

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

**L'entrée du détenu
en milieu carcéral et
la santé en milieu carcéral
Suivi du Rapport de 2010
Commentaires et réactions**

Remarque générale de la Médiateure :

Les erreurs purement matérielles relevées par certaines prises de position ont été redressées dans le rapport et ne font plus l'objet de commentaires.

La Médiateure tient également à faire part de son étonnement quant à l'absence d'une prise de position de la part du Ministère de la Justice et ceci malgré plusieurs rappels.

Les prises de position des différentes autorités sont reprises intégralement, les commentaires de la Médiateure sont intercalés en caractères gras.

1. Prise de position de Madame la Déléguée du Procureur général à l'exécution des peines

Ad personnel du service de médecine somatique du CPL

(16) Le service de médecine somatique du CPL dispose actuellement, d'après la convention du 18 décembre 2001, de 14.5 ETP infirmiers.

Cette affirmation ne correspond pas aux chiffres fournis à la Médiateure par le service des ressources humaines. D'après le tableau fourni, le CPL disposerait de 14.85 ETP infirmiers. La Médiateure apprécierait de disposer de chiffres exacts et demande de lui soumettre un tableau actualisé et conforme à la réalité.

Ad offre de soins

(17) Le Ministère de la Justice est à l'heure actuelle en charge de l'élaboration de nouvelles conventions et d'un règlement interne avec les responsables du CHL et du CHNP.

La Médiateure salue cette initiative et demande une copie de ces documents dès leur mise en vigueur.

Ad activités du Programme TOX

(61) A titre d'information et d'après le rapport annuel de 2012 publié par le CHNP, 305 personnes ont été suivies au CPL et 107 au CPG et le service a enregistré 213 nouvelles demandes au CPL.

Les demandes de prises en charge et de suivis ont donc sensiblement augmenté ces dernières années ce qui laisse à suggérer que le Programme TOX ait effectivement augmenté en visibilité et en notoriété.

Ici encore, l'équipe de contrôle a fait état des données qui lui ont été fournies par le service concerné. Les chiffres avancés par Madame la Déléguée, extraits du rapport 2011 du CHL et publié en 2012 divergent en certains points de ceux à la disposition de la Médiateure qui demande partant que le programme TOX lui soumette des chiffres définitifs, après concertation avec le CHNP, le cas échéant.

Pour le surplus, la Médiateure se félicite que Madame la Déléguée partage son analyse de la pertinence et de la notoriété croissante du Programme TOX.

(62) Il est vrai que l'équipe a été forcée d'établir une liste d'attente afin de faire face à cette augmentation importante de demandes de prises en charge. Toujours d'après le rapport d'activités 2012 du Programme TOX, cette augmentation serait liée à la distribution systématique d'une brochure (en allemand, français et portugais) expliquant le fonctionnement du Programme TOX et à une plus étroite collaboration avec les psychiatres du SMPP. De même, l'équipe du Programme TOX a renforcé sa collaboration avec les services SPSE et SCAS qui motivent les détenus à prendre contact avec leur service en cas de problème lié à la dépendance.

D'après les renseignements obtenus par mes services, les offres (suivi individuel et en groupe, prévention des maladies sexuellement transmissibles) s'adressent également aux détenus en détention préventive. Seule la participation au programme Charly est exclusivement réservée aux détenus condamnés.

La recommandation émise se base sur les informations recueillies sur place par l'équipe de contrôle. Après la réponse de Madame la Déléguée, l'équipe de contrôle a encore une fois contacté les responsables du Programme TOX pour solliciter des informations complémentaires.

Il en découle que les offres en matière préventive sont effectivement identiques pour les prévenus et les condamnés, tout comme il a été indiqué dans le rapport.

Il ne correspond cependant pas à la réalité que l'ensemble de l'offre, notamment en ce qui concerne le volet de l'orientation et de la thérapie serait identique pour les condamnés et les détenus.

En effet, les prévenus ne bénéficient que d'un suivi moins rapproché du fait qu'il n'est pas possible de les orienter vers une thérapie, toujours de moyen terme au moins, avant de connaître la durée de la peine privative de liberté à laquelle les détenus préventifs sont susceptibles d'être condamnés.

Or, si la Médiateure comprend bien cet argument, elle maintient quand même sa recommandation. Elle pense en effet qu'une offre thérapeutique, pour être productive, doit de toute manière se baser sur l'acceptation et l'accord du patient. Or, en cas d'une pareille acceptation, la Médiateure ne voit pas pourquoi ce patient arrêterait sa thérapie si la peine à laquelle il est condamné serait inférieure à la durée prévisible de son séjour thérapeutique.

Pour des raisons tenant à l'instruction, cette recommandation, comme il avait été mentionné dans le rapport, ne concerne que les détenus préventifs bénéficiant du régime B.

Ad échange de seringues

(64) La déléguée ne partage pas les vues de la Médiateure et de la direction du CPL concernant les réserves émises à l'égard de la privation des mineurs de cette offre (programme d'échange de seringues).

La Médiateure estime que la privation de l'échange de seringues par le directeur de la prison investi de l'autorité parentale en cas de placement d'un mineur en prison, contreviendrait à ses obligations découlant de l'autorité parentale, à savoir un devoir de protection du mineur dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. La personne ou l'institution investie de l'autorité parentale ont à l'égard du mineur un droit et un devoir de garde, de surveillance et d'éducation, droit et devoir incontestablement incompatibles avec la distribution de seringues.

Par ailleurs, la déléguée est de l'avis qu'en tout état de cause, le mineur toxicomane ne devrait faire l'objet d'un placement en milieu carcéral.

La Médiateure est tout à fait d'accord avec Madame la déléguée pour affirmer qu'un mineur toxicomane ne devrait pas être incarcéré. Si cette vision était partagée par tous les acteurs, la recommandation relative à la distribution de seringues serait sans objet.

La Médiateure, tout à fait consciente de la complexité juridique, morale et éthique du problème, n'est pas insensible aux arguments juridiques avancés par Madame la Déléguée.

Force est également de relever que la question est, du moins actuellement, de nature théorique alors que le cas ne s'est pas encore produit. A noter aussi que le projet de loi 6382 portant réforme de l'administration judiciaire prévoit par son article 10 que seuls les mineurs jugés selon le droit pénal commun pourront être incarcérés au Centre pénitentiaire.

La Médiateure se doit cependant de renvoyer aux nombreux textes normatifs et recommandations en matière pénitentiaire qui imposent aux autorités de veiller

au maintien de la santé et à la protection contre les maladies des personnes privées de liberté.

A titre d'exemple, on peut citer l'article 49 des Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, adoptées par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/113 du 14 décembre 1990 qui prévoit clairement que tout mineur incarcéré a droit notamment à des soins médicaux préventifs et curatifs.

Il est de pratique courante que les prévenus et les condamnés majeurs séjournant au CPL peuvent bénéficier du programme d'échange de seringues afin de prévenir la transmission de maladies par voie hématogène.

Après avoir consulté plusieurs spécialistes en la matière, la Médiateure estime que la privation d'un mineur incarcéré du programme d'échange de seringues constitue une discrimination en raison de l'âge. Il convient de ne pas mélanger la dépendance, qui constitue une pathologie qui demande une prise en charge complexe dont le but devra idéalement être le sevrage complet et la mise à disposition de seringues qui est une action purement préventive qui a toute son importance pendant la période où le mineur continue à consommer des drogues par voie intraveineuse. Offrir un maximum de protection à ce mineur malade et améliorer ses chances à une vie normale dans le futur en lui évitant de contracter en sus de sa dépendance des maladies potentiellement très graves ne signifie en rien renier toute thérapie et toute finalité de sevrage. Il ne s'agit que d'une mesure protectrice et préventive visant à améliorer au mieux les perspectives du jeune dépendant.

La Médiateure souhaite que le législateur mène des considérations en ce sens.

2. Prise de position de la Direction du Centre pénitentiaire de Luxembourg du CPL

Remarque générale de la Médiateure :

La Médiateure regrette le ton quelque peu acerbe et non sans agressivité latente de cette prise de position. Elle est d'autant plus déçue qu'une telle réponse lui parvienne des responsables du CPL. L'institution du Médiateur est en contact régulier avec les responsables du CPL depuis la mise en vigueur de la loi organique du 22 août 2003. Ces relations se sont encore intensifiées depuis que les fonctions de Mécanisme national de prévention au sens de l'OPCAT ont été confiées au Médiateur. Le CPL représente l'institution nationale abritant le plus grand nombre de personnes privées de liberté et de ce fait les relations de travail entre la Médiateure et le CPL sont les plus

intenses et les plus suivies. La Médiateure avait cru constater qu'au fil des dix dernières années, un climat de confiance et de respect mutuel se serait installé entre son service et les responsables du CPL.

La Médiateure ne doute pas que les responsables du CPL poursuivent, avec le Contrôle externe, le but commun d'apporter les meilleures garanties quant au respect des droits de l'homme des personnes privées de liberté.

Que des divergences puissent naître dans l'exercice des compétences réciproques est normal. La Médiateure peut également comprendre que les responsables du CPL affichent un certain désabusement vis-à-vis des contrôles somme toute fréquents dans leur institution.

La Médiateure insiste cependant sur le fait que la fréquence des contrôles et partant le nombre de commentaires, remarques et recommandations formulés à l'égard du CPL qui s'en suivent proviennent du seul fait déjà mentionné, à savoir qu'il s'agit de l'institution qui accueille à elle seule plus de personnes privées de liberté que l'ensemble des autres institutions à caractère semblable sur le territoire national.

La Médiateure assure encore une fois, si besoin en était, sa pleine et entière confiance aux responsables du CPL, mais elle insiste de même à ce que sa mission, lui réservée par la loi, ainsi que les recommandations qui en découlent, fruits d'un long et fastidieux travail d'enquête, de communication, de comparaison et de recherche soient accueillies avec respect et dans un esprit de neutralité.

La mission de la Médiateure en tant que Mécanisme national de prévention au sens de l'OPCAT est en très large partie identique à celle confiée au CPT. La Médiateure souhaite que les réactions et commentaires à ses rapports soient présentés sur le même ton que celles adressées au CPT.

