de cesse de répéter qu'elles demeureraient insuffisantes au regard des objectifs à atteindre. Il aurait fallu fixer le seuil d'emprisonnement restant à subir à six mois et non deux. Un tel choix eut été cohérent avec le seuil retenu par la loi de programmation pour la justice¹⁰ qui incite à prévoir systématiquement des mesures alternatives à l'incarcération pour toute les peines inférieures ou égales à six mois.

Une circulaire¹¹ a donné l'interprétation, par la Chancellerie, de l'article 16 de l'ordonnance qui dispose que toutes les détentions provisoires peuvent être prolongées automatiquement sans débat devant le juge dès lors que la détention est encore légalement susceptible d'être prolongée. Dans une ordonnance du 3 avril 2020¹², le Conseil d'État précise, au sujet de ce texte, qu'il « *présente les dispositions adoptées par l'ordonnance du 25 mars 2020, en explicite la portée et expose les conséquences qui découlent nécessairement de la prolongation exceptionnelle des délais de détention provisoire telle que voulue par l'ordonnance dans le contexte très particulier des circonstances liées à l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour lutter contre la propagation de cette maladie. Eu égard à son contenu et à sa portée, [la*

¹⁰ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

¹¹ Circulaire du 26 mars 2020 de présentation des dispositions du titre I de l'ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période. NOR : JUSC2008608C.

¹² Conseil d'Etat, 3 avril 2020, n° 439877.

circulaire] *ne peut être regardée comme portant une atteinte manifestement illégale à une liberté fondamentale* ». En revanche, la Cour de cassation, qui a également été conduite à se prononcer sur ce point, a jugé par deux arrêts du 26 mai 2020 que la prolongation des délais de détention provisoire telle que prévue à l'article 16 de l'ordonnance n'était conforme à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qu'à la condition qu'un juge judiciaire examine à bref délai, s'il ne l'a pas déjà fait, la nécessité de maintenir la mesure de détention. En outre, la Cour renvoie au Conseil constitutionnel deux questions prioritaires de constitutionnalité relatives à la conformité de l'article 11 de la loi d'habilitation de l'ordonnance, qui peut être interprété comme prévoyant une prolongation des mesures de détention sans intervention d'un juge, à l'article 66 de la Constitution.

Un projet d'ordonnance rectificative a été préparé par la Chancellerie, puis abandonné. La loi prolongeant l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet 2020, adoptée le 9 mai, a mis fin au dispositif des prolongations de plein droit des mesures de détention provisoire à compter du 11 mai.

3.1.2 Organisation et concertation

Les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) ont assuré la diffusion des directives de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), qu'il s'agisse de notes destinées au personnel ou de documents intitulés « *Le savez-vous ?* » à l'attention des personnes détenues. Cette transmission s'est accompagnée, en moyenne deux fois par semaine, d'échanges en visioconférence organisées par les DISP, associant l'ensemble des chefs d'établissement pénitentiaire de leurs territoires respectifs.

Les responsables des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ont également obtenu des informations de leurs centres hospitaliers (CH) de rattachement et de Santé publique France¹³. Les USMP se sont ainsi appuyées sur les notes et recommandations locales, régionales et nationales.

Des réunions de crise quotidiennes associant tous les services dont l'USMP ont été mises en place dans un grand nombre d'établissements. Certains chefs d'établissement ont communiqué largement les notes de la DAP afin de se concerter sur les mesures à prendre.

Pour informer les personnes détenues, la plupart des directions a rédigé des notes, affichées en détention voire, pour certaines, distribuées dans les cellules. Certaines directions ont organisé conjointement avec l'USMP des groupes de parole destinés aux personnes détenues dans l'objectif de les informer sur la crise sanitaire et sur les moyens de protection à leur disposition. Dans les établissements contrôlés, il a été indiqué que l'encadrement s'était montré davantage présent et disponible, notamment au retour de promenade, dans le même objectif de répondre aux questions des personnes détenues.

Toutefois, le besoin d'être informé était tel que certains ont témoigné d'un manque : « *nous n'avons aucun communiqué. Seule la télévision nous informe, mais on parle très peu des détenus*¹⁴ ».

La communication et la concertation ont été des outils déterminants pour les établissements qui s'en sont emparés. Cela inclut le respect du droit à l'information des personnes détenues, *a fortiori* dans les situations de crise.

¹³ Santé publique France : organisme épidémiologique rattaché au ministère des solidarités et de la santé.

¹⁴ Propos d'une personne détenue extraits des 200 saisines reçues par le CGLPL entre la fin mars et le 20 mai 2020, relatives aux établissements pénitentiaires et en lien avec l'épidémie de Covid-19.

3.1.3 Mesures gouvernementales et décisions juridictionnelles

a) Mesures de gestion

Entre le 27 février et le 2 juin 2020, treize notes de la DAP se sont succédé ou sont venues compléter les mesures prises précédemment en fonction de l'évolution de l'épidémie et des annonces gouvernementales¹⁵. On peut distinguer trois phases : les précautions à prendre au début du phénomène épidémique, la gestion de l'épidémie proprement dite et l'organisation du déconfinement.

La vie des personnes en détention a été particulièrement marquée par la suspension des visites et des activités et par un accès aux masques insatisfaisant.

i) La gestion des masques

Dans un premier temps, seuls les agents et les auxiliaires en contact direct et prolongé avec les personnes détenues symptomatiques devaient porter des masques, mais ces masques n'ont pas pu être distribués aux établissements qui ont appliqué la consigne au moyen des stocks existants quand ils en avaient. Leur généralisation à l'ensemble du personnel pénitentiaire en contact avec les personnes détenues n'a débuté qu'à compter du 28 mars. La note du 6 mai 2020 a généralisé l'obligation du port du masque de protection à tous les agents pénitentiaires ainsi qu'aux partenaires ou intervenants pénétrant dans un établissement pénitentiaire.

Chacun se voit fournir des masques par son administration ou son organisme de rattachement. Ce principe de répartition a pu entraîner des dissensions entre les services ou avec les avocats dans certains des établissements contrôlés.

Il n'a jamais été prévu de dotation généralisée de masques pour les personnes détenues et interdiction leur a été faite de s'en procurer par d'autres moyens ou d'en porter. Dans un établissement contrôlé, il a été constaté que les masques envoyés par les familles étaient remisés au vestiaire. *A contrario*, ailleurs, les personnes détenues d'un bâtiment dans lequel quelques cas de Covid-19 avaient été détectés ont toutes été dotées de masques par l'administration pénitentiaire. A cette exception près, les masques ne devaient être portés que par les auxiliaires dans l'exercice de leurs tâches, par l'ensemble des personnes détenues lors d'une audience ou d'un parloir. En établissement, un certain nombre d'incohérences ont

¹⁵ Note du 27 février 2020 : Mesures de précautions dans le cadre de l'épidémie de covid-19. Note du 3 mars 2020 : Mesures pour la limitation des risques de propagation du covid-19 au stade 2 de l'épidémie, et la continuité de fonctionnement des services. Note du 13 mars 2020 : Mesures complémentaires pour assurer la continuité du service au stade 2 de covid-19. Note du 15 mars 2020 : Mesures renforcées pour assurer la continuité du service au stade 3 de l'épidémie de covid-19. Note du 16 mars 2020 (annule et remplace la note du 15 mars 2020) : Mesures pour assurer la continuité du service au stade 3 de l'épidémie de covid-19. Note du 17 mars 2020 : Mesures prises pour tirer les conséquences des restrictions de mouvements et regroupements sur le territoire national jusqu'au 31 mars 2020. Note du 17 mars 2020 : Mesures applicables dans les services pénitentiaires d'insertion et de probation pour assurer la continuité du service au stade 3 de l'épidémie de covid-19. Note du 30 mars 2020 : Epidémie de covid-19 - prolongation des mesures prises pour tirer les conséquences des restrictions de mouvements et regroupements sur le territoire national jusqu'au 24 mai 2020. Note du 31 mars 2020 : Mesures de protections sanitaires dans les contacts entre personnels pénitentiaires et population pénale. Note du 6 avril 2020 : Modalités d'exercice du droit des détenus de communiquer avec leurs avocats ou mandataires durant l'état d'urgence. Note du 9 avril 2020 : Prévention des incidents en détention durant la crise sanitaire. Note du 6 mai 2020 : Déconfinement et reprise progressive de l'activité dans les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Note du 2 juin 2020 : Deuxième phase du déconfinement du 2 au 22 juin dans les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

pu être relevées, les personnes détenues portant un masque lors d'une audience avec le CGLPL mais pas lors d'une audience avec l'officier de bâtiment.

La disponibilité en cantine n'a pas non plus été envisagée, même dans les premiers temps du déconfinement. Comme l'a souligné une association de professionnels de santé dans un courrier au CGLPL : *« il s'agit ici d'un déni fait aux personnes détenues de se protéger tandis que des recommandations sont faites à la population de porter des masques. Ce port devenant obligatoire en situation de promiscuité comme dans les transports en commun. Les cours de promenade, le travail en atelier, la reprise des formations professionnelles, les cours scolaires (...) ne représentent-ils pas des situations de promiscuité ? »*.

Les consignes relatives au port du masque ont entraîné des inégalités de traitement.

ii) La suspension des activités socioculturelles, du culte, du travail, de la formation professionnelle, du sport, de l'enseignement

La note du 17 mars 2020 a entraîné la suspension de l'ensemble des activités à l'exception de certaines pratiques sportives et des postes de travail du service général.

Cette suspension généralisée peut être questionnée. Au-delà des activités sportives qui ont perduré à l'extérieur ou dans les gymnases lorsque la structure était adaptée, les activités individuelles auraient pu perdurer en respectant les gestes barrières.

Un établissement a mis en place, par le biais de son canal interne, des *quizz* culturels et des cours de sport afin d'occuper les personnes en cellule ; d'autres activités auraient pu être maintenues ou créées par le biais de l'utilisation des nouvelles technologies.

L'interruption des activités socioculturelles, de travail, de formation professionnelle, d'enseignement, sportives et culturelles, fondamentales, ne peut être que temporaire et doit être impérativement compensée. Il est regrettable que l'administration pénitentiaire n'ait pas davantage encouragé, recueilli et diffusé les pratiques alternatives mises en place localement.

iii) La privation des droits de visite pour les proches

Par la même note du 17 mars, la DAP a justifié la suspension des parloirs familiaux par les restrictions de mouvements et regroupements sur le territoire national.

A compter de la fin mars, un crédit téléphonique mensuel a été versé à chaque personne détenue¹⁶. Un système de messagerie a également permis aux proches de leur communiquer des nouvelles. Néanmoins, aucune autre mesure n'a été prise au niveau national pour faciliter le maintien du lien avec l'extérieur. Dans un établissement contrôlé, les familles pouvaient adresser sur une adresse électronique un message personnel avec pièces jointes, imprimé quotidiennement et distribué tel un courrier.

Le CGLPL regrette que l'accès à des systèmes de visioconférence ou la distribution de *smartphones* n'aient pas été mis en œuvre, alors que d'autres pays européens l'ont fait.

¹⁶ Un premier versement de 20 euros a eu lieu le 23 mars 2020. Les suivants étaient d'un montant de 40 euros.

b) *La jurisprudence*

i) *La jurisprudence administrative en matière de protection des personnes détenues*

Par une ordonnance du 8 avril 2020¹⁷, le Conseil d'État a rejeté une requête en référé tendant à l'adoption de mesures sanitaires renforcées pour protéger les personnes détenues et à élargir les possibilités de libérations anticipées.

Des associations et des syndicats professionnels, d'avocats et de magistrats, ont saisi le juge des référés du Conseil d'État afin qu'il soit enjoint au gouvernement de prendre des mesures sanitaires supplémentaires pour assurer la protection des personnes détenues et de procéder à la remise en liberté de certaines d'entre elles afin de limiter la surpopulation carcérale.

Le Conseil d'État a constaté que des consignes sanitaires avaient été adressées aux établissements, lesquels devaient s'assurer du respect des gestes barrières et procéder régulièrement au nettoyage des locaux. Le juge a également relevé que des mesures avaient été prises afin de réduire les contacts avec l'extérieur et limiter les mouvements au sein des établissements, tandis que les personnes présentant des symptômes du Covid-19 faisaient l'objet d'un confinement sanitaire. En outre, à la demande du juge des référés, l'administration a défini à l'issue de l'audience la conduite à tenir afin que les personnes présentant des symptômes du Covid-19 soient détectées dans les meilleurs délais.

Dans son ordonnance, le Conseil d'État a ainsi souligné qu'il revenait aux chefs d'établissement de faire respecter les protocoles sanitaires et qu'il ne pouvait pas ordonner la distribution de masques et le dépistage de l'ensemble des personnes détenues au vu des stocks disponibles. Le Conseil d'État juge également qu'il n'a pas compétence pour accroître la portée des dispositifs de libérations anticipées, une telle mesure relevant du domaine de la loi.

Par une ordonnance du 7 mai 2020¹⁸, le Conseil d'État enjoint à l'administration de distribuer des masques aux personnes détenues au centre pénitentiaire de Ducos (Martinique) en contact avec l'extérieur, mais rejette la demande tendant à ce que l'établissement prévoit des campagnes de dépistages ciblés.

Saisi par l'Ordre des avocats du barreau de la Martinique et une vingtaine de personnes détenues au centre pénitentiaire de Ducos, le juge des référés du tribunal administratif de la Martinique a enjoint par une ordonnance du 4 avril 2020 à l'administration de distribuer des masques aux personnes détenues du centre pénitentiaire de Ducos lorsqu'elles sont en contact avec d'autres personnes détenues ou si elles sont employées comme auxiliaires au sein de l'établissement. Le juge a également enjoint l'établissement pénitentiaire d'acquérir une quantité suffisante de tests de dépistage du Covid-19 afin d'être en mesure de réaliser des dépistages ciblés. Le centre pénitentiaire de Ducos et le ministère de la justice ont fait appel de cette décision devant le Conseil d'État, demandant l'annulation de l'ordonnance du tribunal administratif.

¹⁷ Conseil d'Etat, 8 avril 2020, n° 439827.

¹⁸ Conseil d'Etat, 7 mai 2020, n° 440151.

Le Conseil d'État a enjoint à l'administration de distribuer des masques à toute personne détenue au centre pénitentiaire de Ducos en contact avec l'extérieur, notamment lors des parloirs avec les avocats, des commissions de discipline ou encore des entretiens avec les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. Le Conseil d'État a cependant annulé la décision du tribunal administratif en ce qu'elle imposait à l'administration de distribuer des masques plus largement à toute personne détenue en contact avec d'autres personnes détenues, le juge estimant que les mesures mises en place en détention sont suffisantes et adaptées, notamment à la suite de la décision de l'établissement de doter l'ensemble des auxiliaires de masques et de gants.

Le Conseil d'État précise ensuite que le personnel des établissements pénitentiaires et les personnes détenues sont prioritaires pour bénéficier d'un dépistage lorsqu'ils présentent des symptômes du Covid-19 ; toute personne qui présente des symptômes fait l'objet d'un dépistage et lorsqu'une personne incarcérée au sein de l'établissement est testée positive, elle fait l'objet d'une mesure de confinement sanitaire. Le CE juge dès lors qu'il n'est pas nécessaire d'enjoindre à l'administration de se doter de tests de dépistage et annule l'ordonnance du tribunal administratif également sur ce point.

ii) La jurisprudence administrative en matière de protection du personnel des établissements pénitentiaires

Par une ordonnance du 8 avril 2020¹⁹, le Conseil d'État a rejeté une requête introduite par un syndicat d'agents pénitentiaires qui demandait des mesures de protection accrues pour les personnes travaillant dans les établissements pénitentiaires.

Le syndicat Force ouvrière a saisi le Conseil d'État en référé afin qu'il soit enjoint à l'administration de distribuer des masques FFP2 ou s'en rapprochant, des gants et du gel hydroalcoolique à l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires, de suspendre le régime de détention de portes ouvertes qui consiste à ne fermer à clef les portes des cellules que le soir et la nuit, et enfin d'édicter des mesures garantissant le respect des gestes barrières et de la distanciation physique lors des promenades.

Le Conseil d'État a relevé que le ministère de la justice avait décidé de fournir des masques chirurgicaux à l'ensemble des agents en contact direct et prolongé avec les personnes détenues et que l'administration s'était engagée à l'audience à fournir également des gants à usage unique et du gel hydroalcoolique à ces agents. Le juge a ensuite estimé que le maintien du régime portes ouvertes dans les établissements où il est en place et du régime de promenade mis en place dans les établissements depuis le début de l'épidémie était de nature à éviter les tensions et les risques de trouble au sein des établissements. Le juge a donc rejeté les demandes introduites par le syndicat pénitentiaire, estimant les mesures prises par l'administration adaptées à la situation.

iii) La jurisprudence administrative en matière de protection des avocats

Par une ordonnance du 20 avril 2020²⁰, le Conseil d'État a rejeté les requêtes de l'ordre des avocats au barreau de Marseille (Bouches-du-Rhône) et de l'ordre des avocats au barreau de Paris demandant au juge des référés d'enjoindre au gouvernement de fournir aux avocats des masques de protection et du gel hydroalcoolique dans le cadre de l'exercice de leur mission.

¹⁹ Conseil d'Etat, 8 avril 2020, n° 439821.

²⁰ Conseil d'Etat, 20 avril 2020, n° 439983.

Le Conseil d'État a rappelé que des dispositions avaient été prises afin d'adapter les règles de fonctionnement des juridictions au contexte d'épidémie de Covid-19 (fermeture des juridictions pour les contentieux non urgents, tenue possible d'audience à distance ou à huis clos, renforcement des prestations de nettoyage, etc.). Le juge a également souligné que l'État, constatant l'insuffisance des stocks de masques de protection, avait décidé de distribuer prioritairement les masques disponibles aux professionnels de santé, tout en important massivement des masques.

Le Conseil d'État a également ajouté qu'« il appartient à l'État d'assurer le bon fonctionnement des services publics dont il a la charge. Il doit, à ce titre, dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, veiller au respect des règles d'hygiène et de distance minimale entre les personnes afin d'éviter toute contamination. Cependant, face à un contexte de pénurie persistante à ce jour des masques disponibles, il lui appartient d'en doter d'abord ses agents, à l'égard desquels il a, en sa qualité d'employeur, une obligation spécifique de prévention et de sécurité. »

Cependant, le juge des référés a estimé qu'au regard des mesures déjà adoptées par l'État, des stocks limités dont dispose l'administration et de la compétence du juge des référés dont l'office se limite aux mesures susceptibles d'être prises à brefs délais, il ne pouvait enjoindre à l'administration de distribuer des masques et du gel aux avocats. Le Conseil d'État a donc rejeté la requête des barreaux marseillais et parisiens.

Par une ordonnance du 29 avril 2020²¹, le tribunal administratif de Toulouse (Haute-Garonne) a ordonné à la direction de la maison d'arrêt de Toulouse-Seysse de dispenser les avocats des personnes détenues au sein de l'établissement de produire des attestations sur l'honneur relatives à leur état de santé lorsqu'ils se rendent au parloir.

La direction de la maison d'arrêt de Seysses entendait subordonner l'accès de l'avocat d'une personne détenue à l'établissement, dans le cadre d'une audience disciplinaire prévue le 30 avril 2020, à la production par le défenseur d'une attestation sur l'honneur, orale ou écrite, qu'il n'était pas porteur d'un des symptômes du Covid-19 et qu'il n'avait pas été en contact avec une personne symptomatique.

Le juge des libertés du tribunal administratif de Toulouse a jugé « qu'il appartient aux chefs d'établissements pénitentiaires, responsables de la sécurité et du bon ordre au sein de ceux-ci, de prendre, en vue de sauvegarder la santé du personnel et des personnes détenues, toutes dispositions de nature à prévenir les effets de l'épidémie de Covid-19. Ces mesures, qui peuvent limiter l'exercice des droits et libertés fondamentaux, doivent, dans cette mesure, être nécessaires, adaptées et proportionnées à l'objectif de sauvegarde de la santé publique qu'elles poursuivent. L'interdiction d'accès à l'établissement pénitentiaire, ou la mise d'un terme à cet accès, à l'encontre d'un avocat qui ne respecterait pas les mesures d'hygiène, dites gestes barrières, ou qui présenterait des symptômes manifestes du Covid-19 apparaît à cet égard une mesure nécessaire, adaptée et proportionnée à l'objectif de sauvegarde de la santé au sein de l'établissement qu'il incombe au chef d'établissement de poursuivre. Le chef d'établissement ne saurait en revanche, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des personnes détenues à l'assistance d'un avocat, subordonner l'accès à l'établissement pénitentiaire d'un avocat non porteur des symptômes manifestes du Covid-19 à la justification par cet avocat de son état de

²¹ Tribunal administratif de Toulouse, 29 avril 2020, n° 2001989

santé, voire à l'attestation par ledit avocat d'éléments relatifs à son état de santé ou à l'état de santé des personnes avec lesquelles il a pu être en contact. »

Le juge des référés du tribunal administratif enjoint donc à l'établissement pénitentiaire de dispenser l'avocate d'attester sur l'honneur qu'elle ne présente pas les symptômes du Covid-19 et qu'elle n'a pas été en contact avec des personnes présentant de tels symptômes.

3.2 L'ABSENCE DE PROPAGATION DU VIRUS EN PRISON NE DOIT PAS FAIRE OUBLIER LES ATTEINTES IMPORTANTES AUX DROITS DES PERSONNES DETENUES PENDANT LA PERIODE

On trouvera ci-après la synthèse des constats effectués par le CGLPL à l'occasion des entretiens téléphoniques organisés pendant le confinement et des visites qui ont immédiatement suivi le déconfinement dans les établissements pénitentiaires²².

3.2.1 Impact de la pandémie pour les personnes privées de liberté

a) Evolution des effectifs et modes d'hébergement

La situation a été très différente dans les établissements pour peines et les maisons d'arrêt qui connaissent un fort taux de suroccupation.

Dans les premiers, la plupart des personnes détenues sont seules en cellule, ce qui limite les risques de contamination. Par ailleurs, elles sont souvent incarcérées pour des peines longues ; dès lors, les mesures prévues par l'ordonnance du 25 mars 2020 relatives aux réductions de peine supplémentaires liées aux circonstances exceptionnelles ont eu peu de conséquences pour elles.

En revanche, ces mesures ont eu un effet important dans les maisons d'arrêt. La baisse des effectifs qu'elles ont connue, environ 13 500 personnes détenues de moins qu'au début de la crise²³, s'explique par la politique volontariste de certains parquets et juges de l'application des peines (JAP) pour faire bénéficier les personnes condamnées d'un octroi au moins partiel de remises de peine et de l'aménagement de leur peine.

Cette diminution du nombre des personnes détenues dans les maisons d'arrêt ou quartiers maison d'arrêt, constatée dans tous les établissements contrôlés, a été limitée par l'allongement automatique des délais maximaux de détention provisoire en matière correctionnelle comme criminelle et par l'éviction des auteurs de certaines catégories d'infraction, dispositions prévues par l'ordonnance du 25 mars. Elle résulte aussi d'une baisse de l'activité pénale qui a eu pour conséquence un « *fort tarissement des entrées* », selon les propos du directeur de l'administration pénitentiaire. Ainsi le nombre d'écrous par jour a fortement baissé, à 80 en moyenne contre 215 avant la mi-mars.

²² Entretiens de mars : CP Liancourt (Oise) ; CP La Santé (Paris) ; CP Nouméa (Nouvelle-Calédonie) ; EPM Lavour (Tarn). Entretiens d'avril : CP Condé-sur-Sarthe (Orne) ; MA Fleury-Mérogis (Essonne) ; MA Osny (Val-d'Oise) ; CP Marseille (Bouches-du-Rhône) ; MA Mulhouse (Haut-Rhin) ; MA Villepinte (Seine-Saint-Denis) ; MA Nice (Alpes-Maritimes) ; MA Coutances (Manche) ; MA Lyon Corbas (Rhône). Entretiens de mai : MC Ensisheim (Haut-Rhin) ; MA Strasbourg (Bas-Rhin) ; MA Lille-Sequedin (Nord) ; MA Bois-d'Arcy (Yvelines) ; MAF Versailles (Yvelines) ; CP Orléans-Saran (Loiret) ; MA Villeneuve-lès-Maguelone (Hérault) ; MA Gradignan (Gironde) ; CP Ducos (Martinique) ; MA Seysses (Haute-Garonne). Visites de juin : MA Nîmes (Gard) ; MA Strasbourg (Bas-Rhin) ; CP Orléans-Saran (Loiret) ; MA Bois-d'Arcy (Yvelines) ; CD Caen (Calvados).

²³ Au 15 mars 2020, le nombre de personnes détenues était de 72 505 pour n'être au 19 mai que de 59 013 (Source : DAP).

Mais certains établissements ont continué de connaître durant cette période une situation de suroccupation, allant jusqu'à des matelas au sol. Cette situation induit, *de facto*, l'impossibilité de respecter les gestes barrières en cellule et accroît les craintes tant des personnes détenues que de leurs proches : « *au sein du centre pénitentiaire [...], les détenus sont confinés à trois dans des cellules de 9 m² et parfois plus ; leur sécurité n'est plus assurée dans ces conditions car la contamination est rapide, virulente, et le rapprochement des individus y contribue ; malgré cela, les détenus n'ont aucun moyen à leur disposition afin de se protéger un tant soit peu de la contamination* »²⁴.

b) Nombre de cas de Covid-19 chez les personnes privées de liberté

Au 22 mai, 121 cas de Covid-19²⁵ étaient dénombrés parmi les personnes détenues, comprenant à la fois les cas symptomatiques et les cas confirmés, et une personne était décédée. Le nombre de personnes détenues hospitalisées pour ce motif a été faible, d'après les informations recueillies par le CGLPL auprès des établissements contrôlés.

Conformément aux instructions données par le ministère des solidarités et de la santé, les USMP ont été amenées à identifier les personnes détenues particulièrement vulnérables au risque de contracter des formes graves du Covid-19. La liste de ces personnes a été partagée avec l'administration pénitentiaire dans des conditions très différentes selon les établissements, plus ou moins respectueuses du secret médical.

Le plus souvent, les détentions comme les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont été associés à ce travail, la volonté étant à la fois de surveiller davantage ces personnes détenues et de les sensibiliser plus particulièrement.

Sur cette base, la perspective d'un aménagement de peine de type suspension pour raison médicale a parfois fait l'objet d'une attention et d'une initiative plus fortes des services, particulièrement du SPIP, même si cela n'a pas toujours pu aboutir à une libération. Dans un établissement, a été rapportée la situation d'une personne détenue sans domicile fixe, incarcérée dans un état de santé dégradé, tant somatique que psychiatrique. Cette personne a finalement été confinée dans le service médico-psychologique régional (SMPR) de l'établissement.

Certains établissements ont procédé à des mesures de mise à l'écart forcée – dans un souci de protection qui n'est pas de nature à tout justifier – s'accompagnant parfois d'un changement de cellule et d'une modification des horaires d'accès à la promenade ou au téléphone. Cette stigmatisation a été très mal vécue par certaines personnes détenues.

3.2.2 Impact de la pandémie sur le personnel

a) Absentéisme et contaminations

Au 22 mai, 319 cas de Covid-19 étaient dénombrés parmi le personnel, comprenant à la fois les cas symptomatiques et les cas confirmés, et une personne était décédée.

Au début de la crise, comme un chef d'établissement l'a indiqué, l'absentéisme du personnel a été important possiblement par crainte d'être contaminé au travail et de contaminer sa famille, les agents constituant l'unique source potentielle de la contamination des personnes détenues une fois les parloirs interrompus. Ainsi, dans un établissement, plus de 27 % des

²⁴ Propos d'une personne détenue extraits des saisines reçues par le CGLPL.

²⁵ Statistique de la DAP.

agents étaient absents la même journée. La distanciation sociale a été parfois difficile à faire respecter lors des pauses et des temps d'appel en début de service. Certains chefs d'établissement ont parlé de psychose, de sidération concernant les agents. La direction d'un établissement a regretté l'absence des psychologues du personnel en cette période pour faire face aux angoisses. Seules des consultations téléphoniques occasionnelles ont été proposées dans quelques établissements contrôlés.

A partir de la troisième semaine de mars, un certain nombre d'agents, rassurés par les mesures mises en place, sont revenus travailler. Les directions ont multiplié les actions de communication, en participant notamment aux temps d'appel. Dans deux établissements contrôlés, le personnel soignant a mis en place des séances d'information pour les surveillants pénitentiaires, sur le virus et les moyens de s'en protéger.

Le dialogue social a lui-même été renforcé. Dans un établissement, le directeur adressait quotidiennement un message électronique aux organisations syndicales afin de dresser un état des lieux de la situation.

Dans le but de rassurer les agents, la direction d'un établissement a obtenu du préfet, fin mai, un dépistage global du personnel pénitentiaire et privé, soit 300 personnes.

Les CPIP ont suspendu leurs entretiens avec les personnes détenues sauf en cas d'urgence et, dans la plupart des cas, avec les arrivants. La préparation des aménagements de peine et des libérations anticipées a mobilisé la majeure partie de l'activité du SPIP durant cette période.

Concernant le personnel des USMP, bien que des soignants aient été arrêtés pour maladie, le fonctionnement de ces unités n'en a pas pâti.

Aux dires des chefs de service interrogés, les agents ont fait montre d'une grande responsabilité et d'une disponibilité sans faille durant cette période. Des agents en poste fixe se sont par exemple proposés pour travailler la nuit.

b) Stratégies ou organisations particulières des ressources humaines

L'organisation du travail a été marquée par la volonté de protéger les agents et de faire fonctionner le service. Le télétravail a été proposé aux agents, notamment administratifs, dès que cela était possible et plus spécifiquement à tous ceux présentant des facteurs de risques.

Les chefs d'établissements ont pu renforcer la présence du personnel de surveillance en détention en réaffectant les surveillants chargés de postes dont l'activité était suspendue (parloirs, ateliers, sport, etc.). Globalement, ils ont indiqué ne pas avoir manqué de personnel et ne pas avoir eu besoin de mettre en place des organisations de travail spécifiques. Seuls deux des établissements contrôlés ont indiqué avoir dû recevoir le renfort d'agents extérieurs orientés par la direction interrégionale.

3.2.3 Accès à la protection

a) Pour les personnes privées de liberté

La suspension de l'accès de l'ensemble des intervenants à compter du 16 mars puis des familles à partir du 18 mars, a certainement joué un rôle important dans la limitation de la propagation du virus au sein des établissements, à laquelle s'est ajouté le port du masque par les surveillants à partir du 28 mars.

Tous les établissements ont identifié, le plus souvent début mars mais parfois dès la seconde partie du mois de février, une zone de confinement où ont été positionnées les personnes détenues atteintes du Covid-19 ou en présentant les symptômes. Dans ces secteurs, dès que

possible, ont été distribués masques, gants, lunettes de protection à usage unique pour tous les agents en contact direct et prolongé avec les personnes détenues, elles-mêmes porteuses d'un masque. Ces zones étaient soit excentrées du reste de la détention, soit à proximité de l'USMP.

L'information sur les gestes barrières a été effectuée par l'affichage de notes et consignes, et par la distribution de tracts en cellule (élaborés par l'USMP parfois). Une information orale a aussi été diffusée. Souvent, cette communication a été menée de façon concertée entre les administrations pénitentiaire et de santé, parfois dans le cadre de l'article 29 de la loi pénitentiaire²⁶.

Très rares sont les établissements qui ont disposé à des endroits commodes, notamment dans les coursives, des flacons de gel hydroalcoolique à disposition de tous. Les établissements ont acheté, ou négocié avec le gestionnaire délégué, des produits de nettoyage supplémentaires ou des désinfectants pour les personnes détenues. Certains ont distribué gratuitement du savon.

Trois établissements ont indiqué avoir acheté des thermomètres à distance et avoir demandé au personnel pénitentiaire de faire des prises de température matin et soir en détention (ou, lors de la réouverture des parloirs, de prendre la température des familles ; si celle-ci était supérieure à la normale, le parloir était annulé).

Concernant les masques, aucune dotation générale n'ayant été prévue pour l'ensemble de la population pénale, les établissements ont distribué des masques chirurgicaux aux seuls auxiliaires (ceux chargés de la distribution du repas en portaient déjà dans la plupart des établissements).

Les USMP ont distribué des masques aux arrivants durant la période où ils étaient en quatorzaine, ainsi qu'aux personnes détenues qui se trouvaient en unité de confinement. Dans certaines USMP, un masque était remis aux personnes détenues amenées à se rendre à l'unité de soins. Dans une maison d'arrêt, en cas d'extraction médicale, des masques chirurgicaux étaient distribués aux personnes détenues.

A compter du 6 mai²⁷, la dotation en masques de protection a été élargie et l'administration pénitentiaire a pu en distribuer aux personnes détenues pour chaque entretien et extraction. Dans un établissement, pour un bâtiment touché par l'épidémie, l'administration pénitentiaire en a fourni à l'ensemble des personnes détenues.

b) Pour les professionnels et les partenaires extérieurs

A compter de la suspension des parloirs, la crainte des personnes détenues d'un risque de contamination s'est focalisée sur le personnel de l'administration pénitentiaire et des USMP. Dès la première phase de l'épidémie, les établissements contrôlés ont acheté du gel hydroalcoolique, des gants à usage unique et du papier essuie-tout. Une désinfection biquotidienne du matériel de communication, des clés (à chaque changement de service) et des points de contact (grilles, bouton d'appel, etc.) a été mise en place.

²⁶ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

²⁷ Note DAP du 6 mai 2020 relative au déconfinement et à la reprise progressive de l'activité dans les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Certaines USMP ont dû faire face, au début de l'épidémie particulièrement, à des tensions sur le matériel de protection : masques, charlottes, surblouses (dont certaines, jetables, ont été lavées puis réutilisées), gel.

Dans le même temps, l'absence de port du masque par le personnel pénitentiaire a exacerbé les craintes d'une contamination, fortement relayée par les médias. Les directives sur le port du masque manquaient de clarté et les dotations se sont révélées juste suffisantes pour en distribuer aux seuls agents qui étaient en contact direct et prolongé avec les personnes détenues. Il a été noté dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) que les surveillants avaient été équipés en masques et gants par l'hôpital. Certains établissements disposaient de petits stocks (notamment utilisés lorsqu'une personne détenue est atteinte de tuberculose), qu'ils ont utilisés.

Des témoignages ont fait état du non-respect, même après leur dotation en masques, du port des protections ou du respect des distanciations sociales par les agents pénitentiaires.

Certains gestes techniques ont été revus. Dans la plupart des établissements, il a été indiqué, conformément à la note de la DAP²⁸, une diminution du nombre des fouilles par palpation et des fouilles à corps. Lors d'une fouille par palpation, la personne détenue se positionne debout face à un mur, afin que la palpation soit effectuée par un agent se tenant derrière elle. Dans les deux cas, l'agent porte un masque et des gants de protection à usage unique.

Le recours aux fouilles a été très variable d'un établissement à un autre, un établissement ayant indiqué ne pas avoir modifié le nombre de fouilles réalisées et un autre les avoir totalement arrêtées y compris au sein de l'unité pour détenus violents.

3.2.4 Accès aux soins pour les personnes malades

a) Accès à l'information sur le risque sanitaire

Dans l'ensemble des établissements contrôlés, la majorité des personnes détenues a pu bénéficier d'une information sur le Covid-19, les risques sanitaires encourus, les mesures barrières à respecter et les modalités exceptionnelles d'organisation des soins lors des périodes de confinement puis de déconfinement.

Dans plus de la moitié de ces établissements, des prospectus, dont le contenu a été établi conjointement par l'établissement et l'USMP, ou simplement complétés ou actualisés par cette dernière, en principe dans plusieurs langues, ont été distribués aux personnes détenues. Des vidéos ont parfois été diffusées sur le canal interne, ainsi que des messages de prévention, leur conception résultant souvent d'un partenariat santé-justice.

Mais certains établissements se sont contentés de reprendre les affiches gouvernementales. Les numéros nationaux d'information ont été intégrés dans la liste des appels possibles depuis les cabines téléphoniques.

Le personnel soignant a souvent mis à profit le temps de distribution des médicaments dans les cellules pour relayer les messages de prévention et répondre aux questions des personnes détenues.

Les personnes détenues équipées d'un poste de télévision ont pu accéder aux informations télévisées. Le ministère avait décidé de leur gratuité pendant cette période afin de compenser

²⁸ Note du 9 avril 2020 relative à la prévention des incidents en détention durant la crise sanitaire.

la limitation des activités et des visites en détention. Certaines personnes qui n'en avaient pas précédemment n'ont toutefois pas réussi à obtenir un poste, faute de stock.

b) Mesures conservatoires et de prévention

Outre la création d'un secteur de confinement, dès le début de la crise, tous les établissements ont fait du quartier des arrivants un sas de quatorzaine pour les personnes nouvellement écrouées, afin de vérifier si elles étaient ou non atteintes du virus. A partir du moment où les USMP ont pu bénéficier de tests de dépistage, le temps de séjour a pu être adapté et réduit. Cette pratique a été constatée dans la plupart des pays européens.

Le personnel des USMP se déplaçait dans ces cellules afin de limiter la propagation du virus par la circulation des personnes détenues.

Les personnes détenues qui se savaient particulièrement vulnérables au virus du fait d'autres pathologies ont souvent opté pour un isolement strict et ont vécu dans la crainte d'une contamination du fait de l'impossibilité de s'en prévenir totalement, même en ne sortant plus de cellule.

Le personnel pénitentiaire a tenté de limiter les changements de cellule des personnes détenues, afin de réduire le risque de contamination entre elles.

Si de nombreux établissements ont scindé les promenades pour que moins de personnes s'y côtoient (néanmoins les gestes barrières ont semblé peu respectés dans les cours) et limité le regroupement lors des déplacements, tous ne l'ont pas fait.

Le port du masque généralisé pour les personnes détenues aurait pu compléter les mesures de prévention.

c) Accès au médecin généraliste

Les USMP ont appliqué le principe de l'équivalence des soins apportés à la population générale. Elles ont toutes revu la gestion des rendez-vous, la prise en charge des urgences et celles des patients porteurs de pathologies chroniques. Certaines équipes ont dû répondre aux demandes de renfort de certains hôpitaux de rattachement dans les villes et régions très touchées.

Dans la majorité des cas, les consultations étaient limitées aux urgences, au suivi des personnes détenues porteuses de maladies chroniques et des personnes identifiées comme fragiles et vulnérables. Dans les faits, la majorité des USMP a observé dès la mi-mars une diminution importante des demandes de consultation, les personnes détenues se retranchant dans leur cellule par crainte d'une contamination dans les locaux sanitaires. Les USMP ont, dans certains cas, mis en place des visites en cellule, notamment pour les patients qu'elles considéraient à risque. *A priori*, toute demande justifiée de consultation par un médecin généraliste a été honorée.

Cependant, les consultations de spécialités, sauf très rares exceptions concernant l'odontologie par exemple, ont été reportées.

De même, seules les extractions médicales relevant d'une urgence ont été organisées. Toute autre extraction médicale programmée a été annulée, ce qui a rendu l'accès aux soins plus difficile. Les atteintes à ce droit relevées en temps ordinaire, notamment dénoncées par le

CGLPL dans son avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé²⁹, se sont aggravées dans ces circonstances exceptionnelles.

Si cette offre réduite n'a suscité ni problème majeur ni revendication importante, à tout le moins dans l'immédiat, de nombreux témoignages reçus par le CGLPL se sont fait l'écho de ces difficultés : « *Je n'ai toujours pas eu de soins dentaires, ni dentier, pour manger depuis 28 mois* », « *pas de visite chez le cardiologue, en plus j'ai attrapé deux ulcères à la jambe droite* ». « *J'ai des soins tous les deux jours et un dermatologue est venu* ». « *Je dois passer un doppler à l'hôpital mais en ce moment, avec le coronavirus, ce n'est pas possible* »³⁰.

L'accès aux soins psychiatriques constitue également une préoccupation, tant pour les personnes détenues que pour les professionnels qui ont rencontré des difficultés pour obtenir l'hospitalisation ou la prise en charge dans des structures spécialisées de certains de leurs patients. Les contrôles réalisés montrent des différences d'approche des praticiens : dans la majorité des cas, une simple permanence a été mise en place et seules ont été maintenues les consultations « indispensables » ; plus rarement, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour ont maintenu leur activité en individuel. L'accès aux UHSA a été limité durant cette période. Ces prises en charge très variables n'obéissent *a priori* à aucune mesure définie par la profession ou par les agences régionales de santé (ARS).

Si certains professionnels avaient envisagé le développement de symptômes liés au manque de cannabis notamment en raison de l'arrêt des déplacements, leurs observations n'ont pas permis d'en attester : il n'y a eu ni syndrome de sevrage au cannabis, ni demande accrue d'anxiolytiques. Toutefois, une USMP a engagé dans la semaine du déconfinement un questionnaire sur la consommation de stupéfiants pendant le confinement.

La continuité des soins pour les sortants de prison a été très imparfaite. Du fait de sorties précipitées, ils ont été nombreux à quitter l'établissement sans être vus par l'USMP ou le SMPR, et sans leur traitement (hormis le traitement hebdomadaire).

Un bilan sanitaire des conséquences de la prise en charge réduite assurée au plus fort de la crise devra être établi.

3.2.5 Maintien des droits fondamentaux

a) Protection contre les violences

La grande majorité des établissements contrôlés a indiqué que le confinement avait été une période calme : il y a eu très peu d'incidents et de violence entre personnes détenues comme à l'égard du personnel. Les incidents collectifs qui ont eu lieu mi-mars lorsque la suspension des parloirs a été annoncée ont été rapidement réglés, notamment par les annonces de la garde des sceaux du 19 mars sur les mesures d'accompagnement de cette restriction (crédit téléphonique, aide financière pour les plus démunis, messagerie vocale, etc.). Un chef d'établissement a précisé que « *le dialogue était très fluide entre les personnes détenues et le personnel* » ; il pense que « *cela est dû au fait que tout le monde a le même intérêt, à savoir ne pas être infecté par le Covid-19* ». Néanmoins, le 6 mai, il rapportait la présence de six personnes détenues au quartier disciplinaire bien que seules les commissions de discipline faisant suite à une mesure de prévention aient été tenues. Un autre chef d'établissement a

²⁹ CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, *JORF* 16 juillet 2015.

³⁰ Propos de personnes détenues extraits des saisines reçues par le CGLPL.

témoigné d'une augmentation des projections, ce qui a entraîné une augmentation des « *petites bagarres* » entre personnes détenues.

b) Relations avec les proches

Dans le contexte d'interruption nationale des visites au parloir, le CGLPL a reçu de nombreux témoignages de personnes détenues et de leurs familles au sujet des difficultés rencontrées pour communiquer à distance, certaines parlant de « *confinement dans le confinement* ».

Les dysfonctionnements habituellement constatés par le CGLPL quant à l'accès au téléphone et aux modalités de communication vers l'extérieur en général (délais d'autorisation des correspondants par le magistrat instructeur, panne du matériel, absence de confidentialité des conversations, horaires d'accès aux cabines, difficultés de rechargement du compte téléphonique, défaut de distribution de nécessaires de correspondance, etc.) ont plus que jamais distendu les liens entre les personnes détenues et l'extérieur. Dans une maison d'arrêt, quatre-vingts personnes se partagent l'unique cabine téléphonique de leur étage, laquelle ne fonctionne « *qu'une fois sur deux* »³¹. La durée des communications est limitée : « *dix minutes maximum quand on peut y aller* », indique une femme détenue dans un centre pénitentiaire.

A cela s'est ajouté le délai important d'acheminement des courriers, déjà soumis à de nombreux aléas en détention : « *des dizaines de jours de retard* », déplore la conjointe d'une personne détenue.

Seules les personnes détenues qui bénéficient d'un combiné téléphonique en cellule disposent d'une solution plus satisfaisante de maintien du lien avec leurs proches³². La subvention téléphonique de 40 euros par mois versée par l'État pendant le confinement et la création d'une messagerie vocale ont permis d'atténuer légèrement la charge financière du téléphone sur les personnes détenues. Cette dernière demeure extrêmement onéreuse en période d'absence de revenu lié au travail, d'arrêt des parloirs, et dans un moment particulièrement anxiogène.

Seuls quelques établissements ou SPIP ont organisé la réception de courriels qu'ils imprimaient avant de les remettre aux personnes détenues. En Belgique, les personnes détenues ont pu avoir des visioconférences avec leur famille ; en Autriche, elles ont eu un accès élargi au téléphone et à Skype®, en Italie et au Royaume Uni des *smartphones* ont été mis à leur disposition.

L'interruption des visites a également rendu impossible l'entretien du linge des personnes détenues par leurs familles, sans toutefois s'accompagner d'un meilleur accès aux services de buanderie selon des personnes hébergées dans un établissement. Néanmoins, lors des contrôles effectués par le CGLPL, de nombreux établissements ont indiqué avoir investi dans des lave-linge et sèche-linge afin de pallier cette difficulté.

c) Activités et sorties

La restriction des mouvements des personnes détenues a également entraîné, dans certains établissements, la mise en œuvre du régime de détention le plus strict à l'ensemble de la population hébergée – le régime « porte fermée ». De nombreuses personnes détenues ont confié l'ennui supplémentaire qu'elles ont ressenti au cours de cette période, résultant de

³¹ Propos d'une personne détenue extraits des saisines reçues par le CGLPL.

³² CGLPL, Avis du 10 janvier 2011 relatif à l'usage du téléphone dans les lieux de privation de liberté, *JORF* du 23 janvier 2011.

l'interruption de la quasi-totalité des activités sportives, socioculturelles et d'enseignement en détention. Lorsque des activités sportives ont été maintenues en extérieur, leur nombre est resté insuffisant.

Les enseignants pouvaient adresser aux personnes détenues, sur support papier, des cours ou des travaux à réaliser mais cette solution est peu adaptée au public concerné. Dans les quartiers pour mineurs, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ayant souvent délégué les activités à des organismes extérieurs, peu d'activités ont pu être organisées.

Une personne détenue explique également avoir été privée tout au long de la période de son ordinateur, retenu avant le 17 mars pour contrôle de sécurité : « *mais mon ordinateur n'a pas encore été contrôlé car Coronavirus, il n'y a plus l'informaticien !* ».

Les travailleurs s'inquiètent des répercussions financières de l'interruption de la plupart des activités professionnelles : « *si des dispositions sont prises par le ministère concernant les indemnisations des détenus [...], pouvez-vous m'en informer ? Je vous rappelle que des détenus envoient de l'argent pour soutenir leur famille à l'extérieur et que nous payons également les parties civiles et que cela compte pour les divers aménagements de peine* »³³, explique une personne classée aux ateliers. Conformément à son avis relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires, le CGLPL recommande le versement d'une indemnité de chômage aux travailleurs³⁴.

Aucune permission de sortir n'a été accordée. De même, les personnes détenues placées en semi-liberté qui n'ont pas fait l'objet d'une libération en début de confinement ont dû rester dans le quartier de semi-liberté sans activité « *en cellule, porte fermée (...) se trouvant dans un système proche de l'incarcération sans aménagement* »³⁵.

Un établissement a indiqué avoir sollicité du JAP la modification de ses ordonnances afin que les personnes semi-libres soient confinées à l'établissement ou libérées et confinées chez elles. Cela a été refusé, le juge considérant que les semi-libres devaient prioritairement se soumettre aux dispositions nationales interdisant les sorties extérieures. Des personnes détenues ont continué à sortir ; deux ont eu les symptômes du Covid-19.

d) Transferts et prise en charge dans les quartiers spécifiques

La suspension de l'ensemble des transferts a eu des conséquences importantes pour les personnes détenues en attente d'un rapprochement familial ou d'un transfert en établissement pour peine.

Plusieurs personnes détenues se sont également inquiétées des conséquences des mesures de confinement sur la poursuite de leur stage au centre national d'évaluation, préalable indispensable à leur orientation en établissement pour peine ou à l'examen de certaines demandes d'aménagement de peine. Eu égard à l'interruption des interventions auprès des personnes détenues (intervenants extérieurs, CPIP, psychologues, binômes de soutien, etc.), le maintien des personnes dans des quartiers spécifiques (quartiers d'évaluation de la radicalisation, de prise en charge de la radicalisation, unités pour détenus violents, etc.) s'est trouvé dépourvu de sens, réduisant la mesure à une simple mise à l'écart, comparable à un régime d'isolement.

³³ Propos d'une personne détenue extraits des saisines reçues par le CGLPL.

³⁴ CGLPL, avis relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires, *JORF* du 9 février 2017

³⁵ Témoignage d'une association au sujet des personnes placées dans un centre de semi-liberté.

3.2.6 Droits de la défense et soutien des partenaires extérieurs

a) Accès à l'avocat et au juge

Dans la plupart des établissements, les magistrats ne sont plus venus. Les commissions d'application des peines, souvent dénommées « CAP-Covid », se sont tenues par visioconférence. Pire, pour un certain nombre d'établissements, elles n'ont pas pu se tenir car les magistrats étaient dans des conditions de télétravail ne le permettant pas. Les dossiers préparés par le SPIP (réduction de peine supplémentaire, réduction exceptionnelle de peine, libération sous contrainte, aménagement de peine, etc.) étaient transmis par mail aux magistrats puis les JAP rédigeaient les ordonnances de chez eux et les retransmettaient ensuite au greffe.

Les personnes détenues ont manqué d'information juridique sur les mesures permises par l'ordonnance du 25 mars 2020 et leur mise en œuvre. Les modalités de sortie anticipée des personnes condamnées ont suscité d'abondantes questions et de l'incompréhension chez les personnes concernées et leurs proches.

A l'inverse, le service d'application des peines d'un tribunal judiciaire a immédiatement adressé une note d'explication à la population pénale incarcérée dans son ressort³⁶. Dans un établissement, un fascicule du ministère de la justice a été distribué aux personnes détenues ; l'une d'elles a d'ailleurs alerté le CGLPL sur le caractère discriminant des critères d'octroi et d'exclusion automatique des réductions supplémentaires de peine exceptionnelles³⁷.

Le CGLPL a également été alerté sur l'examen des demandes de mise en liberté des personnes en détention provisoire qui, en l'absence de débat de prolongation devant le JLD, « *doivent attendre un délai entre six et huit semaines pour obtenir un débat devant les chambres de l'instruction où ils n'ont droit qu'à quelques secondes de parole* »³⁸.

A cela s'ajoutent les contraintes propres au fonctionnement restreint des SPIP, des greffes pénitentiaires, des points d'accès au droit (PAD) et à celles rencontrées par les avocats pour pénétrer dans les établissements. Plusieurs d'entre eux ont contesté l'obligation de se soumettre à une déclaration de non-contagion préalable à leur accès dans l'établissement, relevant du secret médical³⁹ « *et privant par là même les détenus de l'accès au droit* » mais, même dans les quelques établissements où ces mesures n'étaient pas mises en place, les avocats ne se sont généralement pas présentés, sauf exceptions. Dans un établissement contrôlé, une seule personne détenue a rencontré son avocat entre le 17 et le 31 mars, huit en avril, cinquante-six en mai et vingt-et-une entre le 1^{er} et le 6 juin 2020. Cette interruption

³⁶ Cette note du 18 mars 2020 rappelle les conditions particulières d'octroi des permissions de sortir et des mesures d'aménagement de peine au cours de cette période d'urgence, la mise en œuvre d'une étude systématique de l'ensemble des situations pénales individuelles et d'un examen « hors débat » de celles-ci.

³⁷ « *Des RSP, à hauteur de deux mois maximums peuvent être accordées sous conditions aux personnes détenues faisant preuve d'un comportement exceptionnel pendant la période de crise sanitaire* ». Trois cas d'exclusion sont prévus, ayant trait aux motifs d'incarcération, au passé disciplinaire et au respect des règles spécifiques à l'état d'urgence sanitaire. Ministère de la justice, « *En savoir plus. Covid-19 : nouvelles mesures d'application et d'exécution des peines* ».

³⁸ « (...) *compte tenu des cumuls de délais rallongés entre les demandes de mise en liberté formées auprès du juge d'instruction, la saisine du JLD et l'appel devant la chambre de l'instruction* ». Témoignage d'un avocat.

³⁹ Note DAP du 6 avril 2020 relative aux modalités d'exercice du droit des détenus de communiquer avec leurs avocats ou mandataires durant l'état d'urgence sanitaire.

a fait suite à un mouvement de grève des avocats de deux mois durant lesquels les personnes détenues n'avaient pas non plus été visitées par leur conseil.