PARTIE I – visite de 2012

Ad information sur droits de l'homme

(2) – L'information sur les droits des détenus est contenue dans le *Guide du détenu* remis à chaque nouvel arrivant. Un affichage dans la « *salle d'admission* » est illusoire dès lors qu'il n'existe pas de telle « *salle d'admission* » ; la personne nouvellement admise est prise en charge par les agents du greffe, sinon par un agent gradé dès son arrivée. En cas d'admissions multiples, un temps d'attente dans la salle d'attente attendant au greffe peut devenir inévitable. Un affichage (dans

combien de langues ?) dans ce local en proie au vandalisme ne nous semble pas opportun.

L'information d'après laquelle un document standardisé renseignant sur les droits de l'homme serait distribué contre signature à chaque nouvel arrivant par l'agent du greffe est erronée. Par contre, une telle information sera incluse dans la prochaine édition du *Guide du détenu*.

La Médiateure est consciente du fait qu'il n'existe pas de salle d'admission proprement dite. Elle est cependant convaincue que M. le Directeur du CPL comprend parfaitement quelles pièces sont visées par cette recommandation.

Dans un souci de clarté, la Médiateure pourrait concevoir un affichage des informations voulues, soit dans la pièce se trouvant devant la baie vitrée du greffe, soit dans la salle d'attente principale attenante à cette pièce.

Un affichage analogue est pratiqué par le Centre de rétention dans toutes les unités de rétention, sous forme d'affiches plastifiées. Aucun acte de vandalisme n'y a été signalé depuis l'ouverture du Centre. La Médiateure est d'avis qu'un affichage en langues française, allemande, anglaise et portugaise, d'une page par langue, répondrait parfaitement aux besoins.

Ad installation d'une toilette à proximité du greffe du CPL

(3) – La proposition d'installer un WC dans la salle d'attente du greffe a fait l'objet d'une réflexion sur les pour et les contre, qui a abouti finalement à un refus de la part de la direction du CPL. L'agencement des locaux attenants au greffe est tel que ce WC devrait être installé à l'intérieur même de la salle d'attente. Pour des raisons de conformité aux normes, il faudrait prévoir 3 WCs distincts (femmes, hommes, handicapés), ce que de toute façon la surface disponible ne permettra pas. Pour des raisons de décence, ce WC devrait être cloisonné. Pour des raisons d'hygiène, cette cloison devrait être complète jusqu'au plafond. Cet endroit fermé sera le bienvenu pour tous ceux qui auront à entreposer discrètement stupéfiants, clés de menottes bricolées, lames de rasoir et autres objets utiles et prohibés, voire à régler des comptes avec des co-détenus. Finalement, l'expérience du milieu carcéral nous laisse croire que les mêmes détenus qui n'ont aucune gêne à se soulager dans un coin de cette salle d'attente seraient les mêmes qui feraient leurs besoins à côté du WC en toute impunité, puisqu'ils échapperont au champ visuel de la caméra installée dans la salle d'attente.

La direction du CPL maintient sa position qui veut qu'en cas de besoin, le détenu soit accompagné par un gardien du greffe au WC disponible à moins de 10 mètres de la salle d'attente.

La Médiateure est déjà revenue à plusieurs reprises sur ce point. Il s'agit d'une revendication exprimée notamment par des agents du CPL qu'elle entend soutenir alors que la Médiateure demeure d'avis, comme elle l'a déjà indiqué à plusieurs reprises que les conditions de travail du personnel sont indissociables des conditions de détention.

La toilette mentionnée par Monsieur le Directeur est en principe réservée au personnel et se trouve à proximité immédiate du PGC, donc de l'endroit le plus sensible au niveau de sécurité de tout le CPL. Pour des raisons évidentes la Médiateure préférerait qu'aucun détenu ne puisse s'approcher de cette zone.

S'il est vrai que les normes prévoient en principe trois toilettes, une par sexe et une destinée à l'usage par les personnes handicapées, il ne s'agit que d'une installation de dépannage, destinée à pourvoir à des situations urgentes.

A l'heure actuelle, la proportion hommes/femmes parmi la population détenue est d'environ 1:20 et d'après les informations de la Médiateure, une seule personne à mobilité réduite se trouve incarcérée au CPL.

L'installation d'une toilette unique serait partant de nature à résoudre le problème en pratique d'une manière satisfaisante.

Ad continuation des traitements médicamenteux réguliers

(7) – Le principe de la continuité des traitements de substitution de personnes dépendantes sera discuté prochainement avec nos partenaires médicaux.

La Médiateure souhaite être informée par écrit et dans les meilleurs délais des résultats de ces discussions.

Ad stock de vêtements

(8) – Un stock de sous-vêtements est toujours disponible pour les nouveaux arrivants, à l'instar de la literie et des produits d'hygiène corporelle. Puisqu'il s'agissait de « *seulement un détenu* » qui s'est plaint, il est à supposer qu'il s'agissait d'un problème individuel, qui d'ailleurs n'a pas été rapporté à la direction.

Ad plan d'occupation du CPL

(9) – Un plan d'occupation du CPL sera transmis à Mme la Médiateure toutes les 2 semaines.

La Médiateure se félicite de cette décision, mais donne à considérer que l'équipe de contrôle a reçu à l'heure actuelle à l'initiative des responsables du CPL qu'un seul plan d'occupation, et ce à la date du 24 juin, donc il y a exactement un mois. Un deuxième plan d'occupation a été transmis sur demande expresse en date du 26 août 2013. La Médiateure prie les responsables de respecter la fréquence proposée de deux semaines.

Ad cloisonnement coins sanitaires

(10) – Un projet de cloisonner les coins sanitaires dans les cellules individuelles d'origine, mais dans lesquelles un 2^e lit a été installé par la suite, est actuellement à l'étude par les services de l'administration des Bâtiments publics.

La Médiateure souhaite être informée du résultat de cette étude.

Ad toilettes des cellules de sécurité

(11) – La direction du CPL maintient son avis que les WCs anti-vandalisme actuellement installés sont tout à fait conformes aux normes d'usage en la matière et protègent le détenu agité contre d'éventuelles blessures. Un réaménagement n'est donc pas prévu.

La Médiateure n'a jamais contesté la conformité aux normes des toilettes installées dans les cellules de sécurité. Il s'agit plutôt d'une considération de confort. Des toilettes normales, protégées contre le vandalisme et en acier inoxydable, à l'image de celles installées dans les cellules surveillées par caméra apporterait un avantage certain aux détenus. Cette considération vaut d'autant plus dans les cellules de sécurité dépourvues de tout autre aménagement.

La Médiateure maintient dès lors sa recommandation, surtout que ce type de toilettes ne risquerait en rien de porter préjudice à un détenu agité.

Ad droit d'accès à l'air libre

(12) – Aucune exception au droit à la promenade journalière d'une heure au moins à l'air libre n'est admissible. Un rappel dans ce sens a été adressé aux gardiens de la section E.

La Médiateure s'en félicite.

Ad premier entretien avec un membre du SPSE

(13) – En règle générale, les personnes nouvellement admises ne séjournent à la section E que rarement au-delà d'un à 2 jours, sauf fins de semaine évidemment. Ils sont en effet déplacés à l'une des sections de détention dès qu'un mandat de dépôt aura été décerné, donc au retour de leur premier interrogatoire au cabinet d'instruction dans les 24 heures de leur admission en prison. Des exceptions confirment cette règle, et notamment dans les cas où il s'agit de garder séparés des complices présumés dans la même affaire. Compte tenu du fait que le nouvel arrivant a pour premier souci son interrogatoire, le cas échéant la visite de son avocat ou de ses proches, qu'il est vu par le médecin et un infirmier psychiatrique dans les 24 heures de son arrivée, qu'il est informé par le gardien responsable sur l'horaire journalier et ses droits et devoirs, qu'il a le *Guide du détenu* pour première lecture, qu'il déménage de la section E vers une autre section de détention,, il s'est avéré que la première entrevue avec l'agent du SPSE chargé de son dossier (*case manager*) est plus productive à partir du 3^e jour, à un moment donc où le détenu commence à s'orienter, où il a digéré le choc de son arrestation et de son incarcération, où ses pensées sont de nouveau plus ordonnées et qu'il est plus réceptif. Une entrevue le premier ou le 2^e jour aura un caractère plutôt d'intervention de crise, ce qu'assume déjà l'infirmier psychiatrique et aussi le médecin. Une telle intervention se fait en cas de nécessité, par exemple dans les cas de suicidalité (souvent signalées par le juge d'instruction).

La Médiateure n'a pas recommandé qu'un travail de fond soit entrepris par le case manager du SPSE dès l'arrivée d'un nouvel prévenu au bloc E, mais souhaiterait plutôt que les personnes nouvellement admises soient vues rapidement après leur arrivée par un agent du SPSE, voire d'un autre service, afin de recevoir des réponses, ne fussent-elles que provisoires aux questionnements inévitables générés par l'incarcération qui est souvent vécue comme extrêmement traumatisante. Une telle visite rapide serait également utile en vue de dissiper ou de soulager d'éventuelles angoisses des détenus quant à la situation de leur famille, quant à leur situation de travail ou quant à d'autres craintes ou questionnements existentiels.

Au Centre de rétention cette pratique est la règle et elle contribue grandement à la sérénité et à l'insertion de la personne privée de liberté dans son nouveau milieu de vie.

La Médiateure maintient dès lors sa recommandation.

Ad conditions d'hébergement au bloc D

(14) – Si, comme Mme la Médiateure le propose, les « *conditions d'hébergement appliquées aux détenus en fonction de leur régime de détention* doivent être

identiques pour chaque bloc de détention », la direction du CPL ne voit d'autre solution que de niveler vers le bas les régimes plus favorables, ce qu'elle est loin d'envisager. La conception architecturale du CPL étant ce qu'elle est, des différences d'aménagement subsistent notamment au bâtiment D. Des différences de régime sont donc inévitables, dès lors que le CPL affiche complet. Aussi, l'affectation des nouveaux arrivants se fait-elle d'après les disponibilités en lits. Par la suite, il est tenu compte entre autres arguments et dans la mesure du possible, des suggestions du SPSE.

La Médiateure a du mal à supposer que le sens de sa recommandation n'ait pas été compris par les responsables du CPL. Premièrement, d'après le dernier plan d'occupation soumis à la Médiateure, le CPL n'affiche pas complet. En second lieu, la Médiateure ne voit pas en quoi la mise en place d'un téléphone ou l'uniformisation des heures d'ouverture des cellules, sans nivellement vers le bas, devrait se heurter à des limites imposées par la conception architecturale du CPL.