La difficulté d'aménagement des parloirs avocats pour y permettre la distanciation physique constitue un obstacle supplémentaire. Des établissements ont aménagé un autre local, parfois de plus de 20 m². Mais dans deux établissements, « *une visite sécurisée demeure possible, en demandant au détenu de rester assis contre la porte du parloir* », explique un professionnel.

b) Traitement des demandes et requêtes

Les constats réalisés tendent à montrer que le traitement des demandes des personnes détenues n'a pas été amélioré pendant la période : bien que l'encadrement ait fait preuve d'une présence accrue en détention, certains services, n'assurant plus d'entretiens individuels, n'échangeaient que par écrit. Cette situation a entraîné, *de facto*, de plus grandes difficultés de compréhension, pour une population particulièrement touchée par l'illettrisme ou ayant des difficultés pour s'exprimer par écrit. Des solutions alternatives aux échanges écrits sur papier, en vue de contacter les différents services, auraient dû être mises en place.

c) Présences partenariales et culturelles

A compter du 16 mars, la DAP a ordonné la suspension des activités socioculturelles, des interventions des aumôniers ainsi que la venue des partenaires extérieurs. Par endroits, certaines activités avaient été suspendues avant cette date sur initiative d'intervenants craignant d'être infectés par le virus ou déjà malades.

Les aumôniers nationaux ont mis en place une permanence téléphonique dotée d'un numéro vert, répertorié dans le système de téléphonie. Un établissement contrôlé a indiqué avoir transmis le courrier destiné aux aumôniers qui le récupèrent habituellement lors de leur venue à l'établissement.

Les permanences d'accès au droit (PAD, délégué du Défenseur des droits (DDD), association d'aide juridique, etc.) ont été interrompues. L'accès aux bibliothèques a été suspendu. Dans un établissement contrôlé, le prêt de livres était possible sur requête.

Dans un établissement, il a été relevé une permanence téléphonique du délégué du DDD à compter du 23 avril. Dans un autre, ses courriers lui étaient transmis, ce qui lui permettait d'apporter des réponses écrites aux personnes concernées.

L'association nationale des visiteurs de prison a mis en place une permanence téléphonique nationale permettant de laisser un message à son visiteur.

3.2.7 Opinion des responsables de terrain sur les informations ou consignes nationales

Pour des responsables de structures situées dans les régions frappées en premier par la pandémie, les consignes de la DAP sont arrivées tardivement. Ces équipes ont indiqué avoir dû trouver seules, ou en collaboration avec l'USMP, les solutions pour éviter la propagation du virus. En région Grand Est, les services médicaux ont alerté les directions d'établissements, qui ont dû prendre plus rapidement des premières mesures de confinement. Ailleurs, deux établissements ont indiqué avoir pris les devants en s'appuyant sur le chef de leur USMP (ouverture d'un quartier de confinement avant toute demande de la DAP).

Un établissement a déploré avoir été submergé par les documents portant sur le confinement et le déconfinement ainsi que les téléconférences journalières avec la DISP ; certaines directives ont manqué de clarté (l'utilisation des masques à titre d'exemple).

D'autres chefs d'établissement ont indiqué que ce n'était pas le moment *ad hoc* pour avoir un avis et que l'administration organiserait des retours d'expérience par la suite. Néanmoins, globalement, ils se sont montrés satisfaits.

3.3 LE DECONFINEMENT, EN COURS, DOIT S'ACCOMPAGNER D'UNE REGULATION DE LA POPULATION CARCERALE ET D'UNE MODERNISATION DES SERVICES

3.3.1 Le déconfinement

a) Relations avec les proches

Lors de la réouverture des parloirs à compter du 11 mai, l'interdiction de circuler au-delà d'un périmètre de 100 kilomètres en vigueur en France a limité l'accès des familles à leurs proches incarcérés ; aucune disposition pour le permettre n'avait été prévue.

La disposition controversée d'attestation sur l'honneur de n'avoir pas de signe clinique du Covid-19 ni d'avoir été en contact étroit avec des personnes malades dans les deux semaines précédentes, abrogée pour les avocats fin avril, a été réintroduite pour les familles.

Les établissements n'ont pas tous organisé la distanciation sociale de la même façon dans les parloirs. Certains ont fait poser du plexiglas empêchant totalement les familles de se toucher, d'autres ont permis un contact des mains, d'autres encore ont pris l'initiative de ne tracer qu'une ligne symbolique dans le parloir afin que chacun respecte de lui-même la bonne distance. Cette dernière solution a bien fonctionné, selon les retours des établissements l'ayant mise en œuvre.

Les personnes détenues sont équipées de masques pour le parloir. Celles qui ne respectent pas les règles de distanciation physique sont placées en quatorzaine (cela a concerné trois personnes détenues dans un établissement contrôlé, quatre dans un autre).

La remise de linge par les familles n'a qu'inégalement repris à compter du 2 juin. Cette situation a continué à être particulièrement préjudiciable aux arrivants dépourvus d'effets personnels, ne disposant que de l'aide vestimentaire pénitentiaire composée, dans un établissement contrôlé, d'un seul slip et d'un tee-shirt.

Excepté dans un des établissements contrôlés, la demande de parloirs a décliné, du fait des contraintes imposées aux familles. La réservation par téléphone est décrite partout comme très laborieuse. La situation matérielle a été mal vécue par les personnes détenues (plexiglas, port du masque, nombre de visiteurs limité à un, etc.).

Les locaux d'accueil des familles restent trop souvent fermés en raison de l'absence des bénévoles ; ils ont parfois été ouverts par le personnel pénitentiaire pour abriter les visiteurs.

b) Activités et sorties

L'ensemble des activités (enseignement, travail, formation, activités socioculturelles, etc.) n'a repris que de façon très dégradée du fait de la distanciation et des contraintes architecturales. Les groupes doivent généralement être drastiquement réduits, ce qui diminue également le nombre d'heures accessibles à chaque personne détenue. Cela vaut tant pour le travail aux ateliers que pour l'enseignement dispensé par l'éducation nationale.

Les intervenants ont par ailleurs été soumis aux mêmes contraintes que les familles, notamment s'agissant de l'attestation sur l'honneur.

Si les aumôniers ont été autorisés à reprendre leurs entretiens individuels, les contraintes imposées à la reprise des célébrations sont telles qu'elles n'ont pas permis cette reprise dans

l'ensemble des lieux contrôlés, en contradiction avec la décision du Conseil d'État du 18 mai qui a levé l'interdiction générale et absolue de réunion dans les lieux de culte.

Les débats contradictoires et les commissions d'application des peines (CAP), à la date du 10 juin, continuaient à se tenir à distance ou par écrit, et les personnes détenues, lorsqu'elles comparaissent devant les juridictions de l'application des peines, ne le pouvaient que par visioconférence.

Si les permissions de sortir ont été rétablies, elles ont néanmoins été limitées par des critères supplémentaires et restrictifs⁴⁰ dérogatoires au droit commun.

c) L'accès aux soins

Depuis des consignes sanitaires du 19 mai, tous les arrivants sont soumis par l'USMP à un test de dépistage virologique au septième jour de leur arrivée, permettant aux personnes détenues négatives d'intégrer la détention ordinaire.

Les spécialistes n'ont pas tous repris leurs interventions au sein des USMP. Les ateliers thérapeutiques sont soumis aux mêmes contraintes que le reste des activités collectives en détention. L'offre de soins est encore réduite.

La note de la DAP du 6 mai⁴¹ a imposé un placement en confinement pendant quatorze jours pour les personnes détenues sortant en extraction vers une juridiction ou un hôpital, sans justification médicale et sans que les surveillants qui accompagnent ces sorties ne soient, eux, soumis au même confinement. De plus, dans une maison d'arrêt où l'encellulement est exclusivement collectif, si une personne détenue part en extraction, ce sont les deux autres occupants de la cellule qui sont aussi confinés au retour ; et si l'un des trois est à son tour extrait, le délai de confinement repart pour quatorze jours pour tous, et cela peut durer ainsi des mois.

En conséquence, des personnes détenues ont refusé d'être extraites, notamment à l'hôpital, afin de ne pas être placées en quatorzaine. Le personnel pénitentiaire, craignant également ces extractions à l'hôpital par peur d'être contaminé, pouvait lui-même encourager au refus. Une association de professionnels de santé s'en est émue dès le 11 mai dans un courrier au CGLPL. Le ministère des solidarités et de la santé a indiqué dans sa note du 19 mai adressée aux USMP que les personnes extraites ou hospitalisées « *ne doivent pas être soumises à un nouveau confinement pour des raisons sanitaires lors de leur retour en détention dès lors que le port du masque et le respect des autres mesures barrières ont été assurés durant le passage en milieu libre* »⁴². La note DAP du 2 juin a mis fin à l'obligation de quatorzaine au retour d'extractions médicales.

Des professionnels de santé ont signalé une augmentation, à partir de fin mai, du nombre de consultations à la suite de bagarres, alors que depuis le début du confinement, l'ambiance avait été calme.

⁴⁰ Extrait de la note DAP du 2 juin 2020 : « *Les avis que seront amenés à formuler les SPIP sur les demandes de permission de sortir doivent tenir compte en particulier de la situation en zone verte ou orange du lieu de la permission de sortir sollicitée ; seront notamment prioritaires les demandes liées à des événements majeurs notamment familiaux* ».

⁴¹ Note relative au déconfinement et à la reprise progressive de l'activité dans les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

⁴² Note intitulée « *Fiche établissements pénitentiaires - Organisation de la réponse sanitaire par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire avec les services pénitentiaires dans le contexte du déconfinement* ».

3.3.2 Les perspectives

a) Le maintien d'un taux d'occupation des établissements pénitentiaires inférieur à 100 %

Pour la première fois depuis plusieurs décennies, les prisons françaises ont connu un taux d'occupation global inférieur à 100 %. Le passage de cette barre symbolique ne doit pas occulter qu'il ne s'agit là que d'une moyenne, que le taux d'occupation des maisons d'arrêt reste supérieur à 110 % et que quelques-unes d'entre-elles connaissent même une densité d'environ 150 %, c'est-à-dire qu'elles accueillent encore trois personnes pour deux places. Le principe de l'encellulement individuel, que la loi impose depuis 1875, est encore loin d'être respecté. Néanmoins, le passage de cette barre symbolique démontre qu'il est possible de réduire la surpopulation pénale de manière efficace et rapide.

Dans un rapport publié en 2018, le CGLPL mettait en lumière les graves conséquences de la surpopulation carcérale qui ne se limitent pas au manque d'espace : un traitement indigne des personnes détenues, des conditions de travail inacceptables pour le personnel pénitentiaire, la montée de la violence et surtout la mise en échec des démarches tendant à préparer la réinsertion des personnes détenues en raison de la saturation de tous les services. Pour ces raisons, la France a récemment été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme qui lui a demandé d'adopter des mesures générales pour une résorption définitive de la surpopulation carcérale.

La situation dont bénéficie aujourd'hui notre pays est sans précédent. La lutte contre la pandémie a conduit à ramener la population carcérale à un niveau tel que les deux principaux obstacles qui jusqu'ici faisaient reculer les pouvoirs publics devant une politique ambitieuse d'encellulement individuel ont disparu : la difficulté de gérer une situation transitoire imposant la baisse massive et rapide du nombre des personnes détenues et les réticences supposées de l'opinion publique. La première a été surmontée sous la pression de l'urgence sanitaire, et il a été démontré, ce faisant, que les secondes n'existaient pas.

La méthode par laquelle un tel résultat a été atteint est également riche d'enseignements. C'est en effet en combinant plusieurs facteurs que l'on y est parvenu : une baisse du nombre des incarcérations liée au ralentissement de l'activité judiciaire et une augmentation du nombre des sorties de détention. Répondant à une impulsion gouvernementale, ces mesures prennent des formes diverses : aménagements de peines, libérations anticipées ou choix de peines alternatives à l'incarcération. Les acteurs judiciaires et pénitentiaires locaux se sont pleinement emparés de l'objectif de réduction de la surpopulation carcérale sur le fondement de directives gouvernementales pourtant peu ambitieuses, notamment en raison du choix de n'examiner que les situations des détenus dans les deux derniers mois de leur peine et non dans les six derniers mois, comme l'eût voulu la logique du volet « peines » de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice du 23 mars 2019.

Ainsi que le demandent l'ensemble des acteurs de la politique pénale, notamment des organisations représentatives ou associations de magistrats et de directeurs des services pénitentiaires, il convient maintenant de s'appuyer sur cet acquis pour empêcher tout retour à la situation antérieure.

Les instruments existants jusqu'ici ont montré leur incapacité à enrayer l'inflation carcérale. Ainsi que l'a souligné la CEDH, les dispositions sur l'encellulement individuel font l'objet de moratoires successifs qui leur ôtent toute crédibilité. Le volet « peines » de la loi de mars 2019, qui n'est que récemment entré en vigueur, ne sera pas susceptible de réduire le nombre des courtes peines. L'annonce d'une « régulation carcérale » qui a accompagné cette loi n'a été qu'un slogan sans force contraignante et sans outils. Une ambition et des outils nouveaux sont donc nécessaires.

Il faut en premier lieu compléter les mesures de politique pénale ébauchées par la loi de mars 2019 : favoriser le recours aux alternatives à l’incarcération et réajuster le périmètre de la peine d’emprisonnement en application du principe de nécessité des peines, en procédant notamment au remplacement des peines de prison encourues pour certaines infractions par d’autres peines, ainsi qu’en procédant à des mesures de dépenalisation. La création, fin 2019 d’une agence du TIG, devrait favoriser ces mesures.

Il est également nécessaire de s’interroger sur le sens des courtes peines d’emprisonnement qui ont le plus souvent pour effet de provoquer de réelles ruptures dans la vie d’une personne condamnée sans qu’elle puisse bénéficier d’une aide quelconque en prison en raison de la brièveté de son séjour. D’autres catégories de personnes devraient elles aussi relever prioritairement de mesures alternatives à l’incarcération : les personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes âgées et les personnes en fin de vie ou souffrant d’un handicap lourd.

Il convient en second lieu de réexaminer certaines dispositions du code de procédure pénale et certaines pratiques, en particulier de réduire la durée des instructions et les délais d’audience, afin d’éviter l’allongement inutile des détentions provisoires et de revoir la pratique liée la procédure de comparution immédiate, consistant à requérir et prononcer des peines d’emprisonnement assorties d’un mandat de dépôt.

S’agissant de la gestion de la population pénale, il convient de combiner des mesures ponctuelles, visant à consolider rapidement le mouvement très largement amorcé de réduction de la population carcérale et des mesures de long terme permettant de respecter durablement la capacité d’accueil des établissements pénitentiaires.

A court terme, il convient en premier lieu d’inscrire dans la loi l’interdiction générale d’héberger des personnes sans que celles-ci ne puissent disposer d’un lit, d’une chaise et d’une place personnelle à une table. Il est également nécessaire de poursuivre l’effort de déflation pour amener le niveau de la population pénale à la capacité réelle de chaque établissement pénitentiaire, singulièrement des maisons d’arrêt ; on ne doit pas pour cela s’interdire de recourir à des moyens exceptionnels tels que la grâce ou l’amnistie.

Pour le long terme, il est temps de mettre en place un dispositif législatif de régulation carcérale. La gestion de la crise du Covid-19 a montré que c’est par une action concertée et locale de l’autorité judiciaire et de l’administration pénitentiaire que l’on parvient à des résultats significatifs. Dans le passé, le CGLPL avait observé des « bonnes pratiques » locales, visant à résorber des situations de surpopulation. Elles consistent principalement à organiser des circuits d’aménagement de peine particulièrement efficaces, mais elles sont largement tributaires d’engagements individuels et fragiles à ce titre.

Il faut donc cesser de voir la surpopulation comme une problématique essentiellement pénitentiaire et impliquer le législateur et tous les acteurs de la chaîne pénale dans la maîtrise de ce phénomène en intensifiant les échanges d’informations sur les données locales disponibles et en créant des outils de pilotage adaptés. Des mécanismes de cette nature ont été proposés à plusieurs reprises. Evoquée dès 2000 dans le rapport « *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France* » de MM. les sénateurs Jean-Jacques Hyst et Guy-Pierre Cabanel, la régulation carcérale a été précisément décrite en 2014, dans le rapport « *Encellulement Individuel, Faire de la prison un outil de justice* » de M. le député Dominique Raimbourg, Parlementaire en mission auprès de la garde de sceaux, puis en dernier lieu, dans le rapport du CGLPL « *Les droits fondamentaux à l’épreuve de la surpopulation carcérale*⁴³ ».

Le CGLPL ne recommande pas un « *numerus clausus* » assorti de conséquences automatiques, que ce soit sur l’interdiction d’incarcérer ou sur l’obligation de libérer. Il demande en revanche qu’un mécanisme obligatoire de régulation carcérale soit défini par la loi, car l’année qui vient de

⁴³ Dalloz, 2018.

s'écouler a montré que les mesures purement incitatives sont sans portée. Il s'agit d'instituer dans chaque juridiction un examen périodique et fréquent (chaque semaine ou chaque quinzaine en fonction des conditions locales) des situations de la population pénale afin de gérer les incarcérations et les aménagements de peine de manière individualisée, mais en veillant à ce que le taux d'occupation d'un établissement ne dépasse jamais 100 %. Cette régulation devra s'appuyer sur une détermination réglementaire de la capacité des établissements pénitentiaires conforme aux recommandations du comité de prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe.

C'est avec un tel mécanisme que l'on pourra réorienter l'effort de la Nation vers la réinsertion et l'entretien du parc pénitentiaire, plutôt que vers une politique inefficace et dispendieuse de construction, sans cesse insuffisante, de nouvelles places et mettre fin à une fuite en avant carcérale que la France est aujourd'hui seule en Europe à poursuivre.

Pendant la crise sanitaire, le CGLPL n'a pas manqué d'adresser à la garde des sceaux des recommandations précises en la matière⁴⁴.

b) L'accès au numérique garant de l'accès aux droits

Le maintien des liens familiaux durant l'incarcération est une des pierres angulaires d'une réinsertion réussie⁴⁵.

La suppression des visites physiques au parloir durant le confinement aurait dû conduire au développement de nouveaux outils permettant aussi de favoriser le lien familial. Si les outils numériques ne remplacent pas le fait de passer du temps avec ses proches dans le cadre d'un parloir, d'un salon familial ou d'une unité de vie familiale, ils constituent un substitut à ces derniers en cas de crise majeure et présentent aussi l'avantage de la flexibilité et de la sécurité sanitaire pour les familles, en plus de la diminution du coût des visites. Il en est de même en ce qui concerne l'accès au culte, aux activités, à l'enseignement, au droit, etc.

L'ensemble des atteintes aux droits constatées pendant cette période de crise sanitaire a démontré le caractère indispensable du développement des outils numériques en détention à l'appui de l'ensemble des services. Comme l'a souligné le CGLPL dans son avis relatif à l'accès à internet dans les lieux de privation de liberté⁴⁶, « *l'accès à internet, la formation de la population enfermée à ses usages et son accompagnement dans son utilisation doivent être considérés comme prioritaires, afin de ne pas priver cette population de l'exercice effectif de ses droits* ».

⁴⁴ Courrier de la Contrôleure générale à la Garde des Sceaux du 5 mai 2020 ([Annexe 5](#)).

⁴⁵ CGLPL, Recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, n° 144.

⁴⁶ CGLPL, Avis relatif à l'accès à internet dans les lieux de privation de liberté, *JORF* du 6 février 2020.

4. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE

4.1 LES DROITS DES PATIENTS N'ONT PAS ETE LA PRIORITE D'UNE CRISE GEREE DE MANIERE DECONCENTREE AVEC UNE COORDINATION NATIONALE SOUPLE

4.1.1 Les acteurs de la santé mentale se sont mobilisés pour la prise en compte de leurs difficultés spécifiques

Conformément au plan blanc déclenché le 25 février 2020 et élargi à l'ensemble du territoire national le 13 mars, les activités des hôpitaux ont été réorganisées – celles non urgentes reportées – et les moyens logistiques et humains mobilisés pour la prise en charge des personnes atteintes du Covid-19. Le même jour, le ministre des solidarités et de la santé a annoncé la mise en place d'une stratégie de gestion et d'utilisation des masques de protection, « *prioritairement pour les professionnels de santé amenés à prendre en charge des patients Covid-19* ». A ce stade, les établissements spécialisés et les services de psychiatrie des hôpitaux généraux ne sont pas prioritaires pour disposer d'équipement de protection individuelle et aucune consigne nationale n'est donnée pour adapter l'activité hospitalière psychiatrique à la crise sanitaire.

Les établissements s'organisent dans l'urgence, *via* des cellules de crise interne – et en fonction d'indications particulières qui peuvent leur être données par leur agence régionale de santé (ARS) – afin d'assurer la permanence des soins intra et extra hospitaliers tout en protégeant la santé des professionnels et des patients contre les risques de contamination.

Les difficultés sont cependant nombreuses (absence d'équipements de protection, patients non alités, chambres et sanitaires communs, interruption de la vie communautaire, difficultés pour les patients de respecter les mesures barrières, accès aux soins somatiques parfois complexifié, etc.) et les professionnels de la psychiatrie, se considérant comme les « oubliés » des politiques publiques, font savoir leur besoin de disposer d'orientations institutionnelles pour les guider ou les conforter dans la mise en œuvre des réorganisations nécessaires⁴⁷.

Des réunions de concertation, réunissant les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, s'organisent de manière informelle. A partir du 18 mars, une cellule de crise dédiée « Covid-19 », issue du comité de pilotage psychiatrie et pilotée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec l'appui de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP), se met en place sous forme de conférences téléphoniques bihebdomadaires⁴⁸. Ses objectifs, rapidement fixés, sont d'assurer une remontée d'informations du terrain pour identifier des problématiques ou des difficultés spécifiques à la psychiatrie et d'aider les équipes à mettre en place des procédures générales de lutte contre le Covid-19 en proposant des éléments d'orientation spécifiques à la discipline.

⁴⁷ Dans un communiqué du 20 mars 2020, vingt-deux organisations et associations intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale indiquent que « *les directives nationales doivent veiller à intégrer les enjeux particuliers auxquels sont confrontés patients, proches et professionnels au regard des vulnérabilités propres aux troubles psychiques et qu'elles prennent en compte les fortes contraintes relatives à la maladie mentale et au handicap psychique* » et « *demandent une gouvernance de crise en phase avec les réalités de terrain de psychiatrie et ce de façon structurelle* ».

⁴⁸ Ses missions et son organisation ont été formalisées dans une note de la DGOS du 30 mars « *Mise en place d'une cellule de crise psychiatrie dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19* ».

4.1.2 Le ministère des solidarités et de la santé a fixé les orientations générales pour une déclinaison à l'échelle locale

a) Les mesures d'adaptation à la crise sanitaire

Durant la période d'urgence sanitaire, aucune disposition législative ou réglementaire n'a concerné spécifiquement l'activité et le fonctionnement des établissements et unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Chaque établissement public de santé mentale (EPSM) a donc adapté à son fonctionnement les mesures gouvernementales prises pour faire face à l'épidémie de Covid-19, à partir du 13 mars – relatives à l'ensemble du système de santé et concernant toute la société française. Les modalités de prise en charge des patients suivis en psychiatrie ont dû être modifiées et les filières réorganisées.

Le 23 mars, le ministère des solidarités et de la santé diffuse des « *consignes et recommandations générales* », élaborées par la cellule de crise « Covid-19 », applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, dans le contexte du passage au stade 3 de l'épidémie au niveau national. Cette note, datée du 22 mars, fixe les idées générales « *pour accompagner une déclinaison qui ne peut qu'être locale, en fonction du type d'établissement, de la distance avec les plateaux médico-techniques, des acteurs locaux, etc.* »⁴⁹. S'agissant de l'hospitalisation, elle ne procède à aucune distinction entre les patients en soins libres et ceux admis en soins sans consentement – sauf pour rappeler l'exigence de certificats médicaux justifiant l'entrée ou le maintien en soins sans consentement.

Pour l'essentiel, il est demandé aux établissements de renforcer une part des dispositifs ambulatoires de façon à éviter des passages aux urgences et à réserver les séjours intra hospitaliers aux patients qui ne peuvent pas sortir avec une prise en charge en ambulatoire. La priorité est d'éviter le regroupement de personnes qui favorise la propagation de l'épidémie. Les prises en charge ambulatoires se font de manière individuelle, privilégiant les contacts téléphoniques et les téléconsultations.

Lorsque l'hospitalisation est indispensable, le régime doit être aménagé de façon à mettre en œuvre le principe de distanciation physique et éviter la propagation du virus : sauf exception liée à l'état clinique du patient, toutes les visites, les sorties non accompagnées de courte durée et les activités ou prise en charge de groupe sont interdites. Les cafétérias, points de vente de librairie et maisons des usagers sont fermés. Les sorties accompagnées de durée inférieure à 12 heures sont strictement limitées tout comme les déplacements du personnel qui, dans la mesure du possible, doit intervenir sur une seule unité de soins. Enfin, la vie quotidienne au sein des unités doit être réorganisée afin d'éviter une densité inadaptée de patients regroupés dans les espaces communs, privilégier l'hébergement en chambre individuelle et adapter les modalités de prises de repas aux mesures de distanciation physique. S'agissant de la gestion spécifique de « patients Covid-19 », les préconisations ministérielles prévoient la possibilité de réaffecter certaines unités de soins afin de créer des secteurs « Covid + » (patients au diagnostic confirmé), « Covid – » (patients non contaminés), ou rassemblant les patients suspects de contamination. Il est demandé aux équipes de revoir l'articulation des filières psychiatriques et des filières MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)

⁴⁹ Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, *Le Quotidien du médecin*, 27 mars 2020.

afin d'organiser des renforts en médecins généralistes dans les unités pour patients « Covid + ». Le transfert des patients psychiatriques vers des plateaux de soins somatiques est également envisagé. La note prévoit que les unités « Covid » bénéficient d'une équipe soignante dédiée, ayant bénéficié d'une formation spécifique.

b) Les premières mesures de déconfinement

Sur le même modèle que la note du 22 mars, le ministère des solidarités et de la santé a édicté le 12 mai des « recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en addictologie », dans le cadre du déconfinement prévu à partir du 11 mai. Les établissements psychiatriques y sont notamment invités à maintenir les dispositifs axés sur les prises en charge ambulatoires et les alternatives à l'hospitalisation, à organiser la reprise progressive des activités suspendues et à anticiper les conséquences de l'épidémie afin de répondre aux nouvelles demandes de soins de patients en situation de souffrance psychique du fait de l'impact du confinement.