En ce qui concerne l'aménagement d'une cuisine commune, la Médiateure est par contre bien consciente de ces limites. Comme l'usage d'une cuisine commune concerne plutôt les prévenus bénéficiant du régime B, il serait opportun de réserver dans la plus large mesure possible le bloc D aux prévenus sous régime A.

Ad séparation de différentes catégories de détenus

(15) – En raison du nombre très réduit des mineurs placés au CPL, toute ségrégation suivant les critères voulus par Mme la Médiateure reviendrait à confiner certains de ces jeunes dans l'isolement complet. Dans tous les cas, la direction du CPL – en étroite concertation avec le juge de la jeunesse - s'efforce à trouver un compromis qui préjudicie le moins possible à l'intérêt du mineur concerné.

Déjà dans son premier rapport sur le CPL, le prédécesseur de la Médiateure a souligné que la séparation entre prévenus et détenus mineurs ne devrait pas mener à un isolement de fait. La Médiateure fait sienne cette prise de position.

Ad surveillance des détenus placés en cellule vidéosurveillée

(32) – L'instruction de service DIS31 – Kamerazelle (jointe en annexe à la présente mais non destinée à publication) nous semble claire et sans équivoque, en ce que la surveillance des détenus placés dans les cellules sous vidéosurveillance tant à la section G1 qu'aux sections F et P2 incombe aux gardiens affectés au poste de garde central (PGC) Les écrans mis à disposition du service médical ont pour seul objectif

de faciliter la tâche des infirmiers en ce qui concerne le suivi purement infirmier dans les cas où un tel suivi s'avère nécessaire.

La prédite instruction de service a été modifiée en date du 18 décembre 2012. Cependant, les instructions relatives aux obligations de surveillance du PGC et du personnel infirmier (Point B. 1) et 2)) sont restés inchangés par rapport à 2010.

Si le point B.1) attribue la surveillance des écrans au seul PGC, le point B.2) maintient l'obligation imposée au personnel infirmier de vérifier régulièrement l'état de santé du détenu.

La Médiateure est consciente que le personnel infirmier doit régulièrement contrôler l'état de santé des patients, mais ce contrôle devrait être de nature visuelle et direct. Dès lors, les écrans de surveillance encore présents aux unités de soins n'ont plus de raison d'être, la surveillance sécuritaire par voie d'écran étant de la compétence exclusive du PGC. Aussi longtemps que les écrans de surveillance ne seront pas démontés, l'instruction de service gagnerait en clarté si elle précisait que l'obligation de surveillance incombant aux infirmiers doit s'exercer de manière directe et non par écran.

Dans un souci de clarté, la Médiateure reprend dès lors la recommandation suivante formulée par son prédécesseur dans son rapport de 2010 :

« Le Contrôleur externe recommande, en ce qui concerne la surveillance des détenus se trouvant dans des cellules contrôlées par caméra, d'édicter des règles claires afin d'éviter, en cas de problèmes graves, tout quiproquo au niveau des responsabilités des services respectifs. Dans ce sens, le Contrôleur externe propose d'attribuer la responsabilité intégrale de cette surveillance par écran aux seuls gardiens du PGC et de démonter, par suite logique les écrans au niveau du bloc G1 et, dans la même logique, aux blocs F et P2. Dans une optique d'une sécurité maximale du détenu se trouvant en cellule surveillée par caméra, le Contrôleur externe recommande de même que l'infirmier qui est de garde au bloc G1 ainsi que celui qui assure la garde au bloc F et P2 s'assurent personnellement à des intervalles réguliers, à déterminer, de l'état de la personne détenue en cellule vidéo-surveillée. »

Ad examen médical avant élargissement

(36) – L'instruction de service GR29 – élargissement d'un détenu (jointe en annexe mais non destinée à publication) enjoint aux agents du greffe d'informer le service médical de chaque libération d'un détenu, afin que celui-ci puisse prendre ses dispositions. Une information préalable telle que recommandée par Mme la Médiateure ne peut concerner que la minorité des condamnés qui sont élargis au terme de leur peine, et pour ces cas, le service médical peut à tout moment consulter

la banque de données BASIS-WEB à laquelle il a accès. La plupart des libérations sont décidées à court terme, et notamment celles des prévenus, et doivent alors intervenir sans délai. Rien ne devra alors empêcher les personnes libérées à contacter les services compétents soit au CHL soit au CPL pour obtenir les renseignements et documents dont elles auront besoin pour continuer leur traitement.

La Médiateure souscrit au raisonnement de M. le Directeur en ce qui concerne l'élargissement souvent imprévisible des prévenus.

Mais même en pareil cas, il devrait être possible à la personne privée de liberté de solliciter et d'obtenir avant son élargissement les informations médicales et le cas échéant une ordonnance de prescription en vue de garantir en tout état de cause la continuation de son traitement médical.

Pour le surplus, la Médiateure maintient sa recommandation.

Ad ouverture d'une cellule pendant la nuit

(39) – La direction du CPL entend maintenir la réglementation actuelle qui garantit les mesures de sécurité qui s'imposent obligatoirement en milieu carcéral et insiste sur le fait que l'intervention sur place se fait en quelques minutes.

La Médiateure insiste qu'une intervention d'urgence doit pouvoir se faire en tout état de cause, même pendant la nuit, dans les meilleurs délais possibles.

Ad surveillance des détenus placés en unité psychiatrique fermée au CHL

(51) – La direction du CPL a tout récemment déjà mis en pratique la recommandation de Mme la Médiateure de faire surveiller les détenus placés en milieu psychiatrique fermé par des agents des services de garde en tenue civile.

La Médiateure remercie les responsables du CPL de la transposition rapide de sa recommandation.

Elle se féliciterait d'autant plus si la Police grand-ducale pouvait adopter une procédure analogue et enjoint encore une fois aux responsables de donner les instructions nécessaires afin que la surveillance de détenus placés médicaux en milieu hospitalier se fasse par des agents non armés et en tenue civile.

En règle générale, la Médiateure est préoccupée par les problèmes de sécurité potentiels qui peuvent être générés par un port d'armes inconsidéré en milieu privatif de liberté.

Il est également inacceptable aux yeux de la Médiateure que les agents de l'UGRM, chargés du transport de certaines catégories de détenus, entrent avec leurs armes dans l'enceinte du CPL. Ceci est d'autant plus dangereux que ces agents de police, souvent en nombre important, doivent extraire généralement plusieurs détenus de la salle d'attente du greffe, procéder à leur fouille et le cas échéant à leur mise sous menottes dans un espace très exigu.

Ici encore, la Médiateure appelle aux responsables de la Police grand-ducale de respecter la règle générale qui exige qu'en temps normaux, aucune personne ne peut entrer avec une arme en milieu pénitentiaire.

Ad hospitalisation de détenus

(52) – La direction du CPL partage entièrement l'avis de Mme la Médiateure en ce qu'il serait hautement souhaitable que chaque patient soit transféré au CHL dès que son état de santé le permet. Par contre, le coût prévisible de l'aménagement d'un ensemble de 2 chambres-cellules au Centre hospitalier du Kirchberg ne devrait pas nous empêcher d'entamer sans autre retard des négociations dans ce sens avec la direction générale du CHK et l'administration des Bâtiments publics.

La Médiateure partage intégralement la position de M. le Directeur du CPL.

Ad coordonnées d'une personne de contact

(55) – Le service médical a accès à ces données. Cependant, la communication de renseignements sur la situation d'une personne détenue – fût-ce à des membres de la proche famille - doit être entourée de garanties, dont notamment celle relative à son autodétermination, mais aussi de précautions relatives à la sécurité et, dans le cas de prévenus, aux besoins de l'instruction judiciaire. Il serait déplorable d'autre part si des intervenants variés (SPSE, service médical, SCAS etc...) communiquaient des informations divergentes voire contraires aux proches du détenu, qui n'en deviendraient que plus confus. Pour cette raison, la direction du CPL tient à ce que les intervenants médicaux se concertent d'abord avec la direction – sinon avec le SPSE - avant de contacter les proches, dont les coordonnées pourront leur être alors remises. En pratique, rien n'empêchera d'autre part le détenu consentant à communiquer ces coordonnées directement au médecin.

La Médiateure fait sienne l'argumentation développée par M. le Directeur du CPL. C'est spécifiquement pour les raisons évoquées qu'elle a précisé dans sa recommandation que la direction du CPL doit être informée par le personnel médical lors de chaque prise de contact.

Ad recours à un représentant d'un culte

(56) – La direction du CPL n'apprécie pas du tout la recommandation de Mme la Médiateure de confronter une personne avec l'idée de décéder éventuellement au cours de sa détention, au moment même de son incarcération, alors qu'il est insisté dans ce même rapport sur le caractère fragilisant et déstabilisant de l'entrée en détention. D'autre part, l'appartenance religieuse ne doit plus être enregistrée en base de données. Un autre compromis – viable au surplus – devra être recherché en concertation avec l'aumônier voire avec les ministres des autres cultes.

La Médiateure n'est pas d'avis qu'il s'agit ici d'une question d'appréciation, mais plutôt d'une question de respect des opinions religieuses ou philosophiques de chaque détenu.

S'il est évident qu'il n'est légalement pas admissible de tenir une base de données renseignant sur les croyances religieuses des détenus, il est tout aussi évident que chaque détenu doit pouvoir disposer de l'intégralité des droits concédés en la matière à chaque individu non privé de liberté.

Il ne s'agirait dès lors pas de mettre en place une banque de données obligatoire, mais d'une faculté de choix réservée aux détenus.

La Médiateure est consciente du caractère traumatisant de l'incarcération, elle pense par ailleurs que les responsables du CPL la rejoignent en la matière, mais elle a du mal à distinguer, au niveau de l'impact psychologique potentiel en quoi il serait plus acceptable de demander à un détenu nouvellement admis de désigner une personne à contacter par le CPL en cas d'évènement grave que de lui demander s'il désire ou s'il ne désire pas l'assistance d'un ministre d'un culte en cas de survenance d'un évènement analogue.