Au sein des hôpitaux, le respect des mesures barrières et de la distanciation physique continue de s'appliquer s'agissant de la circulation des patients dans les lieux de soins et dans le cadre de la reprise progressive des visites, des activités de groupe et des permissions de sortie.

Les unités dédiées aux patients psychiatriques atteints du Covid-19 et les dispositifs de coopération avec les services MCO sont maintenus, dans l'éventualité d'une recrudescence épidémique.

4.1.3 Les mesures gouvernementales emportent des restrictions de droits et soulèvent des questions éthiques au sein des établissements

a) L'impact des préconisations ministérielles sur la liberté d'aller et venir

Le choix du ministère des solidarités et de la santé d'intervenir sous forme de préconisations générales – afin de permettre une adaptation des organisations au regard des situations locales – a justifié, dans le même temps, que les directeurs d'établissement agissent au titre de leurs pouvoirs de police générale en prenant des mesures contraignantes pour assurer la sécurité des patients et des professionnels de santé.

Les modalités d'organisation mises en place localement, restreignant *de facto* la liberté d'aller et venir des patients au sein des unités Covid comme dans les unités classiques, souvent sans distinction entre les patients en soins libres et ceux hospitalisés sans leur consentement, ont pu susciter des questions de nature éthique et des interrogations de la part des professionnels exerçant dans le champ de la psychiatrie. Le CGLPL a ainsi été sollicité pour avis, à la suite de saisines qui lui étaient adressées, sur des situations susceptibles de porter atteinte aux droits fondamentaux des patients hospitalisés, notamment sur les enjeux éthiques attachés à la création d'unités « Covid » : est-il recevable éthiquement de contraindre au confinement un patient non observant par sédation chimique, isolement ou contention ? Est-il possible de prononcer une hospitalisation sous contrainte au vu du risque de contamination d'autrui en dehors de l'hôpital si un patient infecté demande sa sortie ? Dans les unités classiques, le CGLPL a également été alerté sur la confusion entre les mesures de confinement sanitaire et les décisions d'isolement psychiatrique – lorsque des patients sont enfermés à clé dans leur chambre à la suite de la découverte d'un foyer infectieux au sein de l'établissement.

Si ces questions ont parfois pu être discutées localement, notamment au sein des comités d'éthique des établissements, elles n'ont cependant fait l'objet d'aucune consigne ou explication au niveau national⁵⁰.

Le CGLPL a considéré que :

- si un patient en soins libres qui accepte son traitement psychiatrique, mais refuse l'hospitalisation dans l'unité Covid, il peut quitter l'hôpital à tout moment quelle que soit sa situation au regard de la maladie infectieuse ;
- le refus de rejoindre une unité Covid ne peut à lui seul être regardé comme un refus des soins de santé mentale ;
- si, en revanche, des motifs liés à sa pathologie mentale imposent que ce patient demeure hospitalisé pour les soins nécessaires et relatifs à cette pathologie, celui-ci peut être placé en soins sans consentement ;
- l'enfermement dans leur chambre des patients qui ne respectent pas le confinement ou les gestes barrières ne peut reposer que sur une décision d'isolement motivée par la mise en danger immédiate du patient ou d'autrui par défaut de respect des gestes barrière ;
- cette décision ne peut jamais être imposée par l'autorité administrative et relève de l'appréciation du médecin psychiatre dans les conditions posées par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique ;
- en tout état de cause, une telle contrainte ne peut être imposée ni à un patient en soins libres ni pour une durée excédant quelques heures.

Quant aux mesures de sédation ou de contention, elles ne sauraient être justifiées par la seule considération des moyens dont dispose l'établissement (hébergement en chambre collective) et ne doivent pas être mises en place en période d'épidémie, dès lors que l'état clinique du patient ne justifierait pas de telles mesures en temps ordinaire.

b) L'adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire et les atteintes aux droits de la défense

Le fonctionnement des EPSM a été affecté par la mise en place de mesures d'exception relatives au fonctionnement de la justice durant la période d'état d'urgence sanitaire et, en particulier, par l'ordonnance du 25 mars 2020 (*cf. supra* § 3.1.1) autorisant notamment les juridictions à recourir à des moyens de télécommunication audiovisuelle ou à juger sans audience. Les dispositions de ce texte ont été largement utilisées par les JLD et les présidents de cour d'appel, qui ont cessé de se déplacer au sein des établissements de soins psychiatriques. En outre, dans un certain nombre d'affaires, l'audience s'est tenue au siège de la juridiction sans comparution du patient, et parfois en l'absence de son conseil, à la seule vue d'un certificat médical attestant de l'impossibilité d'assurer le transport dans des conditions de sécurité sanitaire appropriées ou de l'impossibilité de recourir à un moyen de télécommunication audiovisuelle au centre hospitalier.

⁵⁰ Le juge des libertés et de la détention a par ailleurs eu l'occasion de rappeler qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur la mise en œuvre d'une mesure médicale telle que les mesures de contention et d'isolement, distincte de la procédure de soins psychiatriques sans consentement qu'il lui incombe de contrôler (Cour d'appel de Versailles, 27 mai 2020, n°2020-304).

Dans le cadre de la reprise de l'activité juridictionnelle, l'ordonnance n° 2020-595 du 20 mai 2020 modifie certes la précédente sur la dispense d'audience et précise que la personne hospitalisée peut à tout moment demander à être entendue par le juge des libertés et de la détention. Reste que l'audition peut toujours être réalisée de façon dématérialisée alors que le strict respect des règles de distanciation physique devrait permettre de protéger la santé des patients, des magistrats, des avocats et du personnel soignant. Il doit être rappelé que la loi du 27 septembre 2013 avait supprimé les audiences par visioconférence et que cette pratique constitue une atteinte aux droits de la défense dès lors qu'elle est systématique et disproportionnée au regard des objectifs qu'elle poursuit.

4.2 LES ETABLISSEMENTS ONT REDUIT LE NOMBRE DES PERSONNES HOSPITALISEES ET DEVELOPPE DES PRISES EN CHARGES ALTERNATIVES

4.2.1 Impact de la pandémie pour les personnes privées de liberté

L'application des mesures de confinement dans les établissements de santé mentale présentait des risques accrus d'atteintes aux droits fondamentaux de leurs patients sous quatre aspects : la limitation de la liberté de circulation, le maintien de soins psychiatriques suffisants difficile à concilier avec l'organisation de la distanciation sociale, de même que le maintien des liens familiaux et l'exercice des droits spécifiques des patients en soins sans consentement. Enfin, l'accès au matériel de protection contre la contamination et aux soins somatiques dans des conditions égales à celles offertes au reste de la population n'étaient pas *a priori* garantis aux patients souffrant de troubles mentaux dans les premiers jours de la pandémie. Ces points ont fait l'objet d'une évaluation ciblée lors du contrôle à distance des établissements publics de santé durant la période du 17 mars au 2 juin 2020⁵¹.

a) Evolution des effectifs et modes d'hébergement

L'ensemble des EPSM a constaté une diminution des entrées en hospitalisation complète, prédominante pour les soins psychiatriques libres (SPL), observée également pour les soins sans consentement (SSC). Cette diminution a été en lien avec les mesures générales de confinement (le maintien à domicile des patients ambulatoires qui ne présentaient pas de situation clinique urgente mais qui auraient été hospitalisés en temps normal, l'organisation intra hospitalière des mesures de distanciation physique qui a requis la transformation des chambres triples et doubles en chambres simples, réduisant le nombre de lits disponibles) et le report des hospitalisations programmées quand l'état clinique le permettait.

b) Nombre de cas de Covid-19 chez les personnes privées de liberté

Les chiffres observés sont issus des entretiens téléphoniques conduits avec les responsables des établissements publics de santé mentale durant la période de mi-mars à fin mai. Cette

⁵¹ Entretiens de mars 2020 : CHS Sarreguemines (Moselle), CHS Toulouse (Haute-Garonne), CHS Armentières (Nord), CHS Saint-André-lès-Lille (Nord), CH Nord Deux-Sèvres, CHS Quimper (Finistère), CH Nouméa (Nouvelle-Calédonie), CHS Brumath (Bas-Rhin), CHS Montéleger (Drôme), CHS Vinatier (Rhône). Entretiens d'avril 2020 : CH Rouffach (Haut-Rhin), CH Sainte-Anne (Paris), CH Clermont-de-l'Oise (Oise), CHS Martinique, CHAI Saint-Egrève (Isère), Centre médical Le Roggenberg (Haut-Rhin), CHS Bonneval (Eure-et-Loir), CHU Saint-Etienne (Loire), UHSA Lille (Nord). Entretiens de mai 2020 : CHS Prémontré (Aisne), CHS Cadillac (Gironde), CHS Rennes (Ille-et-Vilaine), CHS Saint-Jean-de-Dieu à Lyon (Rhône), CHS Barthélémy Durand à Etampes (Essonne), CHS Le Rouvray (Seine-Maritime), CHS Erstein (Bas-Rhin), CHS Sevrey (Saône-et-Loire), Fondation du Bon sauveur de la Manche. Visites de juin 2020 : CHS Blain (Morbihan), CHS Bonneval (Eure-et-Loir), CHS Brumath (Alsace), CHAI Saint-Egrève (Isère), CH Saint Jean de Dieu (Rhône).

période est celle de l'observation d'une augmentation quotidienne du nombre des cas confirmés d'infection au Covid-19 et du nombre de décès sur le territoire national. L'analyse qualitative retrouve une répartition géographique représentative de celle du territoire national, avec un nombre de cas confirmés significativement plus élevé dans les établissements d'Ile-de-France et du Grand Est. Aucun décès de patient pour cause de Covid-19 n'a été rapporté.

4.2.2 Impact de la pandémie sur le personnel

a) Absentéisme et contaminations

L'augmentation de l'absentéisme du personnel observée dans les EPSM de mars à mai, comparée avec la même période en 2019, s'explique à la fois par le nombre de personnes ayant bénéficié d'autorisations spéciales d'absence, et le fait que certaines personnes, affectées sur d'autres lieux d'exercice, n'ont pu s'y rendre faute de moyens de transport.

Les données recueillies sur la contamination des soignants montrent un niveau équivalent à celui observé dans la population générale, significativement plus élevé en région Ile-de-France. Le nombre de cas confirmés, tous soignants confondus (médecin, infirmier, aide-soignant, agent des services hospitaliers, agent administratif) évolue entre dix et cinquante-sept, la proportion ne dépassant nulle part 4 % du personnel.

Dans les autres régions du territoire métropolitain, l'ensemble des établissements a montré un nombre de cas confirmés évoluant entre zéro et quatre. Aucun décès de soignant lié au Covid-19 n'a été rapporté.

b) Etat d'esprit

A l'annonce de l'extension de la pandémie sur le territoire national, les établissements, sans attendre les directives nationales, ont mis en place une organisation qui s'imposait et qui s'est révélée être identique. L'état d'esprit des équipes de soins et des responsables administratifs a montré une évolution en trois phases.

Le premier temps, contemporain de l'annonce des mesures de confinement, a été un temps de surprise et d'anxiété devant une réorganisation considérée comme nécessaire et urgente du fonctionnement de la société dans un contexte de crise sanitaire mondiale.

Le deuxième temps fut celui de l'organisation à l'échelle hospitalière et ambulatoire de l'exercice professionnel soignant et administratif : mise en place des cellules locales de crise, information et formation du personnel sur les gestes barrières, mesures de distanciation, techniques de dépistage et de bionettoyage, mise en place des « unités Covid » et constitution des équipes *ad hoc* avec des agents volontaires, information des patients, dépistage des cas suspects, isolement sanitaire des cas confirmés, réorganisation des modalités de suivi ambulatoire dans les centres médico-psychologiques (CMP), fermeture des hôpitaux de jour (HDJ) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et redéploiement du personnel selon les besoins. Les informations recueillies ont révélé une adaptabilité notable des professionnels aux contraintes organisationnelles et soignantes imposées ainsi qu'une efficience face aux difficultés et pénuries initiales.

Le troisième temps, jusqu'aux mesures de déconfinement, fut celui d'un exercice professionnel à nouveau fonctionnel, selon les disparités territoriales de contagion et de ses conséquences morbides, et toujours dans un esprit d'investissement et de solidarité.

c) Stratégies organisationnelles particulières

La stratégie principalement observée durant la période a été le redéploiement du personnel et le recours au télétravail. Il a concerné le personnel soignant, notamment ambulatoire, et le personnel administratif. La fermeture très majoritaire des CATTP et des HDJ s'est accompagnée d'un redéploiement de soignants vers l'hôpital, permettant la constitution des équipes des « unités Covid », et le remplacement du personnel absent dans les autres unités.

La relation thérapeutique individuelle s'est trouvée renforcée dans les prises en charge extra hospitalières en conséquence de la suspension des activités de groupe, reconverties en prises en charge individuelles et visites à domicile, de même qu'en intra hospitalier par l'accompagnement soignant individuel ou, en petit groupe, des sorties dans le parc des établissements et la mise en place d'activités individuelles dans les unités.

Une mobilisation des équipes pour s'adapter à l'accès au matériel du dépistage et des soins spécifiques d'une maladie infectieuse dans un contexte de déficit marqué d'approvisionnement en équipements de protection individuelle a été observée.

Une mobilité possible du personnel, notamment logistique pour trouver, dans le cadre du plan blanc, des solutions quotidiennes à toutes formes de difficulté, avec un partenariat entre services, a participé à l'adaptation sanitaire.

Pour limiter l'absentéisme résultant des difficultés de garde d'enfants pour les soignants, des initiatives institutionnelles ont été prises : un établissement a créé une cellule de recensement des besoins et de coordination des solutions avec le soutien de la direction des ressources humaines ; cette cellule a relayé les demandes auprès des groupes scolaires ou des crèches ; un autre établissement a financé l'ouverture d'une crèche interne pour les enfants des soignants. Les crèches ont exceptionnellement élargi leur recrutement.

Il a également été fait mention d'une préoccupation de maintien des repos, congés et récupérations pour le personnel et des repos de sécurité qui suivent la garde pour les praticiens hospitaliers et les internes.

La mise en place du matériel permettant le développement de l'exercice de la télémédecine, jusqu'ici limitée, a été constatée de façon très majoritaire.

Le soutien du personnel a été une préoccupation fréquente des établissements qui ont mis en place des cellules d'écoute, le plus souvent avec des psychologues pour les agents. Les services de santé au travail et ceux en charge de la qualité et de la gestion des risques sont également intervenus, parfois au sein des unités en lien direct avec les soignants. Une ville a mis en place une *hotline* avec la cellule d'urgence médico-psychologique pour les soignants, les familles endeuillées et la population générale.

4.2.3 Accès à la protection

a) Pour les personnes privées de liberté

L'organisation générale a montré une certaine homogénéité pour :

- l'adaptabilité à une situation de pénurie concernant les masques et autres éléments de protection individuelle (surblouses, surchaussures, charlottes, visières ou lunettes, gants) ;
- la formation aux gestes barrières et aux mesures de distanciation physique du personnel soignant qui a ensuite informé quotidiennement dans toutes les unités l'ensemble des patients, ce qui implique un appel aux soignants polyglottes en cas de besoin ;

- l'information du personnel administratif, du personnel soignant et des patients par des campagnes d'affichage sur ces gestes barrière ;
- la création d'unités spécifiques par reconversion d'unités existantes, d'une capacité variant entre huit et vingt lits, réservées aux cas confirmés d'infection – parfois pour les cas suspectés – sans symptôme de gravité qui eût conduit à un transfèrement aux urgences de l'hôpital général de proximité (à l'exception d'un établissement qui, sans « unité Covid », a adressé systématiquement tout cas suspect aux urgences) ;
- la désinfection des locaux, avec des détergents répondant aux normes, avec une attention particulière pour les « unités Covid », les poignées de porte et les mains courantes, par des équipes d'hygiène ou des agents formés (parfois recrutés pour l'occasion) au bionettoyage en particulier en contexte de risque infectieux ;
- la réorganisation des modalités de relation, toujours limitées et parfois maintenues par petits groupes de patients accompagnés par des soignants.

Sur l'ensemble du territoire national, cette organisation générale a montré des disparités qui ont pu rendre inappropriées des situations d'accès à la protection des patients.

Ainsi, l'accès aux masques chirurgicaux pour une prévention hors « unité Covid » a été tardif et insuffisant, en l'absence de stock stratégique *ad hoc*, alors que les craintes concernaient leur acceptation par les patients. De même, l'accès aux masques FFP2 pour une protection des soignants en « unité Covid », a parfois pu se réaliser en utilisant des dons de masques périmés, prévus dans la protection contre la pandémie de grippe de 2009-2010. Les directives nationales concernant les masques ont été reçues comme compliquant les contraintes d'approvisionnement, qui associait une réquisition nationale depuis le mois de février, un approvisionnement direct interdit, l'obligation organisationnelle de passer par les groupements hospitaliers de territoire, une dotation calculée au niveau national selon des critères précis.

L'accès aux solutés hydroalcooliques a également été une difficulté, liée à des stocks initiaux insuffisants pour répondre aux besoins. Des solutions locales ont été mises en place ; elles ont associé des dons (entreprise, mairie) et des fabrications locales selon la recette élaborée par l'organisation mondiale de la santé (pharmacie hospitalière, pharmacie de CHU, pharmacie de ville, entreprises).

Enfin, la diminution du nombre de patients présents dans les établissements, qui a facilité la distanciation physique, n'a pas été homogène sur l'ensemble du territoire, en fonction de la densité de population.

b) Pour les professionnels et les partenaires extérieurs

L'accès aux éléments matériels de l'équipement de protection individuelle qui associe les masques (*cf. supra*), surblouses, surchaussures, lunettes ou visières, charlottes a révélé une pénurie globale initiale sur les deux à quatre premières semaines et une résolution hétérogène de l'approvisionnement sur l'ensemble du territoire national.

De nombreux établissements ont dû, contrairement aux directives nationales, trouver des solutions locales, par des appels aux dons (centre hospitalier universitaire, collectivités locales, préfecture, conseil départemental, entreprises) ou la sollicitation de fabricants locaux et parfois même des agents hospitaliers pour la confection de masques en tissu.

4.2.4 L'accès aux soins pour les personnes malades

a) Accès à l'information sur le risque sanitaire

Les patients ont avant tout bénéficié d'une information verbale par les soignants accompagnant l'exercice des gestes barrières dans toutes les unités, reflet d'un risque sanitaire partagé au quotidien. Les questions posées pouvaient être l'objet d'échanges individuels entre soignant et patient. Les soignants se sont préoccupés de ne pas livrer les patients à des sources d'informations répétées et catastrophistes toute la journée.

L'accès aux salles de télévision des unités a été conservé et adapté, en présence de plusieurs téléspectateurs, au respect des mesures de distanciation physique. L'équipement des chambres en téléviseurs reste rare dans les hôpitaux psychiatriques et n'a pas été développé pendant cette période (un seul établissement a évoqué l'accès à une télévision payante en chambre). Les postes de radio des salles de vie des unités de psychiatrie diffusent de la musique et ne sont pas devenus des sources d'information journalistique. Les journaux et magazines qui font l'objet d'un abonnement n'ont en général plus été distribués en raison d'une manipulation collective peu compatible avec les gestes barrières.

Dans un établissement, les patients entrants, tous confinés pour une période de quatorze jours en chambre sans téléviseur ni accès aux salles de télévision, ont confié un sentiment d'isolement sans délivrance d'information.

b) Mesures conservatoires et de prévention

L'organisation sanitaire ambulatoire a été rapidement modifiée, en s'appuyant sur les consignes et recommandations publiées par le ministère des solidarités et de la santé le 23 mars.

Les CMP ont réorganisé l'accès aux soins des patients. L'attente des patients ne s'est plus déroulée dans les salles d'attente mais à l'extérieur des lieux de soins. Les consultations en présentiel ont été réservées aux personnes bénéficiant d'un traitement injectable neuroleptique d'action prolongée et aux patients dont l'état clinique était instable. La réalisation d'entretiens téléphoniques infirmiers et médicaux et la réalisation d'entretien médicaux en visioconférence, avec les patients confinés à domicile et équipés du matériel adéquat, a complété les mesures de suivi. Enfin, les visites à domicile ont été renforcées, en vérifiant auparavant par téléphone l'absence de personne contaminée au domicile, avec port de masque et respect des gestes barrières.

L'installation du matériel nécessaire pour l'exercice de la télé-médecine a associé le développement des postes téléphoniques pour le suivi médical et infirmier à distance des patients ambulatoires, et celui des postes informatiques avec *webcam* et logiciel spécifique pour la visio-consultation avec les patients confinés à domicile, équipés de ce matériel spécifique. Cette modalité d'échange a permis le maintien du lien thérapeutique avec les patients, le suivi clinique et la réduction du nombre des « perdus de vue » dans les files actives.

Un lien particulier a été développé avec les pharmaciens libéraux pour la délivrance des traitements pharmacologiques sur adresse directe par courriel des ordonnances informatisées.

Les HDJ ont été très majoritairement fermés. Quelques exceptions sont détaillées *infra*, au § 5.2.6. Les CATTP qui proposent des accueils collectifs pour des prises en charge groupales ont été fermés. Les activités de groupe ambulatoires ont été suspendues au titre des mesures préventives du ministère des solidarités et de la santé.

Certains établissements ont fermé les portes de toutes leurs unités d'hospitalisation à temps complet. Les portes étaient historiquement fermées dans d'autres et le sont restées.

c) Accès au médecin généraliste

L'implication des médecins généralistes des établissements auprès des patients inscrits dans les filières de soins Covid-19, comme au sein des cellules locales de crise, a été rapportée aux contrôleurs. Ils ont été sollicités pour toute suspicion de cas d'infection afin de réaliser l'examen clinique, le test et le bilan paraclinique pour infirmer ou confirmer le diagnostic, discuter l'éventuelle orientation du patient en « unité Covid », organiser le transfert de ce dernier vers le service d'urgence de l'hôpital en cas de symptôme de gravité.

L'accès au médecin généraliste a été fonction des moyens médicaux disparates, préalables à la pandémie, eu égard aux difficultés de recrutement dans les établissements de santé mentale ou de la disponibilité de médecins généralistes eux-mêmes contaminés par le coronavirus et arrêtés pour quatorzaine et soins *ad hoc*.

En outre, le recours téléphonique direct au personnel spécialisé des hôpitaux généraux a été facilité.

d) Conditions d'hospitalisation

La pandémie a été l'occasion d'une nouvelle forme de limitation de la liberté de circulation dans les hôpitaux psychiatriques, que révèle un regard plus précis sur trois types de situations fonctionnelles : le confinement en chambre, l'organisation des repas, l'accès aux espaces extérieurs.

La question des confinements en chambre comme en unité et leurs modalités a connu une diversité de réponses :

- un confinement en chambre systématique pour tous les entrants de cinq à quatorze jours avec confinement en chambre en unité sectorielle, avec ou sans port du masque selon disponibilité, en unité identifiée dite sas d'entrée, ou en « unité Covid » ; rarement une absence de confinement initial ;
- un confinement en chambre systématique pour tous les patients suspects de contamination, de quatorze jours, en unité sectorielle ou en « unité Covid », le temps d'infirmer ou de confirmer le diagnostic ;
- un confinement systématique en chambre pour tous les patients avec des créneaux limités de sortie de chambre qui a pu concerner les « unités Covid » dans lesquelles les patients ne sont plus en mesure de prévention primaire de contamination ;
- un confinement en chambre réservé aux patients présentant des symptômes évocateurs de contamination ;
- le maintien systématique en confinement pour une période de quatorze jours des patients ayant eu un résultat négatif au test nasal, en raison d'un doute sur la fiabilité du test, sur indication du médecin généraliste dans un établissement ;
- les chambres simples ont été privilégiées, mais il n'a pas été possible d'éviter partout les chambres doubles ;
- lorsque la question a été posée, il a été largement répondu aux contrôleurs que les portes des chambres n'étaient pas fermées à clef, chambres d'isolement exceptées ;
- les portes des unités ont pu rester dans l'état d'ouverture qui précédait la pandémie, ou être fermées indépendamment de l'hébergement de personnes en SPL ou SSC et

de leur état clinique psychiatrique, dans une confusion entre isolement psychiatrique et isolement sanitaire infectieux ;

- un seul établissement a mentionné qu'aucun de ses patients n'avait été confiné en chambre et que l'ensemble de ses portes de chambres comme d'unités étaient ouvertes avant la pandémie et le sont restées pendant, sans événement indésirable de type fugue signalé.

Les entretiens et visites de contrôle ont révélé des situations inadmissibles d'isolement de patients en chambre standard en lien avec leur incapacité à respecter les gestes barrières et les mesures de distanciation physique, ce quel que soit leur régime d'hospitalisation et leur état clinique psychiatrique. Les établissements concernés ont communiqué leurs préoccupations éthiques et juridiques de ces situations, qu'ils qualifient de moins mauvais compromis possible au regard de la prévention nécessaire du risque de contamination. Ils ont également confié leur désarroi devant l'absence de soutien de leur tutelle sur le sujet.

Les modalités d'organisation des repas, astreintes au respect des mesures de distanciation physique, ont entravé la dimension thérapeutique de convivialité et d'échange de ce temps particulier d'une journée hospitalière avec :

- des repas en salle à manger avec respect des gestes barrières, en collectif réduit avec deux services principalement ;
- des repas seul en chambre, plus rarement ;
- des repas en chambre, seul ou parfois en présence d'un soignant, pour les patients suspects de contamination.

L'accès à un espace extérieur à l'unité dans l'enceinte des établissements a été variable :

- qualitativement entre pause masquée devant l'unité et sortie accompagnée d'un soignant dans le parc des établissements, individuellement ou en petits groupes ; le plus souvent sur décision médicale ;
- quantitativement organisé matin et après-midi, le personnel infirmier redéployé (les élèves de l'institut de formation en soins infirmiers, dans un cas) pouvant venir en appui de cette modalité, pour des durées courtes autour d'une heure, le nombre précis ou moyen de sorties hebdomadaires par patient n'a pas été communiqué aux contrôleurs ;
- cet accès extérieur est parfois qualifié de très rare ou interdit car toutes les unités ont été fermées ;
- l'accès extérieur accompagné d'un soignant, hors de l'enceinte de l'établissement, pour une raison autre que médicale, a été du registre de l'exceptionnel.

Si l'accès aux espaces extérieurs a partout été limité, celui aux cours et patios (*cf.* § 4.2.6) des unités est resté ouvert avec des restrictions variables mais jamais générales, pour fumer et déambuler.

4.2.5 Maintien des droits fondamentaux

a) Protection contre les violences

Dans l'ensemble des sites contrôlés où la question de la violence a été abordée, il a été évoqué une diminution des tensions relationnelles, des manifestations de violences hétéro agressives, des recours à l'isolement et aux contentions. Deux exceptions, pour un établissement qui a signalé le doublement des décisions d'isolement et de l'utilisation des contentions et un autre où les pratiques d'isolement et de contention ont augmenté avec l'utilisation d'espaces non dédiés, les treize chambres d'isolement étant occupées en permanence en temps habituel.

b) Relations familiales

La règle a été l'interdiction des visites, respectée par les familles, elles-mêmes en confinement à domicile. Quelques exceptions sont toutefois notables :

- un centre hospitalier (CH) a autorisé les visites dans les salons *ad hoc* des unités qui sont équipés d'une entrée indépendante pour les familles ;
- un CH a autorisé les visites sur dérogation unique du coordonnateur médical plan blanc ;
- un CH a organisé un salon de visite hors unité pour les familles mais, en pratique, n'avait reçu aucune demande lors de l'entretien avec les contrôleurs ;
- un CH a autorisé les visites aux enfants et aux adolescents hospitalisés avec des précautions accrues de respect des gestes barrières et de distanciation physique des visiteurs ;
- un CH et un EPSM ont autorisé les visites pour un patient en fin de vie ;
- un centre médical a autorisé les contacts visuels au sas lors de l'échange d'effets personnels entre le patient et sa famille ;
- certains établissements ont autorisé l'échange de linge, tabac, épicerie sèche, sans contact visuel.

Le droit d'émettre et de recevoir du courrier n'a pas été modifié.

Le droit de téléphoner a été modifié et étendu. La majorité des établissements a autorisé l'utilisation des téléphones portables et *smartphones* personnels. Le téléphone des unités a été utilisé par les patients non équipés. Un établissement a indiqué n'avoir pas modifié l'accès au téléphone, soumis à une autorisation pour les téléphones personnels en unité fermée et pour le téléphone du service en unité ouverte.

Le contact visuel avec les familles a pu être établi par visioconférence en utilisant des applications sur des terminaux ou des tablettes éventuellement acquises par les CH (pour équipement pérenne des services) ou données (par des donateurs privés, une enseigne d'électroménager, des familles) pour l'occasion ; en mettant à disposition une pièce équipée pour les visiteurs.

4.2.6 Activités et sorties

Les cafétérias des établissements ont été fermées.

Les jardins et cours intérieures des unités sont restés accessibles aux patients en respectant la distanciation physique, afin de s'y rendre seul ou accompagné d'un soignant, pour déambuler et fumer. La limite la plus stricte a été observée dans une UHSA, avec un confinement strict en chambre et six sorties quotidiennes de quinze minutes.

L'organisation des activités intra hospitalières lorsqu'elles ont pu avoir lieu a été hétérogène et fonction de l'établissement. Ont été observés :

- une absence d'activité ;
- des prises en charge individuelles dans plusieurs établissements ;
- des groupes de patients réunis pour la fréquentation de la salle de télévision et des échanges simples ;
- le maintien d'activités antérieures comme la gymnastique en salle ou dans le parc, l'activité jardin, la réalisation de crêpes ;
- l'intervention d'un moniteur de sport dans les unités, d'un coach sportif, d'un musicothérapeute, d'un soignant formé en relaxation ;
- le maintien de l'ouverture d'un centre de jour pour la vidéo et la bibliothèque ;
- une activité sportive avec un infirmier et un éducateur, par groupes de quatre, une activité musique par groupes de deux et des activités individuelles en UHSA.

La fermeture des CATTP et des HDJ a privé les patients de soins spécifiques. Quelques exceptions ont concerné une permanence téléphonique, des prises en charge individuelles, des appuis en visite à domicile. Un établissement a gardé ouvert un HDJ en demi-journées, pour l'accueil des patients fragiles et pour des activités par groupes de trois, un autre a fait de même avec un HDJ psycho-gériatrique. Un établissement a maintenu les activités générales et réorganisé les activités sportives, ce qui a contribué à l'apaisement des patients.

Les sorties accompagnées par un soignant hors de l'enceinte des établissements pour retirer de l'argent au distributeur automatique, faire des courses, etc. ont été très rares au titre de la prévention sanitaire, ce qui a participé d'une perte qualitative de soins pour le patient.

4.2.7 Droits de la défense et soutien des partenaires extérieurs

a) Accès à l'avocat et au juge

Les magistrats ne se sont plus déplacés vers les établissements de santé mentale. Les audiences des JLD relatives aux mesures de soins sans consentement se sont tenues au tribunal, sur dossier, en l'absence des patients intéressés. L'utilisation préconisée de la visioconférence a été la règle si l'équipement en matériel spécifique des tribunaux et des hôpitaux préexistait ou a pu être installé. Dans les autres établissements, non équipés ou équipés mais n'utilisant pas leur matériel, les patients n'ont pas de contact avec le juge à l'occasion de l'audience. La visioconférence a été refusée par un JLD qui s'est prévalu de l'interdiction légale et l'a acceptée ensuite en application de la dérogation nationale à compter du 13 avril. Un autre JLD a motivé son refus par le risque de piratage informatique.

Les avocats ne se sont plus rendus dans les établissements de santé mentale, bien que leur visite auprès des patients ait été la seule exception à l'interdiction généralisée des visites. Ils ont participé aux instructions des dossiers et étaient présents aux côtés du juge lors des audiences par visioconférence, sauf exception. Les patients gardaient la possibilité de joindre leur avocat par téléphone avant l'audience à condition d'en connaître les coordonnées, sauf exception.

Dans de nombreux établissements, des médecins ont été sollicités par des JLD pour établir des certificats sans circonstance clinique (certificats médicaux relatifs à la situation sanitaire rendant impossible la tenue de l'audience au sein de l'établissement, ou relatifs à l'impossibilité de présentation des patients de ce fait ; certificats indiquant que les patients ne

pouvaient être entendus, ou de non-transportabilité ; certificats de non-présentation des patients). Certains ont refusé de le faire.

b) Traitement des demandes et requêtes

Les établissements ont rapporté une diminution globale du nombre de demandes et requêtes des patients, sans difficulté notable quant à leur traitement.

c) Présence associative et culturelle

Les aumôniers catholiques ont été joignables par téléphone les jours de semaine dans certains établissements. Des permanences téléphoniques nationales ont été mises en place, mais les visites, à quelques très rares exceptions près, les réunions et les offices ont été suspendus.

Les représentants des usagers ont eu une voix assez faible pendant cette période de confinement.

4.2.8 Opinion des responsables de terrain sur les informations ou consignes du niveau national

L'arrivée tardive des informations et consignes du niveau national a été majoritairement relevée. Les établissements ont dû élaborer et mettre en place en urgence des solutions locales organisationnelle et d'approvisionnement en matériel de protection. Les contradictions initiales (pertinence du port du masque, d'une réalisation élargie de tests de dépistage) ont participé de l'anxiété des agents. Les informations et consignes du niveau national ont émané de plusieurs sources parmi lesquelles :

- la cellule de crise de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- la cellule de crise des ARS, qui ont associé les établissements de santé publics et privés, activé l'organisation régionale en fonction des consignes nationales et permis des échanges, parfois de vive voix, entre les personnes ;
- une importante transmission de documents spécifiques issus de la DGOS, de la direction générale de l'action (DGAS), de l'association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM), de la fédération hospitalière de France (FHF) et des groupes de travail thématiques de l'association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de commission médicale d'établissement (ANPCME).

Les sources ont été décrites comme satisfaisantes quantitativement dans un second temps. Il n'a pas été rapporté aux contrôleurs de critique qualitative du contenu des informations et consignes, dans un registre de contradiction, des décisions de confinement et de réorganisation sanitaire prises dans ce contexte de pandémie.

4.3 UNE REDUCTION DU RECOURS AUX SOINS SANS CONSENTEMENT ET A L'ENFERMEMENT EST POSSIBLE MAIS DOIT ETRE ACCOMPAGNEE

La pandémie due au coronavirus a nécessité une réorganisation sanitaire de la psychiatrie. Cette réorganisation a été pluridisciplinaire : administrative, médicale et logistique. La psychiatrie exsangue, au sein d'un système public de santé en grande difficulté, a garanti avec ses moyens une limitation effective de l'impact de la crise.

La préoccupation de l'accès aux soins et du respect du droit des patients s'est exprimée dans de nombreux établissements, ce qu'ont révélé le temps et l'intérêt consacrés par ces derniers aux contrôles à distance et sur site du CGLPL ainsi que les saisines qui ont lui été adressées.

Le caractère tardif de recommandations et consignes nationales, empreintes de contradictions, a nourri confusion et inefficience, notamment sur les modalités de la réorganisation sanitaire, de l'approvisionnement en matériel de protection et de l'organisation du dépistage. Ces dysfonctionnements requièrent pour la prévention et la lutte contre les épidémies futures une réflexion rigoureuse et des protocoles cohérents. Bien qu'ayant constaté que le cap de ces consignes et recommandations avait été respecté, le CGLPL se préoccupe du peu d'espoir qu'expriment les établissements quant à la possibilité de capitaliser sur l'expérience et la dynamique ainsi mise en œuvre et de pouvoir prendre le temps d'en tirer des enseignements positifs tant pour la qualité des soins et les conditions de fonctionnement que pour le respect des droits fondamentaux des patients.

Concernant l'accès aux soins psychiatriques des personnes en soins sans consentement, la réorganisation sanitaire a entraîné une perte quantitative et qualitative des soins par la fermeture des HDJ et des CATTP, la suspension des prises en charge de groupe et des sorties thérapeutiques accompagnées.

Le confinement a empêché le repérage des besoins et l'expression de demandes spontanées de personnes dont l'état clinique a pu s'aggraver faute de soins. L'élaboration d'un plan prévisionnel fondé sur l'expérience et l'expertise des professionnels du terrain hospitalier et ambulatoire assurerait une pertinence optimale des soins psychiatriques en situation de crise. L'utilisation contrainte de la visio-consultation par des équipes de soins qui y sont historiquement rétives voire hostiles, et de la visio-conférence de façon dérogatoire pour la réalisation des audiences avec le juge des libertés et de la détention, a pallié utilement la suspension des échanges humains présents. Les patients et les soignants ont exprimé la crainte que ces solutions dégradées se pérennisent. Il convient en effet de rappeler que des soins et une justice de qualité impliquent nécessairement la rencontre physique avec des personnels formés et dotés des moyens suffisants pour un exercice professionnel serein.

S'agissant des droits fondamentaux des personnes en soins sans consentement, les constats confortent la préoccupation de voir diminuer les hospitalisations en soins sans consentement à temps complet. La diminution observée des admissions sous ce régime lors du confinement pose la question de la justification du nombre de ces admissions en temps ordinaire. Le constat de cette diminution constitue un argument supplémentaire en faveur de l'analyse critique qui doit être portée sur les processus d'admission en soins sans consentement, analyse que le CGLPL appelle sans relâche de ses vœux.

Les mesures de confinement appliquées à l'hôpital ont constitué une limitation de la liberté de circulation des patients sans lien avec leur trouble psychiatrique, dans un contexte de confusion entre isolement psychiatrique et confinement sanitaire. La distinction entre ces deux statuts devrait être clairement formulée dans les recommandations ministérielles lors de la réorganisation du fonctionnement hospitalier en situation de pandémie.

Les audiences foraines ne se sont plus tenues, constituant une première suspension du droit d'être entendu par un JLD dans le cadre de l'évaluation de la mesure de soins sans consentement. Cette suspension, incomprise des patients, appelle le rétablissement, dans les meilleurs délais, de l'intervention des juges au sein des hôpitaux.

L'interdiction des visites familiales a privé les patients d'un droit et des liens relationnels fondamentaux qui contribuent à leur bien-être émotionnel comme à l'équilibre de leur état psychiatrique. Cette situation de rupture péjorative pourrait être évitée en associant l'application du respect des mesures de distanciation sociale et la mise à disposition par les établissements de locaux réservés au maintien des relations familiales.

5. LES CENTRES DE RETENTION ADMINISTRATIVE ET LES ZONES D'ATTENTE

5.1 LES POLITIQUES PUBLIQUES N'ONT PAS TIRE TOUTES LES CONSEQUENCES DE LA FERMETURE DES FRONTIERES

5.1.1 Mesures nationales

a) La fermeture des frontières et l'interruption du trafic aérien

Le 17 mars, les États membres de l'Union européenne (UE) ont approuvé les lignes directrices recommandées par la Commission européenne⁵². A compter de cette date, les frontières extérieures de l'UE ont été fermées et les États, autorisés à rétablir le contrôle de leurs frontières intérieures. Le 18 mars, la France a acté la fermeture des siennes aux voyageurs étrangers, par une instruction du Premier ministre qui précise que seuls les citoyens européens ou assimilés, les ressortissants d'États tiers disposant d'un titre de séjour en Europe et rejoignant leur domicile et certains professionnels sont autorisés à pénétrer dans l'espace européen ; les contrôle aux frontières sont rétablis vers l'Allemagne, l'Espagne et la Suisse.

Ces mesures ont été adaptées par de nouvelles instructions datées du 15 avril⁵³ et du 12 mai⁵⁴. A cette dernière date, l'entrée en France des ressortissants européens ou assimilés reste limitée. La situation des travailleurs saisonniers agricoles et des travailleurs en détachement a fait l'objet d'une note distincte le 22 mai, autorisant de nouveau leur entrée en France.

Ailleurs, les États ont fermé leurs frontières, provoquant l'interruption des liaisons aériennes (par exemple la Tunisie le 13 mars, l'Algérie le 17 mars, le Maroc le 21 mars).

L'activité des aéroports français a donc été drastiquement réduite à compter du 17 mars.

b) Les ordonnances

Aucun texte législatif ou réglementaire n'a été adopté pour régir spécifiquement la prise en charge des personnes privées de liberté en zones d'attente (ZA) ou en centres de rétention administrative (CRA) durant l'état d'urgence sanitaire. Toutefois, les ordonnances intervenues dans le domaine de la justice (cf. § 3.1.1) ont modifié de manière significative les modalités de leur comparution devant les juridictions (cf. § 5.2.4).

c) Jurisprudence

i) Juge administratif

Une requête en référé tendant à la fermeture de l'ensemble des CRA a été rejetée par le Conseil d'État le 27 mars⁵⁵. Par une ordonnance du 7 mai⁵⁶, cette juridiction a partiellement annulé l'ordonnance par laquelle le tribunal administratif de Paris avait, le 15 avril, émis plusieurs injonctions relatives aux CRA de Paris 1,2 et 3 et implantés à Paris XII^{ème} dits « CRA

⁵² https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/20200316_covid-19-guidelines-for-border-management.pdf

⁵³ https://expat-elan.fr/images/10-textes-de-lois/instructions/2020/instruction_2019-04-15_mesures-prises-pour-lutter-contre-le-covid-19-en-matiere-de-contrôle-des-frontières.pdf

⁵⁴ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2020/05/cir_44968.pdf

⁵⁵ Conseil d'Etat, 27 mars 2020, n° 439720.

⁵⁶ Conseil d'Etat, 7 mai 2020, n° 440255

de Vincennes »⁵⁷. Celle tendant à ne pas placer d'étrangers en rétention dans ce centre durant quatorze jours avait cependant déjà produit ses effets.

ii) Juge judiciaire

Le 18 mars, le tribunal judiciaire de Bobigny (Seine-Saint-Denis) a décidé de surseoir à l'organisation des audiences des juges des libertés et de la détention (JLD) relatives aux procédures de maintien en zone d'attente, qui ont repris le 8 juin.

En matière de rétention, les JLD ont, dans un premier temps, majoritairement refusé la prolongation des mesures au regard de l'absence de perspective raisonnable d'éloignement ou de l'insuffisance des mesures sanitaires de précaution au sein des CRA, voire des risques de propagation du virus hors de France. Ces jurisprudences ont évolué dans le courant de mai, à l'aune des évolutions de l'état d'urgence et de la reprise de certaines liaisons aériennes, commerciales ou de seule coopération policière (vols dits « groupés », cf. § 5.3).

d) Mesures de gestion

i) Aspect policier

Nombre de ZA ont été fermées concomitamment à la mise à l'arrêt des aéroports concernés (cf. Marseille-Provence, Montpellier-Méditerranée, Nantes-Atlantique, Paris-Orly). L'aéroport Paris-Charles-de-Gaulle (CDG) ayant maintenu une activité dans trois de ses neuf terminaux, les postes de police afférents et la zone d'attente pour personnes en instance (ZAPI) ont continué à fonctionner.

S'agissant des CRA, la mission prioritaire de la police aux frontières (PAF) a été recentrée sur le contrôle frontalier dès la mi-mars et ceux d'Hendaye (Pyrénées-Atlantiques) et de Geispolsheim (Bas-Rhin) ont été mis en sommeil les premiers. Puis les CRA de Coquelles (Pas-de-Calais), Saint-Jacques-de-la-Lande (Ille-et-Vilaine), Nice (Alpes-Maritimes), Marseille (Bouches-du-Rhône), Sète (Hérault), Perpignan (Pyrénées-Orientales), Plaisir (Yvelines), Palaiseau (Essonne) et le « CRA 3 » du Mesnil-Amelot (Seine-et-Marne) ont été fermés, comme le « CRA 1 » de Paris-Vincennes qui relève de la préfecture de police (PP). A Mayotte, le CRA a été vidé de ses occupants le 23 mars et converti en centre de mise en quarantaine du 17 avril au 15 mai, date de reprise de son activité rétentionnaire. L'ordonnance précitée du Conseil d'État du 27 mars fait état d'un total de 350 personnes retenues au niveau national au 16 mars et de 152 personnes au 26 mars, pour une capacité théorique de 1 800 places.

Aucune information précise n'a été accessible quant aux locaux de rétention administrative. Selon les informations recueillies oralement auprès de la direction centrale de la police aux frontières, ils « *n'ont pas dû être utilisés* » mais il semble que certains aient été actifs, en Corse, en région parisienne et en Martinique notamment.

ii) Aspect sanitaire

Un document intitulé « *Centres de rétention administrative (ainsi que zones d'attente et lieux de rétention administrative)* » a été publié le 17 mars par le ministère des solidarités et de la santé. Y sont préconisés :

- l'isolement et l'évaluation sanitaires des arrivants en CRA présentant les symptômes d'une infection au coronavirus et des personnes les développant ;

⁵⁷ Tribunal administratif de Paris, 15 avril 2020, n° 2006287.

- la levée de la rétention si l'évaluation confirme l'infection (éventuellement assortie d'une assignation à résidence ou d'une orientation en centre d'hébergement dédié) ;
- plusieurs mesures préventives (gestes barrières et distanciation, identification de chambres de mises à l'écart, affichages informatifs et décontamination notamment).

L'éloignement hors de France de personnes symptomatiques a été proscrit.

Des documents d'information sur le virus et les gestes barrières ont été diffusés par le ministère de l'intérieur à destination de ses agents ; la direction centrale (DC) de la PAF a publié des « fiches réflexes » consacrées à la pandémie et quelques lignes relatives à des « *mesures générales en centre de rétention administrative* » ont été traduites en arabe, anglais, chinois, espagnol et russe (et parfois en créole) à destination des personnes retenues.

S'agissant des équipements de prévention et de protection des forces de sécurité, le ministre de l'intérieur indiquait le 9 avril à la mission d'information de l'Assemblée nationale avoir « *d'abord insisté sur les gestes barrières et les mesures de distanciation physique* » puis, à compter de la mi-mars, avoir précisé que « *les masques devaient être portés en cas de contact avec une personne présentant un ou plusieurs symptômes* ».

5.1.2 Comparaisons internationales

Le 7 avril, rejoignant l'appel de la Commissaire aux droits de l'homme lancé le 26 mars, le Conseil de l'Europe a publié une déclaration relative au traitement des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie invitant les États à « *s'abstenir, dans toute la mesure du possible, de détenir des migrants* ». A l'échelle mondiale et européenne, les pratiques ont cependant varié⁵⁸. De nombreux États ont procédé à des libérations ou cessé l'enfermement des ressortissants étrangers, dans leur ensemble (Espagne) ou en partie (selon la nationalité : Royaume-Uni ; des personnes vulnérables : Mexique), assignant éventuellement les intéressés à une adresse (Norvège). D'autres, comme la France ou l'Italie, n'ont qu'adapté leurs modalités d'enfermement.

5.2 LES PRISES EN CHARGE ONT ETE ADAPTEES MAIS N'ONT PAS PERMIS DE PRESERVER LES DROITS DES PERSONNES

On trouvera ci-après la synthèse des constats effectués par le CGLPL à l'occasion des entretiens téléphoniques menés pendant le confinement, des visites effectuées à la suite de signalements par la Contrôleure générale aux CRA de Paris-Vincennes (15 avril) et du Mesnil-Amelot (17 avril) et des visites qui ont immédiatement suivi le déconfinement dans les centres de rétention administrative et les zones d'attente⁵⁹.

⁵⁸ Voir par exemple : www.globaldetentionproject.org/covid-19-immigration-detention-platform ou : https://migrationnetwork.un.org/sites/default/files/20-170_f_un_network_on_migration_wg_atd_policy_brief_covid-19_and_immigration_detention.pdf

⁵⁹ Entretiens de mars : ZA Marseille (Bouches-du-Rhône) ; CRA Oissel (Seine-Maritime) ; ZA Nouméa (Nouvelle-Calédonie) ; CRA Perpignan (Pyrénées-Orientales). Entretiens d'avril : CRA Lyon (Rhône) ; ZAPI Roissy (Val-d'Oise) ; CRA Nîmes (Gard) ; CRA Lesquin (Nord). Entretiens de mai : CRA Metz (Moselle) ; CRA Toulouse (Haute-Garonne) – plusieurs de ces centres de rétention ont été contactés plusieurs fois au cours des trois mois envisagés. Visites de juin : ZAPI Roissy (Val-d'Oise) ; CRA Vincennes (Paris) ; CRA Mesnil-Amelot (Seine-et-Marne).

5.2.1 Impact de la pandémie pour les personnes privées de liberté

a) Effectifs et hébergement

i) La zone aéroportuaire de Paris-CDG

En raison d'annulations de leur vol, des passagers qui n'avaient pas l'intention d'entrer en France ou que l'état d'urgence sanitaire rendait non admissibles sur le territoire se sont retrouvés captifs de l'aéroport.

Nombre d'entre eux sont demeurés en amont des contrôles de police. Ils n'ont pas été regardés comme relevant d'une situation de transit interrompu au sens de l'article L. 221-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, au motif que la compagnie aérienne n'aurait pas « *refusé de les embarquer* » mais remis leur vol à une date indéterminée. Il semble que certains aient demandé à entrer en France pour y attendre leur vol, sans que cette demande soit prise en compte ; faute de preuve du refus verbal allégué, leurs voies de recours sont restées vaines⁶⁰. D'autres, signalés par la société Aéroports de Paris (ADP) comme vulnérables, ont à l'inverse été hébergés dans la ZAPI le temps qu'un transporteur leur propose un vol de continuation ou de retour. Les passagers restés en aérogares ont bénéficié d'une assistance minimale (restauration légère au moins une fois par jour et installation de « lits picots ») par ADP pour pallier la fermeture des hôtels et restaurants ainsi que l'absence d'eau potable. Ils n'avaient accès ni à des douches ni, souvent, à leurs bagages. Le nombre de ces personnes, comptabilisé quotidiennement par la PAF, n'aurait jamais dépassé la centaine⁶¹.

D'autres passagers ont fait l'objet d'un refus d'entrée en France : 366 personnes entre le 16 mars et le 1^{er} juin, dont 183 ressortissants européens. Pour 353 d'entre elles, ce refus était fondé sur l'état d'urgence sanitaire et 322 (dont 7 mineurs) ont été maintenues en ZA. Parmi celles-ci, 144 ont été admises sur le territoire. La durée moyenne du maintien en ZA a été de deux jours ; faute d'intervention du JLD (cf. § 5.2.4), la mesure ne pouvait dépasser quatre jours.

D'une capacité de 157 places, la ZAPI n'a pas accueilli plus de 78 personnes en même temps. L'hébergement individuel a été privilégié mais les personnes voyageant ensemble ont été regroupées. Au réfectoire, le placement d'une personne par table a aussi été privilégié.

ii) Les CRA

Douze CRA sont restés actifs durant la période envisagée : ceux, de la compétence de la PAF, situés à Bordeaux (Gironde), Lille-Lesquin (Nord), Lyon, Le Mesnil-Amelot (« CRA 2 »), Metz, Nîmes, Oissel-Rouen, Toulouse-Cornebarrieu et, outre-mer, en Guyane, Guadeloupe et à Mayotte (jusqu'au 26 mars puis à partir du 15 mai) ; ainsi que le « CRA 2 » du centre de Paris-Vincennes, administré par la préfecture de police (PP). S'agissant de ce dernier, aucune des données sollicitées de manière répétée par le CGLPL ne lui a été transmise. L'activité rapportée par la PAF est, en revanche, retracée dans le tableau ci-après.

⁶⁰ Cf. par ex. TA Montreuil, 19 avril 2020, n° 2004222

⁶¹ De 1 à 42 personnes par jour entre les 23 et 29 mars, de 6 à 53 entre les 20 et 26 avril, de 16 à 81 entre les 18 et 24 mai.

		Bordeaux	Guadeloupe	Guyane	Lille	Lyon	Nîmes	Mayotte	Mesnil-Amelot	Metz	Oissel	Toulouse
Nombre de personnes présentes	<i>Du 16 mars au 10 mai</i>	25	12	70	167	273	200	198	230	121	86	93
	<i>Du 11 mai au 1^{er} juin</i>	16	3	17	61	69	44	48	38	31	11	63
– dont celles sortant de prison	<i>Du 16 mars au 10 mai</i>	20	7	54	60	78	104	0	94	37	13	49
	<i>Du 11 mai au 1^{er} juin</i>	7	2	8	29	21	29	2	20	15	9	33
Motif de fin de rétention	<i>Fin du délai maximal</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	<i>Libération JLD ou CA</i>	28	11	57	100	286	167	41	123	126	72	98
	<i>Libération TA ou CAA</i>	0	0	0	5	1	1	3	3	0	1	5
	<i>Décision administrative</i>	4	4	10	38	7	28	42	49	4	7	9
	<i>Eloignements</i>	1	0	19	42	25	11	169 + 41 mineurs accompagnés	41	6	10	8
Durée de rétention la plus courte (jours)		1	2	< 1	< 1	1	< 1	< 1	< 1	1	1	1
Durée de rétention la plus longue (jours)		39	12	28	156	74	58	28	79	65	64	60
Durée moyenne (jours)	<i>Du 16 mars au 10 mai</i>	15,2	4,5	5,3	21,3	14,1	14,2	1,2	22,8	15,5	16,6	18,3
	<i>Du 11 mai au 1^{er} juin</i>	3,1	3,3	1	8	2,6	4,5	4,2	4,9	4,5	8,6	4,1

Données d'activités des CRA, 16 mars-1^{er} juin 2020 – source : PAF

La diminution du nombre de personnes retenues et les impératifs sanitaires ont conduit à une réorganisation des modalités d'hébergement. Certaines zones ont été mises en sommeil et, au plus tard début avril, l'affectation d'une à deux personnes par chambre a été privilégiée. Cette organisation a été maintenue, avec parfois une augmentation à trois par chambre à compter du 11 mai.