La Médiateure ne partage pas non plus l'idée d'impliquer l'aumônerie ou les représentants d'autres cultes dans l'élaboration d'une solution acceptable alors qu'il s'agit d'une question relevant des droits de l'homme dont la protection incombe à l'Etat et non à un culte.

La Médiateure pourrait se déclarer d'accord à confier cette question délicate au SPSE qui semble le plus à même de clarifier d'éventuels souhaits du détenu en la matière lors de ses interventions.

Ad personnes à mobilité réduite

(58) – Les besoins spécifiques des personnes souffrant d'un handicap physique ont été pris en compte lors de la conceptualisation du CPU.

La Médiateure s'en félicite.

Ad contrôle de stupéfiants

(60) – La direction du CPL est d'avis que l'opportunité des contrôles et fouilles ainsi que la manière dont elles sont exécutées est de la compétence de l'administration pénitentiaire et non du CELPL, tant que les droits humains des personnes qui en font l'objet n'en sont pas remis en cause.

Il est précisé ici que la direction du CPL coopère étroitement avec les services compétents de la Police grand-ducale et que cette coopération a été couronnée de succès régulièrement.

La Médiateure n'a jamais mis en cause que l'opportunité des fouilles et leur déroulement sont de la compétence du CPL. Elle affirme cependant avec la même certitude que l'appréciation de l'efficacité de la lutte contre la présence de stupéfiants en milieu pénitentiaire de même que les modalités d'exécution des contrôles sont intimement liés à des questions relevant des droits de l'homme. Il ne fait dès lors aucun doute qu'ils tombent dans les compétences de la Médiateure en tant que Mécanisme national de prévention au sens de l'OPCAT.

La Médiateure recommande avec insistance que tous les efforts soient mis en œuvre afin de réduire la présence de stupéfiants en milieu pénitentiaire au strict minimum.

En parallèle, les efforts menés en vue de traiter les toxicomanies et le travail préventif doivent recevoir une attention toute particulière.

Ad activités du Programme TOX

(62) – L'offre d'aide du programme TOX est disponible également pour les prévenus, sous réserve toutefois qu'aucun projet sur le moyen ou le long terme ne peut se faire tant que la durée du séjour prévisible reste indéterminée.

La Médiateure renvoie aux commentaires apportés à la réaction de Madame la Déléguée du Procureur général à l'Exécution des peines concernant le même point.

Ad indemnisation pécuniaire pour participation aux formations du Programme TOX

(63) – La direction du CPL reste a priori sceptique vis-à-vis de la proposition d'accorder une indemnisation pécuniaire aux détenus participant aux activités du programme TOX, jugeant qu'elle créerait une motivation parasitaire susceptible

d'amener des candidats non réellement motivés à prendre en main leur éventuel problème de dépendance.

La Médiateure s'est longuement interrogée sur la question. Elle maintient cependant l'avis que tout facteur de nature à augmenter la participation des détenus à l'offre du Programme TOX, qui ne concerne pas seulement le traitement des dépendances, mais aussi des questions de prévention, mérite d'être essayé.

Il ne s'agit évidemment pas de rémunérer la participation à une offre thérapeutique. Il est clair qu'une thérapie qui serait entamée pour des raisons pécuniaires est vouée à l'échec. La Médiateure estime cependant que les programmes de prévention à leur tour peuvent être considérés comme une formation utile dont la participation pourrait être appuyée.

Ad échange de seringues

(64) – La direction du CPL partage les réserves émises par Mme la Médiateure par rapport à l'exclusion des mineurs d'âge du programme d'échange de seringues. Une concertation des autorités concernées à ce sujet serait à encourager.

Elle se rallie également à la proposition d'accorder le sursis intégral à l'exécution de peines d'emprisonnement sous condition que le justiciable consente à suivre une thérapie ; le principe de l'injonction thérapeutique reste cependant hautement contesté dans les milieux professionnels, puisqu'il n'a pas fait ses preuves et qu'il comporte un risque élevé d'abus d'autorité.

La Médiateure partage ces opinions de M. le Directeur du CPL.

En ce qui concerne l'idée de limiter la durée des traitements de substitution, la direction du CPL préfère s'en remettre aux experts médicaux, tout en étant d'avis qu'une approche interdisciplinaire individualisée saura mieux tenir compte des besoins de la personne dépendante qu'une approche globale autoritaire.

Cette recommandation formulée par le prédécesseur de la Médiateure, qu'elle partage, a été émise suite à la demande de plusieurs médecins-psychiatres spécialisés en la matière.

La direction du CPL reste opposée catégoriquement à toute proposition généralisant le phénomène des dépendances et imaginant une solution simpliste face à un phénomène des plus complexes. Sans entrer dans la discussion qui n'a pas sa place ici, il est notoire qu'un regroupement de personnes qui n'ont de commun qu'un libellé « STUP » dans leur dossier pénal alors que tout les distingue par ailleurs pour les rendre incompatibles entre eux, ne fera qu'aggraver les problèmes qu'on aura

imaginé vouloir résoudre. – Par contre, dès que le CPL en aura les moyens, une ou plusieurs unités de vie pourront voir le jour pour regrouper les personnes hautement motivées à travailler sur leurs problèmes de dépendance, celles qui se préparent à entrer en thérapie après leur libération et ceux qui sont fragiles et qu'il s'agira de protéger vis-à-vis des autres. Un tel projet nécessitera cependant un encadrement en personnel spécialisé très développé au risque de se solder par un échec.

La recommandation émise consistant en un regroupement des détenus atteints de toxicomanie(s) dans des blocs spécifiques n'a nullement pour objectif de procéder à une quelconque stigmatisation. Elle ne poursuit pas non plus une visée thérapeutique. Son seul objectif est de faciliter le contrôle du trafic illicite de stupéfiants.

Il est évident qu'avant la mise en place éventuelle de telles sections un important travail d'explication devrait être mené.

La Médiateure renvoie pour le surplus au commentaire fait à cet égard en 2010.

Ad changement des draps de lit

(70) – La direction du CPL mettra en œuvre la recommandation d'échanger la literie chaque semaine, sous réserve toutefois de contraintes budgétaires éventuelles.

La Médiateure s'en félicite.

Ad régimes alimentaires spécifiques

(75) – La direction du CPL vient de solliciter l'appui des experts en diététique du CHL pour conseiller l'équipe de la cuisine du CPL.

La Médiateure souhaite que ce problème persistant trouve enfin une solution acceptable. Elle souhaite être tenue informée des démarches entreprises.

Ad surveillance à la cuisine

(78) – La direction du CPL est tout à fait consciente de la situation à la cuisine. La présence d'un gardien – en plus des cuisiniers – sur deux horaires consécutifs 7 jours sur 7 demanderait un effectif attitré de 4 unités qu'il n'est pas possible de réserver à l'instant.

La Médiateure entend néanmoins maintenir sa recommandation pour des raisons de sécurité évidentes.

Ad organisation des activités sportives

(86) – Ce qui semble facile en apparence, l'est moins dès lors qu'on considère le tableau global de toutes les activités organisées au CPL et de leurs interactions multiples (sport, travail, formation, consultations médicales, infirmières et psychiatriques, visites, assistance spirituelle, consultations SPSE et SCAS, thérapies, promenades au préau, extractions pour raisons médicales ou judiciaires etc...). La proposition de Mme la Médiateure de varier les horaires du sport – certes bien intentionnée – créerait un chaos ingérable pour le personnel concerné par la gestion des mouvements des détenus à l'intérieur de l'établissement.

La Médiateure maintient sa recommandation. Elle ne vise pas l'instauration d'un système de roulement, mais prévoit simplement une répartition équitable des heures plus ou moins avantageuses.

Comme il s'agit d'un système modulaire, la Médiateure ne voit pas d'obstacle à intervertir certaines plages (début et fin des horaires notamment) à des intervalles plus ou moins distancés.

PARTIE II – suivi des recommandations de 2010

A. Visite sur place

Ad dispensation de médicaments pendant la nuit

(32) – L'instruction de service INF11 – 'Ärztliche Betreuung der Insassen' (jointe en annexe mais non destinée à publication) vient d'être réécrite dans son ensemble sur proposition du et en concertation avec le service médical. Le brouillon est annexé à la présente à titre indicatif, mais devra être avalisé encore par le directeur général du CHL avant sa diffusion. Entre autres modifications, la distribution de simples analgésiques non prescrits par le médecin pendant la nuit est laissée à la discrétion du personnel soignant de service, suivant les règles d'application en milieu hospitalier.

Ad consultations médicales « extraordinaires »

(33) – La même instruction INF11 règle dorénavant l'accès aux consultations.

La Médiateure s'en félicite et demande de lui faire tenir la version finale de l'instruction de service.

Ad évaluation du degré de dangerosité des détenus

(41) – Le SPSE et le SCAS doivent évidemment être appelés à contribuer à l'évaluation du degré de dangerosité des détenus, mais ne devront en aucun cas être perçus comme déterminants dans ce processus, au risque de perdre toute la confiance des détenus qu'ils sont sensés accompagner durant leur parcours. La proposition de faire participer les agents du SPSE à des formations dans le domaine du *risk assessment* sera certainement reprise à l'avenir ; encore faudra-t-il séparer la graine de l'ivraie parmi l'offre existante sur le marché actuel.

Aucun détenu qui se voit accorder des congés pénaux n'est menotté durant une extraction ! Depuis plusieurs années déjà, le CPL établit une liste révisée mensuellement et avalisée par la déléguée du Procureur général d'Etat, qui divise les condamnés en 3 catégories pour les extractions : ceux dont le restant de la peine à purger est de moins de 2 ans, ceux qui bénéficient de congés pénaux ou qui sont prévus pour un transfèrement au CPG ainsi que tout autre condamné dont le risque d'évasion est à considérer comme négligeable, sont transportés par le personnel de garde du CPL sans application de menottes ; les autres condamnés sont en principe soumis au port de menottes durant leurs extractions effectuées soit par le personnel de garde du CPL, soit – pour les condamnés supposés à risque plus élevé – par la Police grand-ducale.

La Médiateure a connaissance d'un cas au moins dans lequel un détenu, bénéficiant de congés pénaux a été transporté par les services de la Police grand-ducale en milieu hospitalier avec des menottes. Une telle pratique, contraire aux règles internes est inacceptable.

Ad température de l'eau des douches

(60) – Certains problèmes de régulation de la température de l'eau des douches sont connus ; une solution est prévue au budget de l'année courante.