Les personnes retenues ont cependant été contraintes de partager le réfectoire (le principe d'un seul service en un temps restreint a souvent été maintenu), les boutons-presseurs des douches et lavabos, les téléphones, les loquets des WC, etc. et ne pouvaient donc aucunement s'extraire d'une vie en collectivité. L'état d'urgence sanitaire a rendu plus sensibles encore les atteintes portées à leur dignité du fait de la vétusté de certains CRA et notamment de leurs équipements sanitaires, comme le souligne également une mission de suivi de la commission des lois du Sénat⁶².

Les impératifs sanitaires liés à l'état d'urgence auraient dû conduire à une réorganisation des lieux, des équipements et des services permettant le respect des gestes barrières et l'adoption de postures de précaution pour les personnes qui le souhaitent.

b) Contamination

Aucune des personnes placées sous la surveillance de la PAF en ZA ou en CRA n'a été testée positive au coronavirus entre le 16 mars et le 2 juin. Les CRA de Lille, Nîmes, Metz, Oissel et Toulouse ont, chacun, eu à connaître de cas suspects, en nombre contenu (quatre au maximum en un même lieu) : ces personnes ont été mises à l'écart ou prises en charge à l'hôpital le temps de la levée de doute. Les tests nasopharyngés pratiqués se sont révélés négatifs. Le CRA de Paris-Vincennes fait ainsi figure d'exception puisque, au 15 avril, trois personnes partageant la même chambre y avaient été testées positives au Covid-19⁶³. Après un dépistage nasal effectué sur l'ensemble de la population retenue, sept autres personnes, asymptomatiques, ont été testées positives. Parmi ces dix personnes, six ont été libérées et orientées vers des centres de l'ARS consacrés aux personnes précaires contaminées et quatre ont été maintenues au CRA après refus de l'ARS et avis de la préfecture.

5.2.2 Impact de la pandémie sur le personnel

Parmi les agents, 181 « cas suspects » ont été rapportés mais peu ont été contaminés de manière avérée ; peu de tests ont toutefois été pratiqués. Le taux d'absentéisme des forces de police a été supérieur à la normale en raison d'arrêts de travail pour maladie, éventuellement préventifs pour les personnes fragiles, et d'autorisations d'absence pour garde d'enfants. La continuité du service a toutefois été assurée au bénéfice d'un plan de continuation réorganisant les effectifs par rotations de moitié, suffisantes par l'effet combiné de la baisse du nombre de personnes privées de liberté, de la fermeture de zones d'hébergement et de la diminution des mouvements.

5.2.3 Mesures d'information et de prévention

Comme indiqué, un court texte traduit en cinq langues, informant sur les gestes barrières et la pandémie, a été transmis aux CRA pour affichage à destination des personnes retenues. Il a été vu dans les locaux de police de l'aéroport de Paris-CDG et à l'intérieur de la ZAPI, mais pas dans les zones de vie des CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot où seules des affiches, plus complètes mais en langue française et en nombre insuffisant, étaient placées.

⁶² « Covid-19 : deuxième rapport d'étape sur la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire », 29 avril 2020, p. 75.

⁶³ Voir CGLPL, 20 avril 2020 : www.cglpl.fr/2020/saisine-du-ministre-de-linterieur-sur-la-situation-sanitaire-dans-les-centres-de-retention-administrative/

Dans un contexte de crise, l'information des personnes privées de liberté devait être renforcée, au moyen notamment d'affichages exhaustifs, traduits en plusieurs langues, intégrant des pictogrammes, mis à jour et renouvelés s'ils sont dégradés.

a) La zone aéroportuaire de Paris-CDG

Aucune information n'a été rapportée s'agissant des dispositifs de prévention accessibles aux « naufragés » présents dans les aéroports. Tout au plus des affichages, en français et anglais, ont-ils été observés à certains points de passage.

S'agissant de la ZA, une procédure de contrôle sanitaire des entrées a été mise en place mi-mars : toute personne faisant l'objet d'un refus d'entrée en France et d'une décision de maintien était systématiquement visitée en aéroport par le personnel soignant de la ZAPI – ou du service médical d'urgence de l'aéroport durant la nuit – aux fins d'auscultation et de relevé de température, dans les espaces des postes de police consacrés aux fouilles et palpations. Seules les personnes asymptomatiques étaient transférées en ZAPI où, durant les premières semaines de la pandémie au moins, leur température était vérifiée (en fonction de leur nombre : quotidiennement ou tous les deux ou trois jours). Cette procédure a été suspendue le 1^{er} juin, après qu'ADP a, selon son président-directeur général, installé des caméras thermiques aux points d'entrée des voyageurs afin d'en apprécier la température corporelle. Pourtant, les contrôleurs ont constaté, le 9 juin, que seul le terminal 2E en était pourvu.

Le port du masque n'a, d'abord, été prévu que pour les passagers symptomatiques et les agents au contact de ceux-ci ; ce n'est qu'ultérieurement – courant avril ou au cours du mois de mai – que la disponibilité des masques a été élargie dans les postes de police des terminaux. Début juin, les voyageurs arrivent le plus souvent masqués et sont pris en charge par des fonctionnaires eux-mêmes porteurs d'un masque. L'accès aux toilettes depuis les salles de maintien, bien que parfois soumis à la disponibilité des policiers, permet un lavage régulier des mains ; la PAF dispose par ailleurs de gel hydroalcoolique, accessible aux personnes privées de liberté durant leurs auditions, tenues dans des bureaux équipés d'une séparation en plexiglas.

Au sein de la ZAPI, un stock de masques chirurgicaux a – peu avant le 8 juin semble-t-il – été confié à la Croix-Rouge, chargée de les distribuer systématiquement à chaque arrivant, puis à la demande. Le gel hydroalcoolique n'est proposé qu'à l'entrée du réfectoire ou dans le bureau de la Croix-Rouge ; la dotation en savon est renforcée et les prestations de nettoyage ont été complétées « *sur instructions verbales au début du mois d'avril* » : trois passages quotidiens seraient assurés pour la désinfection des poignées, interrupteurs et téléphones ; les sols des chambres seraient quotidiennement désinfectés.

b) Les CRA

Les prestations de nettoyage ont été renforcées dans les mêmes conditions. La mise à disposition de gel hydroalcoolique et de *spray* désinfectant aux personnes retenues n'a été signalée que dans un seul CRA. Ailleurs, elles disposaient d'eau et de savon à l'intérieur des zones d'hébergement ; le gel n'était accessible que dans les réfectoires et les locaux abritant l'unité médicale, l'association d'assistance juridique et l'office français de l'immigration et l'intégration (OFII).

Pour l'essentiel⁶⁴, c'est courant mai qu'ont été délivrés les autorisations et crédits nécessaires à la constitution de stocks de masques destinés aux personnes retenues. Avant cette date, conformément aux préconisations sanitaires générales, le port du masque n'a été indiqué que pour

⁶⁴ Au CRA de Paris-Vincennes, des masques ont été accessibles dès la mi-avril à la suite d'infections avérées.

les personnes symptomatiques. Aucune mise à disposition libre de masques en zone de rétention n'a été rapportée ; au 1^{er} juin, un voire deux masques ont été joints au « kit arrivant » des personnes retenues, qui pouvaient les remplacer jusqu'à quatre fois par jour en en faisant la demande aux prestataires intervenant dans les centres. Faute de demandes ou de distribution effective, le port du masque par les personnes retenues – comme d'ailleurs par les agents de police – était toutefois peu fréquent.

Les services de police ont pour l'essentiel été dotés en masques, gants et gel hydroalcoolique dans le courant du mois d'avril, et en plaques de plexiglas et visières à la fin de ce mois ; certains témoignent de dotations uniquement après le 11 mai. Le 10 juin, au CRA du Mesnil-Amelot, de nombreuses plaques de plexiglas commandées n'étaient pas posées.

L'instruction précitée du ministre des solidarités et de la santé du 17 mars, qui souligne que « *seules les personnes qui ne présentent pas de symptômes évocateurs de coronavirus peuvent faire l'objet d'une procédure de placement en CRA* », a conduit à la mise en place de procédures conservatoires dans l'ensemble des centres : comparables, elles prévoient un examen d'admission incluant en général une prise de température (parfois quotidiennement renouvelée) ; les personnes présentant des symptômes sont isolées le temps de la levée de doute, le plus souvent effectuée par un test nasopharyngé. Si un résultat positif à ce test ou la persistance de symptômes ont, pour l'essentiel, conduit à lever la mesure de rétention conformément à l'instruction ministérielle, tel n'a pas toujours été le cas. En particulier, le CRA de Paris-Vincennes a pris un parti différent, après le constat d'un foyer de contamination début avril : un bâtiment du centre a été consacré à la seule prise en charge des arrivants et des personnes symptomatiques, placés en chambre de mise à l'écart le temps de leur dépistage, et à celle des éventuelles personnes testées positives⁶⁵.

Ces mises à l'écart, susceptibles de durer jusqu'à 24 heures pour les arrivants voire de se prolonger en cas de « quatorzaine », ont eu pour conséquence un isolement de nature à durcir les conditions d'enfermement (pas de distraction) et à porter atteinte à l'exercice des droits (accès au téléphone ou à une assistance juridique), en particulier si elles ne se déroulaient pas dans un « secteur tampon » mais dans une seule chambre d'isolement dénuée de tout équipement, y compris parfois sanitaire. Or, la mise à l'écart sanitaire ne doit pas empêcher l'accès à des sanitaires, à une assistance juridique, à un téléphone et à un minimum d'offre occupationnelle.

5.2.4 Respect des droits

a) Relations familiales

Dans la ZAPI comme dans l'ensemble des CRA demeurés en activité, les visites familiales ont été suspendues dès la mi-mars et jusqu'au 11 mai au moins. Au CRA de Paris-Vincennes, elles devaient reprendre le 4 juin mais les familles ont été refoulées ce jour-là.

Pendant la suspension des visites, les proches des personnes retenues ont pu leur apporter des vêtements et de l'argent, voire de la nourriture durant le ramadan, parfois grâce à l'intervention de l'OFII.

Lorsque les visites ont de nouveau été autorisées, leur organisation a été adaptée : obligation de port d'un masque, limitation du nombre de visiteurs simultanés voire installation de séparations physiques. La mise à disposition de gel est assurée.

⁶⁵ Voir sur ce point CE, 12 mai 2020, n° 440255, points 10 et suivants.

b) Droits de la défense et soutien des partenaires extérieurs

i) Assistance juridique et matérielle

Les personnes placées en CRA ou en ZA sont totalement dépendantes des partenaires, dont les associations d'assistance juridique. Or celles-ci ont cessé leur présence sur site au plus tard le 17 mars et ont instauré des permanences téléphoniques. Sauf en Guadeloupe et en Guyane, les services de police (greffe ou assimilés), sollicités pour ce faire, ont accepté de transmettre à leurs représentants les éléments de procédure nécessaires à l'exercice des droits des personnes, dont ils ont recueilli les signatures sur place ; ce concours doit être souligné.

Certaines associations ont repris une activité sur site de façon progressive dès le courant du mois de mai, mais d'autres fonctionnaient encore exclusivement à distance au début du mois de juin.

Pourtant, les conditions de l'assistance juridique proposée aux personnes privées de liberté en centre de rétention administrative ou en zone d'attente ne peuvent être durablement dégradées ; si l'intervention à distance des structures associatives habilitées, utilement complétée par le concours des services de police, permet d'assurer la continuité minimale indispensable, cette assistance ne peut être exclusive d'une présence physique, au moins partielle.

Les représentants de l'OFII ont adapté leur intervention en rétention à la diminution de la population retenue et étaient présents au moins à mi-temps.

Au sein de la ZAPI, les représentants de la Croix-Rouge française ont maintenu leur activité sans discontinuer ; les agents en charge de l'examen des demandes d'admission sur le territoire au titre de l'asile ont assuré leur intervention à distance jusqu'au 11 mai.

Durant la période envisagée, les visites d'avocats et d'autorités consulaires dans ces lieux fermés sont restées exceptionnelles.

ii) Accès à l'avocat et au juge

Le sort juridictionnel des personnes maintenues en ZA et placées en CRA a été fonction des décisions prises par les juridictions dans le ressort desquelles elles se trouvaient enfermées.

Le tribunal judiciaire de Bobigny a décidé, dès la mi-mars et jusqu'au 8 juin, de ne plus assurer d'audiences JLD pour les personnes maintenues à la ZAPI : celles-ci ont donc, pendant cette période, été systématiquement libérées après quatre jours de maintien. Mais tel n'a pas été le cas d'autres juridictions, judiciaires comme administratives.

Pour l'essentiel, les audiences ont été organisées par visioconférence – y compris dans des locaux ne répondant pas aux conditions minimales en termes d'accessibilité et de publicité – voire par téléphone ou même seulement sur dossier, sans comparution de la personne devant son juge. Le jugement de certaines requêtes administratives a pu être différé ; eu égard à leur caractère suspensif de l'exécution de la mesure, ce report *sine die* a prolongé la durée de la rétention des requérants.

Lorsque des extractions ont été assurées (majoritairement au CRA de Guyane, exceptionnellement ailleurs, avant le 11 mai au moins), le port du masque et l'utilisation de fourgons ont été imposés, voire le transport d'une seule personne retenue à la fois.

Les personnes appelées à comparaître n'ont pas toujours bénéficié de l'assistance d'un avocat puisque certains barreaux, dont celui de Paris, ont cessé les désignations au titre de la commission d'office dans le cadre des contentieux intéressant le « droit des étrangers »⁶⁶ durant la période initiale de l'état d'urgence sanitaire.

⁶⁶ Décision du 24 mars 2020 notamment citée par une ordonnance de la cour d'appel de Paris du 11 avril 2020.

Le CGLPL rappelle que la présentation physique des personnes placées en zone d'attente ou en rétention administrative devant leur juge, judiciaire comme administratif, doit être toujours privilégiée à l'utilisation de moyens de communication, à plus forte raison lorsque l'installation de ceux-ci ne permet pas d'assurer les conditions de publicité et de sérénité indispensables à ces comparutions. Les jugements rendus sur dossier sont inacceptables. Il n'est pas non plus admissible que ces personnes soient privées de leur droit à l'assistance d'un avocat.

Les atteintes aux droits que l'on vient de retracer ont été directement constatées la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté au cours des deux visites qu'elle a effectuées aux CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot. Elles ont été immédiatement portées à la connaissance du ministre de l'intérieur⁶⁷. Il lui a été indiqué que l'épidémie, dès lors qu'elle entre dans ces lieux fermés, se propage rapidement, que le respect des gestes barrières est impossible en raison du manque d'information et d'équipement, des conditions d'hygiène déplorables, de l'agencement architectural et des conditions de vie imposées aux personnes retenues et que les conditions légales pour maintenir des personnes en rétention n'étaient plus respectées. Ces atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes ainsi retenues, ont conduit le CGLPL à renouveler sa recommandation de procéder à la fermeture provisoire des centres de rétention administrative dans le contexte de l'épidémie de Covid-19.

5.3 LE MAINTIEN EN ACTIVITE DES ZONES D'ATTENTE ET DES CENTRES DE RETENTION EN DEPIT DE L'EFFONDREMENT DU TRAFIC AERIEN A PROVOQUE DES ENFERMEMENTS INJUSTIFIES ET DES ATTEINTES GRAVES AUX DROITS DES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE

A l'aéroport de Paris-CDG, 248 personnes non admises en France ont été refoulées entre le 16 mars et le 1^{er} juin, dont 50 ressortissants européens. Parmi les personnes maintenues en ZA, 200 ont été renvoyées hors de France, dont 130 ressortissants européens.

En outre, des centaines de voyageurs dont le transit a été interrompu en raison de la pandémie n'ont fait l'objet d'aucune prise en charge administrative. D'autres ont été placés en ZA et donc privés de liberté et de nombreux droits.

Les passagers dont le transit a été interrompu à Paris en raison de l'état d'urgence sanitaire devaient faire l'objet d'une prise en charge administrative mais les limitations à l'entrée en France fondées sur un seul motif sanitaire ne peuvent donner lieu à placement dans des lieux de privation de liberté, *a fortiori* s'agissant de ressortissants européens. Une offre alternative de prise en charge aurait dû être proposée aux voyageurs concernés, en secteur hôtelier et sous couvert d'un visa temporaire, le cas échéant.

Les procédures d'éloignement du territoire mises en œuvre durant la même période à l'encontre des personnes placées en CRA sont détaillées dans le tableau ci-dessus (cf. § 5.2.1).

Exception faite de la situation particulière de Mayotte (210 personnes renvoyées aux Comores dont 41 mineurs), ces procédures atteignent un total de 132 pour les dix CRA relevant de la compétence de la PAF. La PP n'a pas transmis les informations sollicitées s'agissant du CRA de Paris-Vincennes ; ont cependant été rapportés treize départs de ce centre entre le 16 mars et le 15 avril, et un autre lors de la visite du CGLPL du 3 juin. Parmi toutes ces procédures, plusieurs « vols groupés » ont été organisés, en particulier à destination de l'Albanie et de la Roumanie (pays les plus représentés parmi les éloignements depuis la métropole avec 31 et 60 personnes).

⁶⁷ Lettre du 20 avril 2020 ([Annexe 6](#)).

Cette activité doit être mise en regard des statistiques disponibles pour les années précédentes, savoir : en 2018, 15 677 renvois forcés, soit plus de 1 300 par mois ; en 2019, 18 906 éloignements contraints, soit plus de 1 575 par mois⁶⁸.

De la mi-mars au mois de juin, les perspectives d'éloignement des personnes retenues étaient des plus aléatoires et ne paraissaient pas raisonnables, fragilisant la base légale des mesures de placement, en raison tant de l'interruption du trafic aérien que de la fermeture des postes consulaires étrangers. Ces mesures de rétention n'auraient donc pas dû être prononcées ni maintenues, *a fortiori* en l'absence de comparution normale devant un juge. A tout le moins, des assignations à résidence pouvaient être privilégiées. Ainsi, les durées de rétention ont été inutilement longues, dans des conditions qui ne permettaient nullement aux personnes retenues comme aux agents de police et aux autres intervenants de se prémunir efficacement d'une contamination.

⁶⁸ Source : ministère de l'Intérieur, « Les éloignements 2019 au 1^{er} janvier 2020 ». Ce document est accessible à l'adresse : www.data.gouv.fr/fr/datasets/em-2020-45-les-eloignements-2019-au-21-janvier-2020/

6. LES CENTRES EDUCATIFS FERMES

6.1 LA SPECIFICITE DES CENTRES EDUCATIFS FERMES A ETE INSUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE PAR LES MESURES DE POLITIQUE PUBLIQUE

6.1.1 Mesures législatives et réglementaires

La circulaire de présentation du 26 mars 2020 des dispositions de l'ordonnance 25 mars (cf. § 3.1.1) a prévu la possibilité de prolongation sans audience des mesures de placement, dont le placement en centre éducatif fermé (CEF), et des mesures éducatives pour les mineurs. L'article 30 de l'ordonnance prévoit que le juge des enfants peut, d'office, et sans audition des parties, proroger le délai des mesures éducatives ordonnées :

- jusqu'à 4 mois s'agissant des mesures de placement ;
- jusqu'à 7 mois s'agissant des autres mesures éducatives.

Le juge des enfants doit pour cela disposer d'un rapport du service éducatif en charge de la mesure, qu'il doit viser dans sa décision de prorogation.

Au regard de ces dispositions, il aurait été opportun qu'un dispositif spécifique soit envisagé au moins pour les placements en CEF, qui constituent une alternative à l'incarcération, afin de prévoir la tenue obligatoire d'une audience y compris par visioconférence. En effet, la violation des obligations auxquelles le mineur est astreint en CEF a des conséquences graves et peut entraîner son placement en détention.

6.1.2 Mesures de gestion

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a élaboré plusieurs notes et fiches techniques à destination des établissements et services qui appellent les remarques suivantes.

Si les informations relatives à l'épidémie de Covid-19 et aux consignes sanitaires requises sont relativement claires, les instructions sur d'autres aspects sont peu explicites et certaines ont été tardives. Les premiers documents, en date du 13 mars, ont seulement donné aux CEF la possibilité de suspendre les activités collectives extérieures sans préciser les mesures particulières à observer pour éviter la propagation de l'épidémie au sein de l'établissement.

Par ailleurs, les directives ont été trop succinctes sur certains sujets. Aucun document n'a fait état de la façon dont devait s'organiser la scolarité des mineurs alors même que celle-ci est, en temps normal, assurée par un intervenant de l'éducation nationale. De même, il n'y a eu aucune doctrine sur les demandes d'admission et le maintien du collectif de mineurs, la seule indication étant que des places d'hébergement pouvaient être libérées pour organiser le confinement des mineurs malades, ce qui a conduit à des situations très contrastées selon les établissements. La spécificité des CEF a été également insuffisamment prise en compte s'agissant des absences non autorisées, dont certaines peuvent constituer des évasions. Enfin, on peut s'étonner qu'aucune note ne soit venue expliciter les dispositions de la circulaire du 26 mars quant à la prolongation des mesures de placement.

6.2 L'IMPACT DE LA CRISE EST RESTE LIMITE DANS LES CENTRES EDUCATIFS FERMES MAIS UNE GESTION DE CRISE HETEROGENE N'A PAS PERMIS DE GARANTIR L'EGALITE DE TRAITEMENT DES ENFANTS PLACES

On trouvera ci-après la synthèse des constats effectués par le CGLPL à l'occasion des entretiens téléphoniques organisés pendant le confinement et des visites qui ont immédiatement suivi le déconfinement dans les centres éducatifs fermés⁶⁹.

6.2.1 Impact de la pandémie pour les personnes privées de liberté

a) Evolution des effectifs et modes d'hébergement

La situation a été très contrastée selon les CEF. En effet, à l'annonce du confinement, certains établissements se sont employés à permettre le retour des mineurs dans leurs familles, soit dans le cadre de droits de visite et d'hébergement élargis soit dans le cadre de placements éducatifs à domicile, après évaluation de la situation et autorisation des magistrats mandants. Ainsi, le nombre de mineurs restant hébergés a été fortement réduit, le reste de l'effectif faisant l'objet d'un suivi encadré à distance. Ces orientations n'ont pas toujours été réalisées en accord avec les directions territoriales (DT) qui, pour certaines d'entre elles, ont reproché aux CEF d'avoir « vidé » leurs établissements. A l'inverse, d'autres CEF ont maintenu leur collectif voire ont subi des « pressions » de la part des DT pour accueillir de nouveaux mineurs. Le nombre d'admissions durant la période a cependant fortement diminué en lien avec la baisse de l'activité juridictionnelle.

b) Nombre de cas de Covid-19 chez les personnes privées de liberté

Aucun cas de Covid-19 n'a été constaté sur le panel des CEF contactés mais certains jeunes ont présenté des symptômes sans pour autant être testés. Ce n'est qu'à compter du déconfinement que des tests ont pu être réalisés plus facilement.

6.2.2 Impact de la pandémie sur le personnel

a) Absentéisme et contaminations

Les CEF contactés n'ont pas rencontré de difficultés majeures d'absentéisme. Seuls quelques professionnels ont été contaminés par le Covid-19 et ont été en situation d'arrêt de travail ; d'autres ont bénéficié d'autorisations d'absence pour garde d'enfants. Le nombre de mineurs hébergés ayant été dans la plupart des établissements réduit, ces absences n'ont pas eu de conséquence sur l'organisation de la prise en charge. Les enseignants intervenant en CEF dépendant de l'éducation nationale ont assuré leurs missions en télétravail à la suite des instructions de leur administration.

b) Etat d'esprit

Les équipes ont été dans l'ensemble dynamiques et mobilisées pour assurer la continuité de l'activité mais certaines ont exprimé beaucoup d'appréhension, notamment à l'annonce du déconfinement. Des réunions d'équipe et de supervision ont été mises en place afin de répondre à leurs préoccupations.

⁶⁹ Entretiens de mars : CEF Gévezé (Ille-et-Vilaine) ; CEF Sinard (Isère). Entretiens d'avril : CEF La Jubaudière (Maine-et-Loire) ; CEF Tonnoy (Meurthe-et-Moselle) ; CEF Saint-Brice-sous-Forêt (Val-d'Oise) ; CEF Epinay (Seine-Saint-Denis). Entretiens de mai : CEF Saverne (Bas-Rhin) ; CEF Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; CEF Moissanes (Haute-Vienne) ; CEF Saint-Paul d'Espis (Tarn-et-Garonne). Visites de juin : CEF Saint Brice-sous-Forêt (Val-d'Oise).

c) Stratégies organisationnelles particulières

Certains CEF ont bénéficié du renfort de professionnels extérieurs d'origines professionnelles variées (éducateurs, professeurs techniques, cuisiniers). La plupart des cadres ont assuré une présence accrue sur site pour soutenir les équipes en particulier lors des temps sensibles de la journée. Enfin, le télétravail a été développé pour certains professionnels (secrétaires, professionnels à risque).