La Médiateure souhaite être informée de la solution projetée.

3. Prise de position de la Direction du Centre pénitentiaire de Givenich

Ad consultation médicale avant élargissement

Point 36 (page 19-20): « Dans son rapport de 2010, Le Contrôleur externe déplorait qu'il était impossible de remettre à chaque détenu avant son élargissement une fiche médicale reprenant ses principales pathologies actuelles, son traitement médical ainsi que d'autres données qui seraient dans l'intérêt de la continuation des soins.

D'après les informations reçues par le service médical somatique, dorénavant chaque détenu souffrant d'une pathologie aiguë ou chronique au moment de son élargissement peut solliciter une copie de ses analyses ou de son imagerie médicale, il peut se voir remettre également les médicaments nécessaires pour un ou deux jours. On lui remet, à sa demande, également une ordonnance médicale afin qu'il puisse se procurer les médicaments dont il a besoin.

Or, il semble arriver régulièrement que le service médical ne soit pas informé ou informé très tardivement de l'élargissement d'un détenu, de sorte qu'il ne lui est pas toujours possible de répondre favorablement à une éventuelle demande en ce sens.

La Médiateure recommande de mettre en place une procédure qui assurerait une information adéquate du service médical, par la direction ou par le greffe, un mois avant l'élargissement d'un détenu.

La Médiateure recommande également de porter l'existence de cette possibilité à la connaissance des détenus en intégrant cette information dans le guide du détenu. Un système analogue, destiné à l'information en temps utile du médecin généraliste, exerçant au CPG serait souhaitable. »

La fin de peine « normale » est connue des détenu (e)s et des services internes mais certaines ne sont pas toujours prévisibles telles que « libération conditionnelle », « suspension de peine » et « sorties sur contrainte par corps » (si le paiement du solde restant dû est fait).

Il a été dès lors convenu que :

a) Dès que la date exacte d'élargissement est connue, un message est envoyé aux services internes par le greffe avec la date officielle de l'élargissement du (de la) détenu(e). Le service infirmerie du CPG sera ajouté à la liste d'envoi pour information.

b) A l'admission, une fiche médicale est remplie, qui contient en plus des données personnelles, les points informant sur la pathologie et le traitement à suivre. La fiche médicale, signée par le (la) détenu(e) est classée dans le dossier médical du (de la) détenu(e)

Les détenu(e)s pourront avoir sur demande accès à leur fiche médicale. Ce passage sera ajouté en complément dans le Règlement Interne.

La Médiateure est satisfaite de la procédure mise en place. Elle devrait en tout état de cause permettre au détenu élargi de continuer son traitement sans interruption. De ce fait, il serait utile de prévoir que le détenu reçoive avant son élargissement du moins une ordonnance médicale afin de pouvoir se procurer sans délai les médicaments nécessaires.

La Médiateure demande à recevoir une copie du nouveau règlement interne, reprenant ces dispositions.

Ad coordonnées d'une personne de contact

Point 55 (page 34) : « Lors de l'entrée au CPL et au CPG, chaque détenu est invité à indiquer les coordonnées d'une personne qu'il souhaiterait voir contacter en cas de décès ou de maladie grave. Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que le personnel médical n'a pas accès à ces données. Dans l'intérêt du détenu malade, le Contrôleur externe recommande aux autorités pénitentiaires d'autoriser l'accès du personnel médical à ces données, sous réserve cependant que les médecins en question informent la direction du centre pénitentiaire concerné de chaque prise de contact.

De demander aux détenus, dès leur entrée et par le même formulaire sur lequel ils indiquent les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence grave ou de décès, s'ils désirent, en cas de décès bénéficier de l'intervention d'un officier de culte et de spécifier le culte en question, étant donné qu'un grand nombre de détenus ne pratique pas le culte catholique pour des raisons philosophiques ou en raison de leur appartenance à un autre culte. »

Il a été convenu que les coordonnées de la personne à contacter en cas de maladie grave ou de décès pourront être ajoutées par les détenu(e)s sur la fiche médicale (voir sub point 1) lors du premier examen médical par le médecin de l'établissement.

Il y a lieu de rappeler que des informations au sujet de la confession du détenu(e) ne sont pas actées dans la base de données tenue au greffe. Néanmoins le « Règlement interne » du CPG renseigne le détenu qu'il peut demander un aumônier ou un représentant du culte de sa religion pour obtenir

une assistance morale et spirituelle. Pour toute question y relative, le détenu peut contacter l'aumônerie du CPL qui transmet sa demande aux destinataires respectifs.

La Médiateure renvoie à ses commentaires faits au titre du CPL concernant la même recommandation.

Ad contrôle de stupéfiants

Point 60 (page 36): « Il avait également été recommandé de réfléchir sur un recours à des chiens de dépistage de drogues propres aux établissements pénitentiaires, même si le nombre réduit de chiens de dépistage ne pourrait à lui seul suffire à éviter toute entrée de drogues en milieu carcéral. La Médiateure, tout comme son prédécesseur considère toutefois que l'effet de dissuasion qui émanerait de tels contrôles, effectués aussi bien sur les personnes que sur les marchandises livrées, ne devrait pas être sous-estimé. »

Il est à préciser dans ce contexte que la section canine de la Police coopère régulièrement avec le CPG.

La Médiateure s'en félicite, tout en insistant que le recours occasionnel à l'aide de la section canine de la Police grand-ducale est de nature essentiellement dissuasive et doit s'inscrire dans une politique globale de lutte contre les stupéfiants.

Ad état d'hygiène du CPG

Point 69 (page 39): « L'état d'hygiène des locaux et alentours du CPG était excellent et n'appelle pas d'observations particulières. »

La direction du CPG aimerait préciser dans ce contexte l'extension et la diversité des activités du service « nettoyage » interne réalisées depuis 2010 en collaboration avec des organismes externes dans l'intérêt de promouvoir la formation spécifique en la matière en faveur des détenu(e)s.

La Médiateure est consciente des efforts qui doivent être déployés quotidiennement pour maintenir l'excellence du niveau d'hygiène et de salubrité. Elle tient à féliciter les responsables du CPG pour leur engagement dans ce domaine important.

Ad problèmes de chauffage

Point 72 (page 40): « Si généralement les problèmes de chauffage sont généralement résolus dans les délais tout à fait acceptables, il est recommandé aux autorités compétentes de faire procéder à des inspections approfondies et aux remises en état qui s'imposent de la chaufferie en temps d'été afin d'éviter au maximum des pannes pendant la période froide. »

Cette recommandation est couverte par un contrat d'entretien et de maintenance (24h/24h) déjà souscrit avec un prestataire de service d'entretien de chauffage régissant les inspections régulières de l'installation de chauffage central et de production d'eau chaude au CPG et les dépannages si nécessaires à tout moment de l'année.

La Médiateure s'en félicite.

Ad critères d'affectation d'un travail à la cuisine

Point 77 (page 42) : « Avant de se voir attribuer un travail en cuisine, les détenus doivent obtenir une attestation médicale certifiant l'aptitude du détenu à travailler à ce poste. L'équipe de contrôle a été informée qu'il arrive néanmoins parfois aux détenus affectés à ces postes de travail admettent être atteints de différentes maladies à potentiel critique.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les éléments qui servent de base à l'attestation d'aptitude au travail en cuisine et quels sont les critères d'exclusion. »

Les détenu(e)s sont lors de leur admission systématiquement soumis à un test de dépistage des maladies contagieuses et infectieuses par analyses sanguines. Le médecin fonctionnaire du centre pénitentiaire qui vérifie les analyses décide si un travail à la cuisine est accordé.

La recommandation ne visait pas spécifiquement le CPG. Les cas portés à la connaissance de l'équipe de contrôle relèvent tous du CPL.

La Médiateure se déclare néanmoins satisfaite des informations reçues.

Ad accès à l'air libre pour les femmes détenues au CPG

Point 89 (pages 45 & 46) : « ...la Médiateure doit constater que la cour aménagée pour offrir l'accès à l'air libre derrière le bâtiment accueillant les femmes laisse largement à désirer. Il est en effet difficilement compréhensible

que les détenus masculins peuvent circuler librement autour des bâtiments centraux du CPG, qui constitue un espace vert, très bien aménagé et que les détenus de sexe féminin soient obligés de passer leur temps libre dans cette cour.

Soit d'aménager de manière plus agréable la cour réservée aux femmes, soit de leur permettre de se promener également librement sur le site à l'instar des hommes. »

Cette recommandation fut prise très à cœur par la Direction du CPG. Des mesures adéquates d'embellissement du lieu récréatif de la section des femmes ont été immédiatement entamées.



La Médiateure tient à remercier les responsables du CPG de cette mise en œuvre rapide et réussie de sa recommandation.

Ad documentation de blessures visibles et de plaintes de mauvais traitements

page 54 : « Toute blessure visible et toute plainte de mauvais traitements antérieurs devrait, dès le moment de l'admission du détenu faire l'objet d'un constat formel. »

Tout(e) détenu(e) amené(e) par la Police au CPG, passe normalement avant son entrée un examen médical concernant son aptitude à la détention. Le formulaire de la Police, nommé « examen corporel » prévoit l'indication de toute lésion, est rempli par le médecin traitant et remis par la Police au service greffe. Une copie de ce document est transmise à l'infirmerie du CPG.

Le personnel de garde est tenu de rédiger un rapport circonstancié lorsqu'il apparaît qu'une personne nouvellement admise montre des signes de lésions corporelles.

Cette procédure est conforme aux normes en vigueur.

Ad distribution du « Guide du détenu »

page 54-55 : « Le Contrôleur externe renvoie aux commentaires repris sub 4.1.5., principe 13, p.55, et recommande de remettre systématiquement et contre récépissé, à tout détenu, dans toute la mesure du possible dès son arrivée au Greffe, mais au plus tard dans les 24 heures, les deux tomes du « Guide de la personne détenue » dans une langue de son choix. Cette pratique donnerait également la possibilité à la personne détenue de clarifier d'éventuels soucis, craintes ou questions lors du premier entretien avec un membre du SPSE, entretien, qui en toutes circonstances devrait avoir lieu au plus tard le deuxième jour de la détention. »

Lors de son admission au CPG chaque détenu reçoit une liste « inventaire » de sa chambre attribuée. Comme la liste est contresignée par le (la) détenu(e), celle-ci équivaut à un récépissé.

Le « Guide de la personne détenue » est à l'occurrence disponible dans les chambres en deux versions, en langues française et allemande, et après

constatation, celles-ci couvrent largement les besoins de la majorité des détenu(e)s.

S'y ajoutent des entretiens individuels avec un membre du SPSE qui se font au cas par cas et en cas de nécessité absolue (urgence) dès l'admission. En cas d'une admission du CPL, l'entretien a lieu en général entre 3 et 5 jours ouvrables de détention. Pour chaque admission directe, avec ou sans semi-liberté, cet entretien individuel se fait en principe dans un délai de 1 à 3 jours ouvrables de détention.

En ce qui concerne le CPG, ces observations n'appellent pas de réactions par la Médiateure.

Ad consultation médicale avant élargissement

page 56 : « Le point 42.2 de la Rec (2006)² du CPT accorde le droit au détenu de se faire examiner médicalement avant son élargissement. Aucune disposition du droit interne, sauf la réglementation relative à un détenu malade au moment de son élargissement, ne prévoit ce droit. Le Contrôleur externe recommande d'insérer ce droit dans les dispositions internes

Il a été convenu que le droit à se faire examiner médicalement avant l'élargissement sera inclus dans le règlement interne sous le chapitre « droit de la personne détenue ». En addition aux rubriques sub 1 et 2, l'option pourra être complétée sur la fiche médicale lors de l'admission.

La Médiateure en prend acte et souhaite recevoir une copie des dispositions internes modifiées.

Ad encas élémentaire en cas d'admission tardive

page 57 : « Le contrôleur externe recommande que des mesures soient prises pour garantir aux personnes admises au CPL à une heure tardive du moins un encas élémentaire. »

Un encas est systématiquement garanti pour chaque détenu(e) lors d'une admission tardive au CPG.

La Médiateure s'en félicite.

Ad continuation des traitements médicamenteux

page 57 : « Le Contrôleur externe recommande la mise en place d'un système garantissant en toute hypothèse aux détenus nouvellement arrivés, la continuation sans délai d'un traitement médicamenteux installé et nécessaire. La Médiateure insiste que chaque traitement dont la nécessité peut être vérifiée doit être continué dès le premier jour d'incarcération. »

Les détenus sont invités (par annexe au courrier du DPG) à amener lors de leur entrée au CPG ou bien une dose suffisante des médicaments dont ils ont besoin directement (méthadone etc.), ou une copie de l'ordonnance médicale des médicaments qu'ils doivent prendre ; comme tout(e) détenu(e) doit passer l'examen médical endéans les 24 heures de son entrée au CPG, la continuation du traitement médical devrait en principe être garantie.

Cete façon de faire est tout à fait acceptable.

Ad évaluation du degré de dangerosité des détenus

page 65 : « Il serait souhaitable que la direction recueille périodiquement l'avis du SPSE et le cas échéant également celui du SCAS afin de déterminer le degré de dangerosité d'un détenu et le besoin de recours à d'éventuelles mesures d'entraves. Dans ce contexte, le Contrôleur externe estime qu'il serait opportun de faire bénéficier les agents du SPSE, et également ceux du SCAS, d'une formation en matière d'évaluation de risques et de leur donner dans cette logique accès aux informations requises à cette fin. Ceci paraît en effet indiqué alors que ce sont les agents de ces deux services qui ont le contact le plus étroit avec les détenus et qui seraient donc également les plus aptes à se prononcer sur d'éventuels risques émanant d'un détenu spécifique.

Le Contrôleur externe fait également appel à la direction du CPL de faire entrer plus de cohérence dans ce domaine. En effet, il est difficilement explicable qu'un détenu déterminé qui se voit régulièrement attribuer des congés normaux pendant lesquels il se déplace librement, sans moyens d'entrave, accompagné par un membre du SPSE, à son domicile privé soit obligé de porter des menottes et de se soumettre à une fouille corporelle au cours d'une extraction pour des raisons médicales.»

Prise de position du préposé SPSE-CPG :

« Aborder la question de l'évaluation de la dangerosité d'un détenu entraîne qu'il faut d'abord définir ce que les intervenants professionnels impliqués entendent par cette question et ensuite clarifier les attentes des décideurs par rapport au niveau de profondeur de cette évaluation.

Il serait intéressant de distinguer (1) une évaluation scientifique du degré de dangerosité et (2) une estimation réfléchie de la dangerosité sur base d'une série de critères définis.

L'évaluation scientifique du degré de dangerosité est une tâche complexe (évaluation clinique, instruments actuariels du risque, etc.) qui nécessite le recours à des psychologues du SPSE expérimentés et bien formés. Les psychologues du SPSE ont acquis des connaissances à ce niveau (à un degré variable en fonction de leur formation initiale et continue), mais tous doivent continuer à se former au long de leur carrière. Pour réaliser des estimations réfléchies, certains agents du SPSE remplissent ces conditions (à degré différent) et d'autres sont novices en la matière. Une formation initiale ou continue pour tous les agents serait utile.

Il faudrait par ailleurs discuter la question si les évaluations scientifiques ne devraient pas être plutôt réalisées par des experts internes ou externes - psychologues et/ou psychiatres - n'assurant pas le suivi psychologique des détenus au quotidien. Cette question nous semble être liée au concept global que les responsables de l'administration pénitentiaire souhaitent établir et elle devrait être discutée avec les préposés des deux SPSE.

Les deux types d'analyse nécessitent l'accès à des informations dont les psychologues et les autres agents du SPSE ne disposent pas (e.a. extraits du casier judiciaire, diagnostics psychopathologiques).

Ce travail d'évaluation ou d'estimation du degré de dangerosité doit être réalisé à différents moments du séjour de la personne détenue en prison et après l'élargissement sous conditions par l'agent du SCAS (ou un autre intervenant professionnel). Voilà pourquoi, il faudrait définir au moins certains moments-clés où de telles évaluations et/ou estimations devraient être faites d'office.

Il ne faut pas oublier non plus que l'évaluation de la dangerosité devrait être couplée aux choix des mesures de traitement à réaliser ensemble avec le détenu conformément au principe du risque défini par ANDREWS et BONTA.

Ces évaluations ou estimations nécessitent un temps de travail appréciable si elles sont faites avec la rigueur professionnelle qui s'impose vu que le résultat de ces analyses influence grandement la suite du parcours d'intégration sociale de la personne détenue, les mesures de sécurité prises à son encontre ainsi que la sécurité du personnel travaillant au sein des établissements pénitentiaires et de la société. »

La Médiateure souscrit aux réserves formulées par le SPSE-CPG. Elle insiste que le risk assessment fait par un membre du SPSE, formé en la matière, ne devrait constituer qu'un des éléments déterminants en la matière.

Ad température de l'eau des douches

page 71 : « Le contrôleur externe estime que des mesures devraient être prises pour garantir à chaque période de l'année une température d'eau adaptée aux conditions climatiques. Tout en matière de chauffage, elle recommande de procéder régulièrement à des travaux d'inspection de l'état des installations sanitaires et de pourvoir au remplacement des parties défectueuses ou risquant de tomber en panne dans un futur proche du fait de leur vétusté pendant la période d'été. »

Les inspections régulières et les éventuelles réparations des appareils sanitaires, des robinetteries, des canalisations et des évacuations sont effectuées par le secteur concerné du service économique du CPG en collaboration avec des prestataires de services externes pour garantir à tout moment le bon fonctionnement des sanitaires.

La Médiateure en prend acte avec satisfaction.

4. Prise de position du Ministre de la Santé :

Madame la Médiateure,

Par la présente, je voudrais vous informer que je n' ai pas d'observations particulières à vous communiquer en ce qui concerne votre prédit rapport, dont la première partie constitue un suivi des recommandations émises par votre prédécesseur dans son rapport du 17 novembre 2010 et la seconde partie reprend votre avis du 19 février 2013 (doc. parl. 6382/7) sur le projet de loi portant réforme de l'administration pénitentiaire et sur le projet de règlement grand-ducal portant organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires et abrogation du règlement grand-ducal modifié du 3 septembre 1974 relatif à la composition et au fonctionnement du service de défense sociale dans le cadre des établissements pénitentiaires et des maisons d'éducation.

Je n'entends plus revenir sur les différents débats qui ont eu lieu à la Chambre des Députés dans le cadre de la procédure législative relatifs à ces projets, alors que le prédit projet de loi et de règlement grand-ducal sont en cours de finalisation par les services du Ministère de la Justice.

Ainsi, je partage entièrement vos conclusions formulées à la page 75 de votre rapport que:

« la situation actuelle ne permet pas de tirer des conclusions définitives alors que les travaux parlementaires relatifs aux projets de loi 6381 et 6382 sont encore en cours et qu'il faudra attendre la formulation définitive de ces textes.

Des conclusions définitives s'interdisent également en raison du projet de construction du Centre pénitentiaire Uerschterhaff et du projet de la mise en place d'une unité psychiatrique spéciale au sein du CPL.

Il faudra attendre la transposition concrète de ces projets, leur mise en oeuvre et leurs répercussions tant sur le CPL et le CPG que sur le CHNP avant de pouvoir se prononcer d'une manière plus précise. »

En ce qui concerne l'unité psychiatrique spéciale au sein du CPL, j'ai été informé par un communiqué de presse du 26 juin 2013 du Ministère de la Justice du Land de Sarre de la mise en service d'une nouvelle clinique «forensique »à Merzig.

Selon les informations qui m'ont été communiquées, une délégation composée de membres du Ministère de la Justice accompagnés de leur expert suisse, du Ministère de la Santé, du Département des Travaux publics, de l' Administration pénitentiaire, de la Direction de la Santé ainsi que du CHNP envisagent de procéder éventuellement dans les prochaines semaines à une visite de la prédite clinique à Merzig afin de pouvoir en tirer tous les enseignements nécessaires en vue de la mise en place de la nouvelle unité psychiatrique spéciale telle qu'elle est actuellement prévue sur le site du CPL.

Je vous prie d'agréer, Madame la Médiatrice, l'expression de ma considération distinguée.