6.2.3 Accès à la protection

Dans l'ensemble, les CEF ont été dotés rapidement d'équipements sanitaires par les DT de la PJJ et de manière cumulative par les associations gestionnaires pour les CEF associatifs. Ainsi des masques, du gel hydroalcoolique et des gants ont été fournis dès le début du confinement puis de façon régulière après recensement des besoins. Les CEF associatifs ont été livrés plus rapidement et en plus grand nombre par leur association gestionnaire. Ils ont également activé leurs propres réseaux, ce qui leur a permis de disposer d'équipements supplémentaires. Dès le début du confinement, professionnels et mineurs ont été sensibilisés aux gestes barrières, souvent par l'intermédiaire de l'infirmière du CEF et du référent santé du territoire qui s'est déplacé dans les structures. Par ailleurs, des protocoles sanitaires ont été élaborés.

a) Pour les mineurs privés de liberté

Certaines DT n'ont pas régulé les admissions ni baissé la capacité opérationnelle des établissements ce qui n'a pas permis aux CEF de diminuer leurs effectifs. En cas de nouvelle admission, tous les CEF ont prévu d'isoler le jeune en chambre de confinement pour des durées d'une à deux semaines. Le port du masque a fait l'objet de pratiques disparates. Si la plupart des CEF ne l'ont pas imposé aux mineurs, d'autres l'ont rendu obligatoire dans la journée ou en cas de venue de personnes extérieures à l'établissement. Certains mineurs, en particulier les plus jeunes, ont rencontré des difficultés à respecter les gestes barrières. Afin que les règles de distanciation physique soient respectées, la restauration a été adaptée : réaménagement des salles à manger, repas pris en plusieurs services. Il apparaît que les consignes sanitaires ont contribué à la diminution des incidents et des altercations physiques, les jeunes évitant les contacts.

b) Pour les professionnels et les partenaires extérieurs

L'entretien des locaux a été assuré par les professionnels du CEF, souvent avec la participation des jeunes présents. Des protocoles ont été établis, certains ont mis en place une traçabilité du nettoyage afin de s'assurer de leur régularité. Les professionnels extérieurs doivent porter un masque s'ils se rendent dans l'établissement.

6.2.4 L'accès aux soins pour les personnes malades

a) Accès à l'information sur le risque sanitaire

L'information a été correctement assurée grâce à la présence de professionnels de santé au sein des CEF, en particulier les infirmiers. Des « référents Covid » ont été désignés au sein des échelons déconcentrés et sont joignables à tout moment si besoin. Certains se sont déplacés dans les structures pour expliciter les gestes barrières.

b) Mesures conservatoires et de prévention

Tous les CEF ont réservé une chambre de confinement destinée à accueillir un mineur atteint de Covid-19. La plupart du temps, celle-ci a été choisie car disposant de sanitaires spécifiques. Dans certains cas, il s'est agi de la chambre d'un mineur, dans d'autres de la chambre de veille ou encore de la salle destinée à l'accueil des familles. Certains ont formalisé un protocole détaillant les

modalités de nettoyage, les règles à appliquer comme la prise de température régulière ou les repas pris en chambre. Certains CEF ont prévu d'affecter des éducateurs référents à ces prises en charge pour éviter de multiplier les contacts.

c) Accès au médecin généraliste

Aucune difficulté n'a été signalée grâce au réseau partenarial entretenu par les CEF qui disposent presque tous de médecins référents et qui ont des liens avec les hôpitaux ou CMP de secteur. La présence de professionnels de santé au sein des CEF, infirmière en premier lieu mais également psychologue et psychiatre est de nature à faciliter les prises en charge.

6.2.5 Le maintien des droits fondamentaux

a) Relations familiales

Pour les mineurs restés hébergés, la quasi-totalité des CEF a suspendu les retours en famille les week-ends pour éviter la propagation du virus au sein de l'établissement. Il en a été de même pour les visites. Les règles relatives aux communications téléphoniques ont été assouplies dans la totalité des établissements, qu'il s'agisse de la durée ou de la régularité des appels afin de permettre aux mineurs de maintenir les liens familiaux. La plupart des CEF ont mis en place des modalités autres d'échange en utilisant des applications comme WhatsApp® ou Skype®. Par ailleurs, les professionnels (éducateurs, psychologues) ont contacté régulièrement les titulaires de l'autorité parentale afin de les informer du fonctionnement de l'établissement et de répondre à leurs éventuelles interrogations. La situation sanitaire a entraîné un rapprochement des liens familiaux, certains mineurs s'inquiétant pour leurs proches et réciproquement.

b) Scolarité, insertion

Les enseignants ont très majoritairement assuré la scolarité à distance en transmettant les consignes et les devoirs aux éducateurs et professeurs techniques qui ont pris le relais, voire en réalisant des cours par visioconférence. Les cours ont également été transmis par mail aux jeunes revenus dans leur famille et certains ont été dotés pour ce faire de tablettes et d'ordinateurs. Enfin, les jeunes scolarisés ont reçu les cours *via* leur établissement scolaire. Les mineurs ont plutôt investi les cours dispensés y compris pour ceux qui se trouvaient au domicile familial. Les stages en insertion ont été suspendus, ce qui complique l'élaboration du projet de sortie des mineurs. Il s'agit là de l'un des principaux problèmes causés par le confinement.

c) Activités et sorties

Si les activités extérieures ont été suspendues, les activités internes ont été maintenues, adaptées voire renforcées. Les CEF ont tous été attachés à structurer la journée afin de diminuer les moments d'oisiveté propices aux tensions. Les établissements situés dans de vastes locaux entourés d'hectares de terrain ont pu maintenir sans difficulté une offre variée dans un cadre de vie très favorable de confinement : atelier de menuiserie, ferme pédagogique, activité espaces verts. Des activités sportives ont été organisées et les mineurs associés aux travaux d'entretien des locaux. Les jeunes ont développé une relation privilégiée avec les professionnels.

6.2.6 Relations avec les magistrats, liens avec les services de milieu ouvert et les partenaires extérieurs

a) Relations avec les magistrats

Les relations avec les juridictions ont été dans l'ensemble de qualité avec des contacts réguliers. Les CEF ont sollicité les magistrats mandants pour la mise en place de droits de visite et d'hébergement

élargis au début du confinement excepté dans de rares occasions. Les audiences ont été reportées. Enfin, les incidents ont été très rares.

b) Liens avec les services de milieu ouvert

Les services éducatifs territoriaux de milieu ouvert de la PJJ ont tous fermé, les éducateurs assurant leurs missions en télétravail et ne se rendant plus au sein des CEF. Si certains CEF ont entretenu des liens réguliers, par téléphone ou mail avec les services de milieu ouvert, d'autres ont été confrontés à des difficultés voire l'impossibilité de les contacter, et ce au détriment du suivi éducatif des mineurs concernés.

c) Partenaires extérieurs

Les partenaires extérieurs ont presque tous suspendu leur intervention au sein des établissements. Leur retour progressif, dans le cadre du déconfinement, a été préparé afin que les consignes sanitaires soient respectées.

6.2.7 Opinion des responsables de terrain sur les informations ou consignes du niveau national

De façon générale, les responsables de CEF estiment avoir reçu rapidement des consignes tant sur la continuité de l'activité que sur les règles sanitaires et ce, dès le début de la période de confinement. Toutefois, pour les CEF associatifs, les associations gestionnaires semblent avoir été beaucoup plus réactives que la PJJ quant à la transmission d'informations ou d'instructions. Les échelons déconcentrés, directions territoriales et interrégionales de la PJJ, ont pour la plupart élaboré et formalisé des plans de continuité de l'activité et des protocoles sanitaires. Il en a été de même pour les associations gestionnaires.

Ces outils ont facilité la réorganisation du service. Des « référents Covid » ont été désignés tant au niveau territorial qu'interrégional et des cellules de crise mises en place. Une partie des CEF déplore n'avoir reçu aucun soutien de la DT. Certaines n'ont ni régulé les admissions, ni réduit la capacité des CEF, exigeant un fonctionnement normal ce qui est peu compréhensible au regard du caractère inédit de la situation.

6.3 LA CRISE A MONTRE LA NECESSITE D'UNE HARMONISATION DU FONCTIONNEMENT DES CENTRES EDUCATIFS FERMES ET L'INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS OUVERTE

6.3.1 Le déconfinement

A l'instar du confinement, le déconfinement a été disparate selon les CEF. Il a permis tantôt le retour des mineurs qui ont été confinés au domicile familial, tantôt la reprise de l'activité normale avec l'intégration des gestes barrières pour les CEF qui ont pris en charge l'ensemble des mineurs placés pendant le confinement.

6.3.2 Le retour à une situation « normale »

La crise sanitaire a soulevé plusieurs enseignements s'agissant des CEF.

Tout d'abord, une forte disparité a été constatée sur la manière dont les CEF fonctionnaient. Cette disparité est due principalement aux consignes nationales qui ont manqué de clarté et au positionnement et accompagnement des échelons déconcentrés, notamment des directions territoriales, qui ont différé d'un territoire à l'autre, mais également au mode de gestion des CEF (public ou associatif). Il importe qu'une harmonisation soit recherchée afin de garantir une équité de prise en charge quel que soit le CEF où le mineur est placé.

En fonction des directives locales, la question des nouvelles admissions pendant le confinement a été particulièrement délicate pour les équipes et pour les mineurs arrivants qui subissaient un isolement pour des raisons sanitaires. Une réflexion au niveau national sur cette question aurait été bienvenue, notamment pour limiter les orientations en placement éducatif lors des déferrements et les privilégier pour les sorties de détention par exemple.

Par ailleurs, les professionnels intervenant dans les CEF n'ont pas bénéficié des mesures telles que l'aide à la garde d'enfant ou à la poursuite de la scolarité. Or, ces dispositions, mises en place pour les professionnels soignants, ont bénéficié aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance. Il est difficilement compréhensible que les mesures diffèrent selon que les professionnels interviennent dans un cadre civil ou pénal.

Enfin, la crise sanitaire a conduit les CEF à recourir plus largement au placement séquentiel et à vérifier sa plus-value. Cette pratique doit être encouragée en ce qu'elle permet une meilleure adhésion des mineurs à la prise en charge et une sortie progressive du CEF.

CONCLUSION

Les différents lieux de prise en charge des personnes privées de liberté ont su s'adapter à la crise sanitaire résultant de la pandémie de Covid-19 et ne sont pas devenus les foyers épidémiques que certains craignaient. Des atteintes aux droits fondamentaux ont été constatées et palliées de manière très inégale. Dans les lieux de privation de liberté comme dans toute la société cette crise aura montré que de nouvelles pratiques sont possibles.

Une fois cette crise passée, chacun doit avoir à cœur de faire l'inventaire du positif et du négatif que le confinement et les efforts faits pour assurer la continuité des services auront révélés. Des retours d'expérience doivent être conduits à tous les niveaux et dans toutes les catégories de lieux de privation de liberté.

Parmi les points positifs, on compte en premier lieu les mesures de prévention de la contagion qui ont préservé les personnes privées de liberté du risque sanitaire auquel la promiscuité les exposait. On doit aussi compter parmi les apports de cette crise la démonstration qu'il est possible de réduire fortement le nombre des personnes enfermées sans que, pour autant il en résulte une hausse de l'insécurité, une aggravation des pathologies ou une réaction hostile de l'opinion publique. La baisse spectaculaire de la population pénale, le développement de la prise en charge extra hospitalière des patients de psychiatrie, la quasi-fermeture d'un grand nombre de centres de rétention administrative ont apporté la preuve que l'enfermement n'est pas une fatalité. Toutes les mesures nécessaires pour éviter un retour au *statu quo ante* doivent être prises : deux d'entre elles relèvent de la loi :

- la psychiatrie, ne sera en mesure de concevoir et de mettre en œuvre les changements nécessaires qu'au prix d'une impulsion politique forte, concrétisée par une grande loi sur la santé mentale ;
- le développement des peines non carcérales et la création d'un système contraignant de régulation carcérale assez robuste pour garantir le maintien de la population pénale en deçà de la capacité d'accueil des prisons.

Dans les centres de rétention administrative, cette crise aura été l'occasion de réaffirmer que la rétention ne doit pas être une simple commodité administrative mais doit être justifiée en droit par la perspective concrète d'un éloignement du territoire national et un risque de fuite avéré. Il est regrettable que le Gouvernement n'ait pas complètement tiré les conséquences de ce principe en fermant provisoirement tous les centres de rétention administrative faute de perspective concrète d'éloignement à court terme.

De manière générale, cette crise aura montré que le caractère nécessaire de l'ampleur des pratiques d'enfermement existantes reste à démontrer. Il doit donc faire l'objet d'un vaste débat à la lumière des enseignements de cette crise.

De nombreuses autres mesures positives ont été le résultat d'initiatives locales : poussés par la nécessité, les responsables de lieux de privation de liberté ont développé le travail pluridisciplinaire et les partenariats et pris des initiatives dont eux seuls pouvaient mesurer la nécessité. Une nouvelle étape de déconcentration des responsabilités semble donc justifiée.

Parmi les points négatifs, il faut souligner que la crise, et notamment le confinement auront été dans les lieux de privation de liberté l'occasion d'un accroissement des contraintes : les liens

familiaux ont été distendus, les activités, y compris les simples sorties à l'air libre, ont été limitées, les sorties provisoires ont été suspendues et, plus gravement, les droits de la défense ont été réduits par des audiences tenues de manière dégradée, parfois sans comparution, et par un accès plus difficile aux avocats. Chacune de ces atteintes aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté doit faire l'objet d'une analyse précise et conduire aux plans de prévention nécessaires.

La crise aura également révélé des « angles morts » du droit de la privation de liberté. Deux situations imprévues sont apparues :

- celle des passagers rendus « captifs » des aéroports en raison de l'absence de correspondance ; on ne pouvait pas les placer en zone d'attente et, pour autant, on ne désirait pas les admettre provisoirement sur le territoire français. Des modalités juridiques et matérielles de prise en charge de ces situations doivent être prévues ;
- celle des patients des établissements de santé mentale que l'on a cru pouvoir contraindre à respecter le confinement en détournant les règles applicables à l'isolement psychiatrique. Les règles applicables à l'isolement psychiatrique doivent être précisées afin de lever toute ambiguïté sur ses finalités.

Pour différentes qu'elles soient, ces deux situations révèlent des vides juridiques qu'il convient de combler.

Dans les lieux de privation de liberté, la difficulté d'accès aux moyens de prévention (gel, gants et masques) et la confusion quant à leur nécessité ont été les mêmes que dans l'ensemble de la société, mais les personnes privées de liberté, ainsi que ceux qui les prennent en charge ont été parmi les derniers équipés. Ainsi, pour l'avenir, des plans de prévention des crises sanitaires spécifiques aux lieux de privation de liberté doivent être établis, comme ils le seront pour chacune des activités de la Nation.

Les facteurs d'isolement que la crise a suscité n'ont pas toujours pu être compensés par des mesures adaptées. Si des efforts ont été consentis pour autoriser les communications téléphoniques ou le lavage du linge au sein des lieux de privation de liberté, les bénéfices que l'ensemble de la société a pu tirer du numérique tant comme distraction que comme outil de service ou comme moyen de communication, se sont souvent arrêtés à la porte des lieux de privation de liberté. Des interdictions d'un autre âge dans les établissements pénitentiaires et des insuffisances techniques dans les établissements de santé mentale et les centres de rétention administrative ont interdit aux personnes privées de liberté de bénéficier de services numériques en rapport avec ceux dont dispose l'ensemble de la population. Les droit et les moyens techniques doivent être adaptés pour surmonter ces obstacles.

Enfin, les mesures prises durant le confinement doivent se terminer avec lui : l'adaptation à un mode dégradé de fonctionnement ne doit pas encourager de façon perverse sa pérennisation, notamment en ce qui concerne le télétravail ou le recours accru à des pratiques et relations distancées. On ne peut en effet admettre que le souci de donner plus de latitude au fonctionnement de l'administration ou de la justice fasse perdurer des atteintes aux droits dont la nécessité, c'est-à-dire la légitimité, ne reposait que sur l'imminence du risque sanitaire et sur un caractère très provisoire. Les droits de la défense, la liberté d'aller et venir, les droits de visite doivent donc être immédiatement rétablis dans leur état antérieur.

ANNEXE 1
PLAN DE VISITE DE JUIN 2020
RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET DE LA DIGNITE
DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE SOUMIS A LA PANDEMIE

Se doter d'un masque anti-postillon tout le temps du contrôle sur site (tissu ou chirurgical) et se laver les mains au gel hydroalcoolique avant d'entrer dans une unité ou une réunion

1 Impact réel de la pandémie

1.1 Combien avez-vous de personnes privées de liberté présentes pour combien de places, quel est le mode d'hébergement habituel

A la date du confinement et évolution

1.2 Comment avez-vous les informations ou consignes du niveau national ?

1.3 Nombre de cas de Covid 19 chez les personnes privées de liberté

Dépistés dans l'établissement ? Nombre de décès et d'hospitalisés ?

Avez-vous les outils pour répertorier les personnes privées de liberté fragiles (plus de 70 ans ou pathologie chronique ou obésité) ; avez-vous développé des choses particulières pour celles-ci ?

1.4 Effectifs de professionnels

Problème d'absentéisme ? Nombre de cas (maladie ou décès) chez les professionnels ?

État d'esprit du personnel ?

Avez-vous développé des stratégies RH ou organisationnelles particulières ?

Entretiens avec des professionnels de terrain

2 Accès à la protection pour les personnes privées de liberté et les professionnels

2.1 Les mesures d'hygiène générale

Modalités d'évitement de la promiscuité ? Qu'avez-vous imaginé ? Report d'entrées ? Sorties prématurées ? Gestion du quotidien ?

Réévaluation de mesure en cours (soins sans consentement, isolement ou disciplinaire, etc.) ?

Comment avez-vous protégé les professionnels ? Modalités de désinfection des surfaces à risques (poignées, écrans, etc.) ? de quoi avez-vous manqué ?

Comment s'est organisée la présence physique des professionnels auprès des personnes privées de liberté ? Perception des uns et des autres ?

2.2 Le matériel individuel

Comment vous êtes-vous procuré masques et solutions hydroalcooliques ?

Qu'auriez-vous souhaité avoir et que vous n'avez pas eu ?

Quantité finalement utilisée sur la période ?

2.3 La formation ou information

Accès à l'éducation sur l'hygiène, information sur les gestes barrières ; En plusieurs langues ? Qu'avez-vous imaginé ou développé ?

Avez-vous développé une organisation du service originale (renfort, mode dégradé, formation des professionnels) ?

3 Accès aux soins pour les personnes malades

3.1 Accès à l'information sur le risque sanitaire ?

Télévision, journaux ? Gratuité ? Information dans plusieurs langues ? Accès aux numéros d'information nationaux ?

Comment avez-vous été informé vous-même ? Comment améliorer les outils ?

Détection des premiers cas : Comment avez-vous fait ? Qui avez-vous appelé ?

3.2 Accès au médecin généraliste ? accès aux urgences

Avez-vous eu des difficultés d'accès aux soins traditionnels ?

Avez-vous eu des difficultés pour les appels de nuit et de garde médicale ?

3.3 Modalité des mesures conservatoires et de prévention

Comment avez-vous géré la mise en confinement et le maintien des contacts ?

Comment avez-vous géré les repas ?

4 Accès et maintien des droits fondamentaux

4.1 La liberté d'aller et venir sortie de chambre ou cellule, du service ou quartier, de l'établissement

4.2 Le maintien des contacts familiaux (visites, téléphone, internet)

Comment avez-vous géré l'accès aux communications avec la famille : téléphone, méthode innovante ?

4.3 Activités, sorties extérieures organisées

Comment avez-vous géré le maintien ou l'annulation des sorties ou modalités diversifiées ; l'accès extérieur pour fumer ? Les modalités d'ouverture et de fermeture des portes ?

4.4 Droits de la défense et soutien des partenaires extérieurs

Comment a été maintenu l'accès à l'avocat, aux partenaires extérieurs, l'audience du JLD ?

Comment avez-vous maintenu le traitement des demandes des personnes privées de liberté ?

5 Déconfinement

Evolutions des mesures, priorisation ? Lesquelles ?

Au moment du contrôle, reste-t-il des restrictions de liberté ? Lesquelles

Enseignements tirés pour l'avenir (pour le fonctionnement normal et le fonctionnement de crise) ?

Avez-vous connaissance surcroît de violence ? quelles ont été les modalités de recueil des plaintes ?

Les certificats de coups et blessures étaient-ils possibles ?

Bilan des violences durant le confinement ; extraction de FEI

6 Sur quels points soulevés lors du contrôle précédents, les choses ont-elles heureusement évolué ou au contraire n'ont-elles pas bougé ?

ANNEXE 2 : COURRIER ADRESSE A LA GARDE DES SCEAUX LE 17 MARS 2020



Paris, le 17 mars 2020

Madame la ministre,

Les mesures annoncées hier par le Président de la République imposent à toute la population résidant en France un confinement et une prise de distance entre les personnes afin de limiter les risques de contagion. A contrario, ces mesures mettent cruellement en lumière les conditions de promiscuité et de surpopulation qui prévalent dans les maisons d'arrêt françaises.

Les conditions de détention des plus surpeuplées d'entre elles placent la population pénale en situation de risque sanitaire élevé, alors que ce sont souvent des personnes condamnées à de courtes peines ou en fin de peine qui occupent ces établissements. Leur sécurité n'est plus garantie ; l'administration manquera donc à son obligation de protéger les personnes qu'elle a placées sous sa garde si elle ne prend pas d'urgence les mesures nécessaires.

C'est pourquoi je vous demande de réduire la population pénale à un niveau qui ne soit pas supérieur à la capacité d'accueil des établissements en proposant, adoptant ou suscitant toute mesure utile pour favoriser les sorties de prison et limiter les entrées.

Par ailleurs, j'apprends aujourd'hui par voie de presse que les parloirs sont suspendus dans les établissements pénitentiaires. Selon d'autres informations, il en serait de même pour les parloirs des avocats. Cette mesure, qui n'est pas illégitime au regard des risques de propagation du virus, va priver les personnes détenues de leurs liens familiaux dans une période où ceux-ci sont particulièrement nécessaires et de leurs droits de la défense.

Je vous demande donc de mettre en place des mesures de compensation efficaces et rapides, notamment en autorisant les contacts des personnes détenues avec leurs familles par visioconférence et d'accorder la gratuité du téléphone pendant la période de la crise sanitaire. Je vous demande également d'assurer, de manière fluide et gratuite, au moins par téléphone, la relation des personnes détenues avec leurs avocats.

Madame Nicole BELLOUBET
Garde des sceaux, ministre de la justice
13, place Vendôme
75042 PARIS CEDEX 01

Dès hier, le secrétaire général du CGLPL avait à ma demande interrogé le directeur de votre cabinet sur les mesures mises en place dans les établissements pénitentiaires et les centres éducatifs fermés afin de prévenir et contenir au mieux l'épidémie de COVID-19 et d'informer les personnes privées de liberté sur ce risque et les mesures permettant de le prévenir, ainsi que sur les mesures prises pour réduire le nombre des personnes détenues.

Aujourd'hui, les annonces du Président de la République ne me permettent pas de me satisfaire d'une simple information, bien que celle-ci demeure nécessaire. C'est pourquoi je vous demande des mesures immédiates et concrètes pour la protection des personnes détenues et de leurs droits. Compte-tenu de l'urgence, ma démarche sera rendue publique.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la ministre, l'expression de mes sentiments distingués.



Adeline HAZAN

Contrôleure Générale des lieux
de privation de liberté

ANNEXE 3 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DE L'INTERIEUR LE 17 MARS 2020



Paris, le 17 mars 2020

Monsieur le Ministre,

Les mesures annoncées hier par le Président de la République imposent à toute la population résidant en France un confinement et une prise de distance entre les personnes afin de limiter les risques de contagion. A contrario, ces mesures mettent cruellement en lumière les conditions de promiscuité qui prévalent dans les centres de rétention administrative. Les conditions de rétention méconnaissent en effet toutes les directives données à juste titre par les autorités. Il m'est indiqué que l'on observe dans certains centres une absence totale d'information de la population retenue, un hébergement collectif dans la promiscuité, le maintien de la restauration collective et un défaut complet de protection, tant de la population retenue que des fonctionnaires de police. Dans de telles conditions, l'Etat manque à son obligation de protéger à la fois ses agents et les personnes qu'il a lui-même placées sous sa garde.

Dans un contexte de réduction drastique des vols internationaux, la perspective de reconduite des personnes retenues est mince, voire illusoire ; dès lors la mesure de rétention elle-même se trouve dépourvue de fondement juridique car l'article L. 554-1 du CESEDA précise qu'un étranger ne peut être placé ou maintenu en rétention que pour le temps strictement nécessaire à son départ et que l'administration doit exercer toute diligence à cet effet. En l'absence de perspectives d'éloignement, je vous demande de procéder sans délai à la fermeture de centres et locaux de rétention administrative.

Monsieur Christophe CASTANER
Ministre de l'intérieur
Place Beauvau
75800 PARIS CEDEX 08

Dès hier, le secrétaire général du CGLPL avait à ma demande interrogé le directeur de votre cabinet sur les mesures mises en place dans les centres de rétention administrative et locaux de garde à vue afin de prévenir et contenir au mieux l'épidémie de COVID-19, sur l'évolution de la situation dans ces lieux et sur l'éventuelle poursuite des placements en CRA.

Aujourd'hui, les annonces du Président de la République ne me permettent pas de me satisfaire d'une simple information, bien que celle-ci demeure nécessaire. C'est pourquoi je vous demande des mesures immédiates et concrètes pour la protection des personnes retenues et de leurs droits. Compte-tenu de l'urgence, ma démarche sera rendue publique.

Je vous prie de bien vouloir agréer Monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments distingués.



Adeline HAZAN

Contrôleure Générale des lieux
de privation de liberté

ANNEXE 4 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE LE 27 MARS 2020



Paris, le 27 mars 2020

Monsieur le Ministre,

Le secteur de la santé mentale s'est rapidement adapté à la situation créée par l'épidémie de Covid-19. La réactivité des responsables locaux, la disponibilité, le professionnalisme et l'adaptabilité de toutes les catégories de personnel pour assurer le maintien de la qualité des soins tant en extrahospitalier que dans les unités sont remarquables.

Pour autant, les informations en provenance des établissements spécialisés ainsi que des services de psychiatrie des hôpitaux généraux montrent que la situation faite à la psychiatrie est particulièrement préoccupante. Le retard observé dans la transmission de consignes nationales a conduit les ARS à donner des consignes différentes selon les régions. Je tiens en conséquence à appeler votre attention sur l'obligation de garantir aux patients et aux soignants des établissements de santé mentale un accès à la protection contre le COVID-19 identique à celui dont bénéficie l'ensemble du système hospitalier, une prise en charge hospitalière et ambulatoire assurant la continuité des soins psychiatriques, un traitement compatible avec leur capacité de discernement et un accès aux soins égal à celui qui est proposé à toute la population.