Annexe: 1

Offizieller Startschuss für den Ersatzneubau in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie

Justiz-Staatssekretärin Dr. Anke Morsch stellt Entwurfsplan vor



Im Ersatzneubau soll Platz für 60 Patienten geschaffen werden (Bild: sander.hoferichter architekten).„Einige Gebäude der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie sind in die Jahre gekommen und weisen beträchtliche bauliche Mängel auf. Die Behebung dieser

Mängel in den vorhandenen Gebäuden wäre nur mit einem hohen finanziellen und organisatorischen Aufwand möglich. Vor diesem Hintergrund wurde im Koalitionsvertrag verankert, die erforderlichen baulichen Maßnahmen in den nächsten Jahren umzusetzen und damit die Voraussetzungen für einen zukunftsfähigen Maßregelvollzug in Merzig zu schaffen“, erklärte Staatssekretärin Dr. Anke Morsch anlässlich der Präsentation des Entwurfsplanes für einen Ersatzneubau.

Der geplante Baukörper soll 2 Gebäudeteile mit maroder und nicht sanierungsfähiger Bausubstanz ersetzen. Damit ist keine Erweiterung der gegenwärtigen Bettenzahl von 160 am Standort Merzig verbunden. Dr. Anke Morsch führte weiter aus: „In dem Ersatzneubau werden 60 Patienten auf 3 hoch gesicherten Stationen mit jeweils 20 Betten untergebracht und behandelt. Darüber hinaus wird ein zentrales Eingangs- und Schleusengebäude mit den erforderlichen Sicherungsanlagen errichtet. Mit dem fertig gestellten Entwurfsplan wird ein modernes, therapeutisches Raum- und Funktionsprofil mit einem ausgereiften baulich-technischen Sicherheitskonzept realisiert. Mit der Planung des Bauvorhabens ist eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft mit saarländischer Beteiligung beauftragt.“

Bei der Planerstellung sind die besonderen therapeutischen Rahmenbedingungen einer forensisch-psychiatrischen Klinik sowie die in höchstem Maße bedeutsamen Sicherheitsaspekte beachtet worden. Letzteres betrifft nicht nur den Schutz vor Entweichungen, sondern auch die Sicherheit der Beschäftigten und der Patienten. „Damit kann die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie ihren gesetzlich festgeschriebenen Auftrag – Schutz der Allgemeinheit und Behandlung der Patienten – optimal erfüllen“, betonte Staatssekretärin Dr. Anke Morsch.

Mit der Inbetriebnahme des Ersatzneubaus kann im Laufe des Jahres 2017 gerechnet werden. Für die Realisierung des Ersatzneubaus sind 12 Mio. Euro im saarländischen Landeshaushalt vorgesehen. Die exakte Kostenermittlung ist noch nicht abgeschlossen. Das Kostenvolumen ist abhängig von der Preisentwicklung in der Bauwirtschaft.

Abschließend dankte Staatssekretärin Dr. Anke Morsch ihrem Kollegen Dr. Axel Spies und dem gesamten Ministerium für Finanzen und Europa für die kollegiale und produktive Zusammenarbeit, ebenso dem Amt für Bau und Liegenschaften und der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie.

Hintergrund:

- Im Saarland werden die Aufgaben des Maßregelvollzugs von der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP) in Merzig wahrgenommen. Träger der SKFP ist das Ministerium der Justiz.

- Im Maßregelvollzug werden Straftäter untergebracht, die zum Zeitpunkt der Tat wegen einer gutachterlich festgestellten psychischen Erkrankung schuldunfähig oder vermindert schulfähig waren oder die die Tat aufgrund einer Suchtstoffabhängigkeit begangen haben. Außerdem müssen weitere Straftaten zu erwarten sein. Die Maßregel wird vom Gericht angeordnet.

- Auftrag der SKFP ist es, die Bevölkerung vor weiteren erheblichen Straftaten zu schützen. Daher müssen die baulich/technischen Sicherungsanlagen in Merzig ständig aktualisiert werden.

Gleichermaßen entscheidend für den wirksamen Schutz der Allgemeinheit ist die Sicherung und Optimierung einer qualitativ hochwertigen bzw. wissenschaftlich begründbaren Therapie und Prognose. Die Patienten können nicht immer geheilt, jedoch so behandelt werden, dass sie nicht wieder straffällig werden. Damit leistet die SKFP einen wesentlichen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung.

- Derzeit sind in der SKFP 207 Mitarbeiter beschäftigt. Dabei nimmt mit 116 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegebereich den größten Raum ein. Darüber hinaus sind 8 Ärztinnen und Ärzte, 9 Psychologinnen und Psychologen, 8 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Ergotherapie, 2 Sporttherapeuten und 16 Mitarbeiter im Begleit- und Sicherungsdienst für die Betreuung der Patienten tätig. Im Verwaltungsbereich der SKFP sind einschließlich eines technischen Dienstes insgesamt 17 Mitarbeiter tätig. Der hauswirtschaftliche Bereich (Stationshilfen) wird von 18 Mitarbeiterinnen wahrgenommen, die vorrangig in Teilzeitbeschäftigungen ihre Tätigkeit ausüben.

- Gegenwärtig werden in der SKFP stationär 151 Patienten behandelt und betreut. Bundesweit gibt es knapp 80 Einrichtungen des Maßregelvollzuges mit rd. 10.500 Patienten.

- Die Patienten der SKFP kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten. Es befinden sich deutlich mehr Männer als Frauen im Maßregelvollzug. Die meisten Patienten sind zwischen 26 und 50 Jahre alt.

- Der Ausländeranteil liegt aktuell bei 13,3 % aus 10 Herkunftsländern.

- Die mit Abstand häufigste Anlasstat für die Unterbringung in der SKFP ist Körperverletzung. Daneben kommen unter anderem auch Delikte wie Sachbeschädigung, Freiheitsberaubung, Tötungs- oder Sexualdelikte, Brandstiftung und Vermögensdelikte vor.

■ Die Krankheitsbilder der Patienten reichen von Psychosen über Störungen der sexuellen Orientierung, Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen, hirnorganischen Auffälligkeiten bis hin zu Suchterkrankungen.

■ Im Unterschied zu Strafgefangenen in den Justizvollzugsanstalten ist die Entlassung eines Patienten aus dem Maßregelvollzug abhängig vom Therapiefortschritt, zu dem er selbst beitragen muss. Über die Entlassung entscheidet das Gericht. Dazu gibt es regelmäßige Anhörungen.

■ Die Reintegration in die Gesellschaft bedarf einer unterschiedlich langen Therapiezeit, im Durchschnitt 5 - 6 Jahre. Nur wenige Patienten haben keine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie, so dass Entlassungsperspektiven kaum entwickelt werden können.

■ Vor ihrer Entlassung durchlaufen die Patienten verschiedene Lockerungsstufen wie zum Beispiel Ausführung, Frei- und Ausgang sowie Probewohnen. Das Probewohnen findet außerhalb der SKFP statt und dient der Stabilisierung des Therapieerfolgs bzw. um das „normale Leben“ zu trainieren. Während dieser Zeit und nach bedingter Entlassung werden die Patienten durch die Forensisch-Psychiatrische Ambulanz der SKFP betreut; aktuell sind es 65 Patienten.

La Médiateure regrette l'absence de prise de position véritable du Ministre de la Santé quant aux recommandations émises par la Médiateure et touchant directement au domaine de la santé.

Elle félicite les responsables des hôpitaux concernés par le rapport de leur prise au sérieux des recommandations émises et du suivi y réservé.

5. Prise de position du CHL :

Madame la Médiateure,

En réponse à votre courrier du 2 mai 2013, je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous les commentaires du CHL.

2.1. Admission du détenu

Ad continuation de traitements médicamenteux

Point (7), page 7

En ce qui concerne la poursuite du traitement habituel des prisonniers nouvellement admis, il n'y a pas de problème lors d'une admission en semaine. Pour les week-end, il est prévu que l'infirmier prenant en charge le détenu procède à une anamnèse détaillée du traitement médicamenteux en cours et informe par téléphone le médecin de garde. Celui-ci fait une appréciation du traitement et autorise l'équipe infirmière à dispenser le traitement équivalent disponible au CPL pour le délai avant qu'il ne soit vu par le médecin lui-même.

Il est à noter que la durée du temps passée au tribunal et lors des transports peut repousser la visite médicale.

En ce qui concerne e.a. les traitements de substitution le CHL va prendre contact avec le CHdN pour voir quelles améliorations peuvent être apportées à cette prise en charge.

La Médiateure suppose qu'il faut lire CHNP au lieu de CHdN. Elle félicite les responsables du CHL pour l'initiative de se mettre en contact avec le CHNP pour organiser de manière efficace les traitements de substitution.

Elle souhaite être informée des suites qui seront réservées à cette concertation.

2.2. La santé en milieu carcéral

Ad consultations auprès de médecins-spécialistes au CPL

Point (16), page 11 : (...) Pour ce qui est des consultations en cardiologie, la Médiateure constate que des consultations en cardiologie étaient offertes intra muros en 2010 et ne le sont plus maintenant. Elle s'interroge sur les raisons de la suppression de cette offre.

En raison du nombre peu élevé des patients présentant un problème cardiaque, il a été décidé de ne plus demander le déplacement du cardiologue au CPL mais d'assurer le suivi par les médecins au CPL. En cas de besoin, une consultation auprès du cardiologue du CHL est organisée, voir un transfert en milieu hospitalier si des actes techniques de surveillance sont nécessaires.

La Médiateure remercie le CHL pour les renseignements obtenus. Elle estime que cette manière de procéder est légitime. Elle rend toutefois attentif au fait que le nombre d'extractions devrait être limité au strict nécessaire, afin de ne pas déranger de manière excessive et inutile le fonctionnement du CPL. Le fait que le détenu doit se déplacer au CHL pour l'examen ne devrait en aucun cas avoir de répercussions sur les délais d'attente auxquels les détenus concernés sont soumis, liés à l'organisation des transports.

2.2.2. Question organisationnelle concernant les services médicaux

Ad prise de rendez-vous auprès de médecins-spécialistes en milieu externe

Point (29), page 15 Des problèmes spécifiques de rendez-vous auprès des médecins-spécialistes au CHL ne nous sont pas connus. Je peux vous confirmer que le délais de rendez-vous pour un détenu est le même que pour tout autre patient et qu'en cas d'urgence, la prise en charge est toujours assurée.