En premier lieu, la faiblesse des moyens matériels pour faire face à l'épidémie de Covid-19 touche tous les hôpitaux et met cruellement en lumière la situation du secteur psychiatrique dénoncée depuis longtemps. L'allocation par les autorités sanitaires des ressources devenues rares ne respecte pas un égal accès de tous les secteurs au regard de leurs besoins. Les agences régionales de santé ont indiqué que la psychiatrie n'était pas prioritaire dans la distribution du matériel de protection. Ainsi, il apparaît que dans plusieurs régions, la répartition des masques, solutions hydroalcoolique et kits de dépistage entre les établissements de santé ne prévoit délibérément aucune attribution à la psychiatrie. Cette politique d'allocation qui méconnaît l'égalité d'accès de tous, patients et soignants, à la protection et à la prévention est inacceptable d'un point de vue éthique. Elle est en outre dangereuse en ce qu'elle porte le risque de voir se développer à l'intérieur des établissements des foyers infectieux, faute de prévention ou d'avoir pu tester les personnes en temps utile alors que certains publics suivis par les services de psychiatrie présentent des facteurs de risque à la maladie (anorexie, affections chroniques etc.) ou des contre-indications et interactions à certains médicaments.

Monsieur Olivier VERAN
Ministre des solidarités et de la santé
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Les responsables d'établissement psychiatrique surmontent cette discrimination en faisant preuve d'inventivité et de débrouillardise : appels aux dons du public et des entreprises, confection de masques de fortune, obtenant ainsi du matériel, parfois périmé, à l'efficacité incertaine. Ces pis-aller vont rapidement montrer leurs limites.

Les autorités sanitaires doivent assurer l'approvisionnement des établissements spécialisés en matériels de prévention de la transmission du Corona virus et en détection des personnes atteintes pour permettre une prise en charge adaptée, ce à l'égal des autres établissements de santé.

Le maintien des mesures de confinement dans la durée posera des difficultés particulières pour la population des personnes suivies en psychiatrie. Il convient de les anticiper pour assurer la poursuite des soins dans le respect des droits des patients.

Pour les personnes suivies par les structures extrahospitalières, les manifestations de leurs troubles psychiques risquent d'être aggravées par les mesures de confinement dans un contexte de fermeture des hôpitaux de jour et des CATTP. Les équipes mobiles constituées pour assurer des visites à domicile, les permanences téléphoniques ne suffiront sans doute pas à maintenir un lien de soins suffisant avec ces patients habitués à une prise en charge étayée en structure ambulatoire. Les mesures prises par les établissements sont diverses sur le territoire, la plupart des CMP ne restant pas ouverts. L'harmonisation du fonctionnement des services extrahospitaliers doit être mieux assurée, des consignes doivent être données pour que les CMP maintiennent leur activité, les entretiens téléphoniques étant privilégiés mais les patients les plus perturbés doivent pouvoir être reçus. Il convient de prévenir au mieux la présentation de patients en décompensation dans les services d'urgence des hôpitaux généraux.

De même doit être rappelé aux soignants l'importance de prendre régulièrement contact avec les patients isolés pour repérer ceux pouvant présenter des signes cliniques de maladie (maux de tête, fièvre, etc.).

Par ailleurs, la compliance des personnes souffrant de troubles mentaux aux consignes de confinement et aux gestes barrière peut être difficile à obtenir, ces consignes étant, pour certains, incompréhensibles. La présentation de l'attestation personnelle de sortie suppose la capacité de la rédiger ou de l'imprimer et la remplir ce qui peut poser un problème, particulièrement pour ces personnes. Les infractions qu'elles commettent doivent être appréciées à l'aune de leurs troubles, il convient de sensibiliser les forces de l'ordre qui les constatent aux spécificités de ces personnes. Or, tel n'est pas toujours le cas et des situations ont pu dégénérer provoquant violence et poursuites pénales inappropriées.

Enfin, si les personnes confinées chez elles ou en famille sont dans une phase de stabilité, il est probable que, passé un délai d'une dizaine de jours, des décompensations surviennent. Les professionnels prévoient de devoir hospitaliser ces patients décompensés. Cet afflux doit être anticipé. Il risque de se conjuguer avec l'obligation d'hospitaliser dans des lits de psychiatrie des patients des hôpitaux généraux débordés.

Les cliniques psychiatriques privées pourraient être mobilisées, comme les cliniques assurant les soins en MCO le sont déjà, pour accueillir, dans les meilleurs délais, les patients en soins libres transférés des CHS afin de libérer les lits de ces derniers pour les patients en soins sans consentement et ceux transférés des hôpitaux généraux.

Le fonctionnement interne des établissements spécialisés a été adapté pour minimiser les perturbations causées à leurs patients.

L'interruption des visites des familles est compensée en facilitant les relations par téléphone ou télécommunication visuelle. A ce titre, il convient de rappeler aux établissements que les patients doivent disposer librement de leur téléphone personnel, les exceptions ne pouvant être justifiées que par l'état clinique du patient.

Selon la disponibilité du personnel et la disposition des locaux, les promenades dans le parc doivent rester possibles pour les patients capables de respecter les gestes barrière, afin de prévenir les tensions. Dans le même souci de limiter les tensions, il doit être indiqué aux établissements que l'accès au tabac doit être garanti, quelle que soit la disposition des locaux.

Dans les établissements de santé mentale, le confinement des patients en soins libres fait l'objet de pratiques erratiques. Certains responsables ont simplement fermé les services autrefois ouverts ; d'autres accordent des attestations de sortie dérogatoire sur simple demande. Des instructions doivent être données afin de garantir aux patients en soins libres un traitement comparable à celui de toute personne qui ne fait pas l'objet d'une mesure de privation de liberté et de protéger la responsabilité des soignants.

Le fait que les juges des libertés et de la détention ne se déplacent plus à l'établissement de soins psychiatrique ne justifie en rien qu'ils statuent sans tenir d'audience. Pour respecter le droit des patients en soins sans consentement au contrôle juridictionnel de la mesure de soins, les audiences doivent être organisées par visio-conférence et, en cas d'impossibilité technique ou matérielle de recourir à un tel moyen, le juge doit décider d'entendre les parties et leurs avocats par tout moyen de communication électronique, y compris téléphonique, permettant de s'assurer de leur identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. Les médecins ne doivent en aucune façon conforter les pratiques des juges en faisant des certificats de contre-indication alors que l'état clinique du patient permet sa présentation.

S'agissant de la prise en charge thérapeutique, le maintien, comme il est prévu, dans les établissements spécialisés de ceux de leurs patients qui contracteront le Covid-19 doit également être coordonné avec les établissements généraux. Il ne devra pas se faire sans un renfort de médecins et soignants de MCO qui assureront la qualité de la prise en charge somatique.

Il convient d'assurer que la prise en charge somatique dans les EPSM ou services de psychiatrie de ceux de leurs patients atteints du Covid-19 n'ait pas pour conséquence un accès insuffisant aux services de soins intensifs des hôpitaux généraux alors que l'aggravation de leur état pourrait le requérir. En pareil cas, un égal accès aux soins somatiques devra leur être garanti avec un transfert en hôpital général, la liaison psychiatrique nécessaire devant éventuellement être renforcée.

Aux services des urgences générales, le dispositif de psychiatrie doit être présent à l'accueil Covid-19 pour les patients atteints de troubles mentaux. Des consignes doivent être données pour que ces patients arrivant avec un syndrome anxieux associé au Covid-19 aux urgences générales ne soient pas adressés en établissement psychiatrique au seul motif qu'ils sont par ailleurs suivis par un service psychiatrique ; à défaut, les entrées en hôpital psychiatrique risquent d'être saturées. Pour autant, il convient d'assurer auprès d'eux le suivi nécessaire par la liaison psychiatrique de l'hôpital général.

Enfin, la dignité des patients doit être respectée. A ce titre, il convient d'insister pour que les patients présentant la triple caractéristique d'être détenus, malades du Covid-19 et en décompensation psychiatrique soient traités dignement et sans placement systématique en chambre d'isolement.

Il serait regrettable que se concrétise la crainte actuelle de certains membres du secteur psychiatrique que cette discipline soit encore une fois considérée comme le parent pauvre de la médecine et que les personnes atteintes de troubles mentaux soient moins bien traitées que les autres patients.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.



Adeline HAZAN
Contrôleure générale
des lieux de privation de liberté

ANNEXE 5 : COURRIER ADRESSE A LA GARDE DES SCEAUX LE 5 MAI 2020



Paris, le 5 mai 2020

Madame la Ministre,

Pour la première fois depuis plusieurs décennies, les prisons françaises ont connu, fin avril 2020, un taux d'occupation global inférieur à 100 %. Le passage de cette barre symbolique ne doit pas occulter qu'il ne s'agit là que d'une moyenne, que le taux d'occupation des maisons d'arrêt reste supérieur à 110 % et que quelques-unes d'entre-elles connaissent même une densité d'environ 150 %, c'est-à-dire qu'elles accueillent encore trois personnes pour deux places. Le principe de l'encellulement individuel, que la loi impose depuis 1875, est encore loin d'être respecté. Néanmoins, le passage de cette barre symbolique démontre qu'il est possible de réduire la surpopulation pénale de manière efficace et rapide.

Dans un rapport que j'ai publié en 2018, je mettais en lumière les graves conséquences de la surpopulation carcérale qui ne se limitent pas au manque d'espace : un traitement indigne des personnes détenues, des conditions de travail inacceptables pour le personnel pénitentiaire, la montée de la violence et surtout la mise en échec des démarches tendant à préparer la réinsertion des personnes détenues en raison de la saturation de tous les services. Pour ces raisons, la France a récemment été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme qui lui a demandé d'adopter des mesures générales pour une résorption définitive de la surpopulation carcérale. La Cour recommande notamment la refonte du mode de calcul de la capacité des établissements pénitentiaires, l'amélioration du respect de cette capacité d'accueil et la création d'un recours préventif permettant aux personnes détenues, de manière effective, en combinaison avec le recours indemnitaire, de redresser la situation dont elles sont victimes et d'empêcher la continuation d'une violation alléguée.

Madame Nicole BELLOUBET
Ministère de la justice
Garde des sceaux, ministre de la justice
13, place Vendôme
75042 PARIS CEDEX 01

En mettant ces recommandations en pratique, la France ne ferait que rejoindre un mouvement européen de baisse de la population carcérale. La plupart des pays européens ont en effet observé d'une part qu'un taux d'incarcération élevé est sans effet positif sur le niveau de délinquance et sur la prévention de la récidive, et d'autre part que l'incarcération est une mesure à la fois plus coûteuse et moins efficace que d'autres formes de sanction. En prétendant combattre la surpopulation par la construction incessante de places nouvelles, on ne fait que se livrer à une fuite en avant onéreuse et sans effet sur la progression de la délinquance. Au surplus, l'histoire des trente dernières années démontre que, la construction de places nouvelles donnant le signal d'une préférence pour la peine de prison, suscite des condamnations plus rapides et plus nombreuses que la construction de ces places ; en trente ans le nombre de places de prison a doublé et le taux de surpopulation n'a fait qu'augmenter.

La situation dont bénéficie aujourd'hui notre pays est sans précédent. La lutte contre la pandémie a conduit à ramener la population carcérale à un niveau tel que les deux principaux obstacles qui jusqu'ici faisaient reculer les pouvoirs publics devant une politique ambitieuse d'encellulement individuel ont disparu : la difficulté de gérer une situation transitoire imposant la baisse massive et rapide du nombre des personnes détenues et les réticences supposées de l'opinion publique. La première a été surmontée sous la pression de l'urgence sanitaire, et il a été démontré, ce faisant, que les secondes n'existaient pas.

La méthode par laquelle un tel résultat a été atteint est également riche d'enseignements. C'est en effet en combinant plusieurs facteurs que l'on y est parvenu : une baisse du nombre des incarcérations liée au ralentissement de l'activité judiciaire et une augmentation du nombre des sorties de détention. Répondant à une impulsion gouvernementale, ces mesures prennent des formes diverses : aménagements de peines, libérations anticipées ou choix de peines alternatives à l'incarcération. Les acteurs judiciaires et pénitentiaires locaux se sont pleinement emparés de l'objectif de réduction de la surpopulation carcérale sur le fondement de directives gouvernementales dont j'ai eu l'occasion de souligner la faible ambition, notamment en raison du choix de n'examiner que les situations des détenus dans les deux derniers mois de leur peine et non dans les six derniers mois, comme l'eût voulu la logique du volet « peines » de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice du 23 mars 2019.

Ainsi que le demandent l'ensemble des acteurs de la politique pénale, notamment des organisations représentatives ou associations de magistrats et de directeurs des services pénitentiaires, il convient maintenant de s'appuyer sur l'acquis des dernières semaines pour empêcher tout retour à la situation antérieure.

Les instruments existants jusqu'ici ont montré leur incapacité à enrayer l'inflation carcérale. Ainsi que l'a souligné la CEDH, les dispositions sur l'encellulement individuel font l'objet de moratoires successifs qui leur ôtent toute crédibilité. Le volet « peines » de la loi de mars 2019, qui n'est que récemment entré en vigueur, ne sera pas susceptible de réduire le nombre des courtes peines. L'annonce d'une « régulation carcérale » qui a accompagné cette loi n'a été qu'un slogan sans force contraignante et sans outils. Une ambition et des outils nouveaux sont donc nécessaires.

Il faut en premier lieu compléter les mesures de politique pénale ébauchées par la loi de mars 2019 : favoriser le recours aux alternatives à l'incarcération et réajuster le périmètre de la peine d'emprisonnement en application du principe de nécessité des peines, en procédant notamment au remplacement des peines de prison encourues pour certaines infractions par

d'autres peines, ainsi qu'en procédant à des mesures de dépenalisation. La création, fin 2019 d'une agence du TIG, devrait favoriser ces mesures. Il est également nécessaire de s'interroger sur le sens des courtes peines d'emprisonnement qui ont le plus souvent pour effet de provoquer de réelles ruptures dans la vie d'une personne condamnée sans qu'elle puisse bénéficier d'une aide quelconque en prison en raison de la brièveté de son séjour. D'autres catégories de personnes devraient elles aussi relever prioritairement de mesures alternatives à l'incarcération : les personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes âgées et les personnes en fin de vie ou souffrant d'un handicap lourd.

Il convient en second lieu de réexaminer certaines dispositions du code de procédure pénale et certaines pratiques, en particulier de réduire la durée des instructions et les délais d'audiencement, afin d'éviter l'allongement inutile des détentions provisoires et de revoir la pratique liée la procédure de comparution immédiate, consistant à requérir et prononcer des peines d'emprisonnement assorties d'un mandat de dépôt.

S'agissant de la gestion de la population pénale, il convient de combiner des mesures ponctuelles, visant à consolider rapidement le mouvement très largement amorcé de réduction de la population carcérale et des mesures de long terme permettant de respecter durablement la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires.

A court terme, il convient en premier lieu d'inscrire dans la loi l'interdiction générale d'héberger des personnes sans que celles-ci ne puissent disposer d'un lit, d'une chaise et d'une place personnelle à une table. Il est également nécessaire de poursuivre l'effort de déflation pour amener le niveau de la population pénale à la capacité réelle de chaque établissement pénitentiaire, singulièrement des maisons d'arrêt ; on ne doit pas pour cela s'interdire de recourir à des moyens exceptionnels tels que la grâce ou l'amnistie.

Pour le long terme, il est temps de mettre en place un dispositif législatif de régulation carcérale. La gestion de la crise du Covid-19 a montré que c'est par une action concertée et locale de l'autorité judiciaire et de l'administration pénitentiaire que l'on parvient à des résultats significatifs. Dans le passé, le CGLPL avait également observé des « bonnes pratiques » locales, visant à résorber des situations de surpopulation. Elles consistent principalement à organiser des circuits d'aménagement de peine particulièrement efficaces, mais elles sont largement tributaires d'engagements individuels et fragiles à ce titre.

Il faut donc cesser de voir la surpopulation comme une problématique essentiellement pénitentiaire et impliquer le législateur et tous les acteurs de la chaîne pénale dans la maîtrise de ce phénomène en intensifiant les échanges d'informations sur les données locales disponibles et en créant des outils de pilotage adaptés. Des mécanismes de cette nature ont été proposés à plusieurs reprises. Evoquée dès 2000 dans le rapport « *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France* » de MM. les sénateurs Jean-Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel, la régulation carcérale a été précisément décrite en 2014, dans le rapport « *Encellulement Individuel, Faire de la prison un outil de justice* » de M. le député Dominique Raimbourg, Parlementaire en mission auprès de la garde de sceaux, puis en 2018, dans le rapport du CGLPL « *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale* ».

Le CGLPL ne recommande pas un « numerus clausus » assorti de conséquences automatiques, que ce soit sur l'interdiction d'incarcérer ou sur l'obligation de libérer. Il demande en revanche qu'un mécanisme obligatoire de régulation carcérale soit défini par la loi, car l'année qui vient de s'écouler a montré que les mesures purement incitatives sont sans

portée. Il s'agit d'instituer dans chaque juridiction un examen périodique et fréquent (chaque semaine ou chaque quinzaine en fonction des conditions locales) des situations de la population pénale afin de gérer les incarcérations et les aménagements de peine de manière individualisée, mais en veillant à ce que le taux d'occupation d'un établissement ne dépasse jamais 100 %. Cette régulation devra s'appuyer sur une détermination réglementaire de la capacité des établissements pénitentiaires conforme aux recommandations du comité de prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe.

C'est avec un tel mécanisme que l'on pourra réorienter l'effort de la Nation vers la réinsertion et l'entretien du parc pénitentiaire, plutôt que vers une politique inefficace et dispendieuse de construction, sans cesse insuffisante, de nouvelles places et mettre fin à une fuite en avant carcérale que la France est aujourd'hui seule en Europe à poursuivre.

Cette lettre sera rendue publique.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Adeline HAZAN
Contrôleure générale
des lieux de privation de liberté

Adeline HAZAN

ANNEXE 6 : COURRIER ADRESSE AU MINISTRE DE L'INTERIEUR LE 20 AVRIL 2020

République française



Paris, le 20 avril 2020

N/Réf. : 2020/5102/LC

Monsieur le Ministre

Informée d'un risque pour la santé des personnes placées au centre de rétention administrative (CRA) de Paris-Vincennes en raison de plusieurs cas détectés positifs au Covid-19, je m'y suis rendue le 15 avril 2020, accompagnée de deux collaborateurs, afin de mesurer les conditions réelles de rétention et le respect des droits fondamentaux des personnes retenues ; je me suis également rendue au CRA du Mesnil-Amelot, le 17 avril. Lors de ces deux déplacements, je me suis entretenue avec un nombre important de personnes retenues, ainsi qu'avec les autorités en charge de ces lieux, de nombreux fonctionnaires de police et les soignants des unités médicales.

I/ Ces vérifications sur place ont permis, en premier lieu, de constater que l'épidémie, dès lors qu'elle entre dans ces lieux fermés, se propage rapidement.

Aucun cas de contamination au virus n'avait encore été déclaré au CRA du Mesnil-Amelot à la date du 17 avril ; aucune personne retenue n'avait toutefois fait l'objet d'un test de dépistage. Au sein du CRA de Paris-Vincennes, en revanche, neuf personnes ont été testées positivement au Covid-19 depuis le début de l'état d'urgence sanitaire. Trois personnes avaient présenté des symptômes inquiétants les 6, 9 et 12 avril et ont été détectées positives au Covid-19 respectivement les 8, 11 et 14 avril 2020. Elles ont été placées en chambre de mise à l'écart puis libérées par le préfet les 10, 12 et 15 avril et orientées vers des centres de confinement pour patients précaires porteurs du Covid-19.

Ces trois personnes étaient présentes au CRA de Paris-Vincennes depuis respectivement le 7 mars, 12 mars et 4 mars, et ont donc été contaminées au sein de celui-ci. Il est dès lors possible d'affirmer que le virus circule au sein du centre depuis le 5 avril, voire avant. Le dépistage nasal effectué le 15 avril au matin le confirme, car six nouvelles personnes ont été testées positives au Covid-19, tout en étant asymptomatiques. Au total, neuf personnes ont donc été contaminées dans ce centre.

Monsieur Christophe CASTANER
Ministre de l'intérieur
Place Beauvau
75008 Paris

Malgré ces chiffres, le 15 avril, seules deux personnes retenues portaient un masque chirurgical. Il a été indiqué que trois masques par jour étaient fournis à chaque personne retenue depuis le 9 avril environ, mais que peu d'entre elles souhaitaient les porter. Les personnes retenues rapportaient plutôt qu'elles devaient réclamer des masques si elles en souhaitaient. Les policiers disposent, quant à eux, de gel hydroalcoolique, de gants et de masques chirurgicaux depuis le 9 avril, mais les masques FFP2, seuls susceptibles de protéger efficacement lorsqu'une contamination au Covid-19 est avérée, sont réservés aux soignants de l'unité médicale.

Au CRA du Mesnil-Amelot, ni policier ni personne retenue ne portait de masque ni de gants. Des consignes nationales semblent avoir été données par la direction centrale de la police aux frontières pour que ceux-ci ne soient portés qu'en cas de contact avec des personnes présentant des symptômes.

II/ Ces visites m'ont également permis de constater que le respect des gestes barrières est impossible en raison du manque d'information et d'équipement, des conditions d'hygiène déplorables, de l'agencement architectural et des conditions de vie imposées aux personnes retenues.

Aucune information compréhensible sur le Covid-19 n'est affichée ou diffusée dans les zones d'hébergement des deux CRA. Aucun flacon de gel hydroalcoolique n'est mis à la disposition des personnes retenues. Les lavabos des sanitaires n'ont pas d'essuie-main en papier ou de sèche-main et sont souvent sales ; de nombreux points d'eau ne sont pas opérationnels et les personnes retenues ne disposent d'aucun gobelet. Presque aucune porte des toilettes des deux CRA n'a de loquet en état de fonctionnement : les personnes retenues sont donc contraintes de les retenir avec leur main ou en agrippant un bout de tissu sale attaché à la porte, objets potentiellement contaminés qui ne sont jamais lavés.

Quant à l'hygiène des locaux, aucun cahier des charges ne précise les tâches à réaliser ni surtout des modalités particulières à mettre en place dans le cadre d'une hygiène sanitaire adaptée au risque de contagion. Les poignées de portes, les boutons poussoirs pour l'eau, les portes des toilettes et les combinés téléphoniques des zones d'hébergement ne font pas l'objet d'un nettoyage spécifique fréquent et protocolisé. Les rares objets permettant de tromper l'ennui (télécommandes de télévision, agrès de la cour de promenade, manettes de jeux, etc.) passent de main en main sans aucun nettoyage.

Les repas continuent d'être pris en collectivité. Si au CRA de Paris-Vincennes, les personnes retenues disposent de deux heures pour se restaurer, au Mesnil-Amelot en revanche, les quelque vingt-cinq personnes sont regroupées pendant trente minutes dans un espace clos, trois fois par jour, à horaires fixes.

Dans les locaux d'hébergement, la promiscuité est forte. Les personnes retenues, certes peu nombreuses au regard de la capacité d'accueil des centres sont regroupées dans quelques bâtiments en raison de considérations de gestion des ressources humaines et du budget. Les trois premières personnes testées positivement au Covid-19 au sein du CRA de Paris-Vincennes partageaient une même chambre. Ce n'est qu'après que la première d'entre elles a été dépistée que toutes les chambres ont été transformées en hébergements individuels, mais quelques-unes demeurent néanmoins occupées par deux personnes souhaitant partager le même lieu. Au Mesnil-Amelot, la capacité des bâtiments ouverts permettrait presque à chaque personne retenue de disposer d'une chambre individuelle, mais la saleté de certaines pousse leurs occupants à préférer la cohabitation.

III/ Enfin, ces visites ont confirmé que les conditions légales pour maintenir des personnes en rétention n'étaient plus respectées.

Les retours forcés n'ont plus qu'un caractère exceptionnel du fait de l'interruption du trafic aérien. Ainsi, au CRA de Paris-Vincennes, le dernier éloignement remonte au 25 mars et, à la date de ma venue, aucune perspective d'éloignement n'était envisagée pour les 47 personnes encore retenues. Au Mesnil-Amelot, le dernier éloignement datait du 20 mars, à l'exception d'une unique reconduite en procédure « Dublin » le 17 avril. La rétention n'étant plus justifiée par la perspective d'un éloignement, elle se trouve dépourvue de base légale.

Les recours de toute nature, ne sont plus accessibles. Ils sont habituellement garantis par la présence d'associations d'aide juridique et d'avocats, mais ceux-ci, qui ne peuvent être joints que par téléphone, sont en pratique peu accessibles. Les désignations d'avocats commis d'office ont été suspendues et seuls des avocats nommément choisis continuent de défendre des personnes retenues ; rares sont ceux qui viennent physiquement s'entretenir avec leurs clients. Les recours déposés par les associations d'aide juridique sont, quant à eux, généralement rejetés au motif que les intéressés ne les ont pas signés.

Au CRA de Paris-Vincennes, les extractions vers le tribunal administratif se poursuivent, mais les audiences devant le juge des libertés et de la détention et la cour d'appel sont réalisées en visio-conférence. Au Mesnil-Amelot en revanche, le tribunal administratif ne procède plus à l'examen des recours. Le juge des libertés et de la détention et la cour d'appel, continuent de statuer, mais les audiences se tiennent hors de la présence des personnes retenues et, le plus souvent, d'un avocat. Les personnes retenues au sein de ce CRA sont donc, dans leur immense majorité, privées de tout droit à la défense.

Les visites des familles et des proches ont été supprimées. Seul l'OFII assure l'accès à quelques produits de première nécessité sur le site de Paris-Vincennes.

En conclusion, les vérifications sur place que j'ai menées les 15 et 17 avril aux CRA de Paris-Vincennes et du Mesnil-Amelot confirment la recommandation que j'avais émise dès le 17 mars : le risque sanitaire qui pèse sur les personnes retenues et sur les fonctionnaires qui assurent leur prise en charge est significatif ; le fondement légal des mesures de rétention a disparu, en particulier car les perspectives d'éloignement sont compromises à court et moyen termes ; les garanties entourant les droits de la défense ne sont plus apportées.

Il s'agit là d'atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes ainsi retenues. Dès lors, je recommande de nouveau, et avec fermeté, de procéder à la fermeture provisoire des centres de rétention administrative dans le contexte de l'épidémie de Covid-19.

Je vous informe que compte tenu de l'urgence de la situation, je rendrai ce courrier public.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.



Adeline HAZAN
Contrôleure générale
des lieux de privation de liberté