La Médiateure ne met pas en doute le fait que le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin-spécialiste soit le même pour une personne détenue que pour une personne qui n'est pas privée de liberté. Les problèmes relevés par la Médiateure concernent avant tout des problèmes liés à la prise de rendez-vous et l'organisation des modalités de transport, qui dépendent généralement du CPL ou de la Police grand-ducale.

Ad organisation du service de médecine somatique au CPL

Point (32), page 17 La question de la surveillance par du personnel infirmier des détenus dans les cellules surveillées par vidéo au bloc 61 et P2 a été discutée avec le Ministère de la Justice et il a été retenu qu'en aucun cas les infirmières du CHL ne saurait être impliquée dans de la surveillance par vidéo des détenus et ce d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'un moyen approprié pour une surveillance médicale. Elle n'est pas assurée par du personnel du CHL.

Si la surveillance incombe essentiellement aux membres du personnel du PGC, la Médiateure réitère la recommandation que les écrans installés au G1 devraient être démontés.

La vidéosurveillance est un outil qui ne devrait être utilisé qu'en cas de besoin manifeste et n'être suivi que par un nombre de personnes aussi restreint que possible. Si le personnel médical et paramédical n'est pas chargé de suivre les écrans de vidéosurveillance, le respect de la vie privée des personnes retenues concernées oblige l'administration pénitentiaire à enlever ces écrans.

Il est évident que le personnel infirmier devra assurer des contrôles visuels réguliers des détenus malades.

Ad consultation médicale avant élargissement

Point (36), page 19 Nous ne pouvons que partager l'avis du médiateur en ce « qu'il recommande de mettre en place une procédure qui assurerait une information adéquate du service médical, par la direction ou par le greffe, un mois avant l'élargissement d'un

détenu. » La procédure pourrait ainsi également prévoir une « visite médicale de sortie » du détenu.

La Médiateure estime que l'examen médical avant l'élargissement du détenu est un droit qui devrait être garanti à tout détenu.

Elle invite les acteurs concernés à participer activement à l'élaboration d'une procédure qui permette de manière systématique un tel examen médical.

Ad ouverture d'une cellule pendant la nuit

Point (39), page 22 Il est à noter que la prise en charge médicale est assurée les samedis, les dimanches et les jours fériés par le biais de la permanence téléphonique. Ainsi, le médecin de garde est joignable 24/24 heures et déplace au CPL si cela s'avère nécessaire.

Il est dans l'habitude des médecins d'offrir des consultations les jours fériés pour ne pas limiter l'accès aux soins des détenus des blocs pouvant prendre un rendez-vous ce jour-là.

Les effectifs au service de gardiennage étant réduits les jours fériés, il est déjà arrivé que le médecin se déplace aux infirmeries pour la consultation.

En ce qui concerne la consultation, je tiens à informer que toute demande formulée par un détenu, en dehors des jours habituels de consultation, formulée par le détenu au gardien, est prise en considération. Celui-ci informe le personnel soignant qui intervient soit immédiatement, soit dans les heures qui suivent la demande. Les détenus sont soit vus en cellule soit sont amenés vers l'infirmerie par les gardiens.

La Médiateure prend note de ces renseignements. Au vu du nombre élevé de réclamations obtenues par l'équipe de contrôle, il lui semble toutefois qu'il y ait un problème dans la mise en œuvre pratique de ces procédures.

Elle recommande à tous acteurs concernés, aussi bien le personnel du CHL que les agents des différents blocs de détention, de faire en sorte qu'un encadrement médical soit possible, même en-dehors du jour de consultation de chaque bloc.

Ad contrôle de la prise effective des médicaments prescrits

Point (42), page 23 : le médiateur retient qu'il « doit en tout état de cause être garanti que les infirmiers disposent du temps nécessaire pour contrôler la prise effective des médicaments prescrites et plus particulièrement celles des opiacés et des substitutifs à l'héroïne prescrite. »

La difficulté réside plus dans l'organisation même du CPL que dans le temps soignant disponible. Il est demandé au personnel soignant doit faire au plus vite afin que les détenus puissent rejoindre leur lieu de travail ou d'activité.

La Médiateure rappelle l'importance du contrôle de la prise effective, surtout lorsqu'il s'agit des traitements de substitution.

Elle ne peut accepter que ce contrôle soit compromis par l'organisation interne du CPL. Les éventuelles instructions des agents pénitentiaires à cet égard ne doivent en aucun cas être à l'origine d'un travail paramédical déficient. Elle rappelle en outre aux membres du personnel paramédical qu'ils risquent de se voir attribuer au moins une part de la responsabilité en cas d'incident lié à un contrôle mal effectué.

Ad hospitalisation de détenus

Point (52), page 33 : Le lieu des opérations est lié à la spécialité dont relève le patient. Ainsi, si un patient a besoin d'une opération d'orthopédie, l'équipe médico-soignante compétente pouvant prendre en charge cette opération se trouve sur le site d'Eich. N'ayant pas deux équipes sur tes deux sites, cette intervention ne peut pas se faire sur le site de l'Hôpital Municipal.

La Médiateure peut suivre ces raisonnements. Elle tient alors à rappeler sa recommandation suivant laquelle les détenus patients devraient être transférés aux chambres sécurisées du CHL dès que leur état de santé le permet.

Ad équipement du service médical du CPL

Point (54), page 34 En ce qui concerne votre recommandation « d'acquérir un dispositif de télémétrie à distance, à l'équipement de toutes les chambres d'hospitalisation avec des lits d'hôpital ainsi que l'acquisition d'un lève-personne », je tiens à revenir aux missions de ce service, tel que fixées par la convention avec le Ministère de la Justice. Le service de médecine somatique organisé au CPL n'est pas assimilable à une unité d'hospitalisation classique. Il dispose d'une infirmerie mais pas de chambres d'hospitalisation. Lorsqu'il y a besoin d'hospitaliser un détenu, il y a un transfert au CHL ou dans un autre établissement hospitalier.

L'équipe de contrôle avait été informée par le service paramédical que ces outils étaient nécessaires pour une prise en charge adéquate des personnes placées au G1. Il ne faut pas non plus oublier qu'au CPL, il peut se présenter des situations qui nécessitent une prise en charge plus importante, sans qu'une hospitalisation ne soit absolument indispensable.

Lors de la mission en 2010, il y avait notamment un patient qui était placé au G1 et qui avait besoin d'un encadrement médical très important et dont la prise en charge a été rendue largement plus difficile en défaut de l'équipement adéquat.

Considérant également le fait que le CHL ne dispose que de deux chambres sécurisées, il importe de veiller à ce que ces chambres soient disponibles en cas d'urgence, la Médiateure maintient sa recommandation.

Ad régimes alimentaires spécifiques

Point (75), page 41 En ce qui concerne les régimes spécifiques pour raisons médicales, le médecin coordinateur s'est réuni avec l'infirmier en chef les responsables de la cuisine du CPL. Il a également été pris contact avec le service de diététique du CHL pour améliorer l'adaptation des repas au régime diabétique.

La Médiateure apprécie les démarches entreprises et souhaite être tenue au courant des décisions qui seront prises dans ce domaine.

En ce qui concerne votre rapport exhaustif, je me permets de vous informer que dans le cadre de la réforme pénitentiaire des réunions ont lieu avec le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, l'Administration pénitentiaire, le CHL, le CHNP et le CPL. Les points que vous relevez en relation avec la collaboration entre le CHNP et le CHL y sont traités. Une instance de collaboration est ainsi mise en place dans les conventions discutées.

En ce qui concerne le dossier patient, les médecins utilisent maintenant le dossier patient informatisé du CHL. L'uniformisation et la standardisation est donc assurée.

La Médiateure s'en félicite.

6. Prise de position du CHNP :

Madame la Médiateure,

Faisant suite à votre demande, nous vous communiquons ci-après nos commentaires relatifs au rapport sus-mentionné.

Ad ergothérapie au CPL

Point 24 (page 13) : Nous recommandons d'augmenter les postes « ergothérapie » de 1 ETP à 2,25 ETP. Cette augmentation dépend d'un financement du Ministère de la Justice et nous allons introduire une telle demande dans nos prochaines négociations avec le Ministère de la Justice.

La Médiateure félicite les responsables du CHNP pour cette décision et souhaite être tenue informée des suites qui y seront réservées.

Ad contrôle de la prise effective des médicaments prescrits

Point 42 (page 23) : Vous insistez à ce que le personnel infirmier puisse disposer du temps nécessaire pour leur permettre de contrôler la prise effective des médicaments prescrits (suboxone, méthadone). Notre dotation en personnel ne nous permet pas de surveiller, comme il serait utile, chaque patient pendant 20 minutes. Vu le nombre impressionnant de patients (entre 50 et 100) sous cette médication, il nous faudrait plusieurs ETP infirmiers en plus pour garantir la surveillance de cette prise en charge.

La Médiateure renvoie à ses observations faites au commentaire émis par le CHL à ce sujet.

Nous restons évidemment à votre disposition pour discuter avec vous les questions et problèmes évoqués.

Veillez croire, Madame la Médiateure, en l'expression de notre parfaite considération.

7. Prise de position de la Police Grand-Ducale :

Madame la Médiateure,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir les remarques suivantes en la matière :

Déroulement de la visite de suivi de la mission de 2010 :

Je prends note du fait que vous n'avez pas contacté la Police Grand-Ducale (PGD) en la matière.

Vous m'auriez obligé d'indiquer à la PGD les points pour lesquels vous vous attendez une réaction de notre part. En absence de cette précision, nous avons réagi en âme et conscience à votre rapport.

Ad annulation de rendez-vous médicaux suite à une surcharge du service UGRM de la PGD

Ad (45) (p.25) : Je rappelle notre réponse dans notre courrier 2011/6396/55/DOME-MR « ... la police invite Monsieur le Médiateur à vérifier si toutes les consultations médicales et séjours médicaux opérés à l'extérieur de la prison (484 escortes vers des hôpitaux nationaux en vue d'une consultation ou d'un séjour prolongé dont 407 vers le CHL) trouvent leur justification quant à la nécessité de l'extraction du détenu ou si au contraire la consultation/séjour prolongé n'aurait pas pu pour autant être exécutée au sein du CPL en vertu des moyens présents au CPL. » Or, le présent rapport reste muet quant à la doléance de la PGD.

La mission de la Médiateure, en tant que mécanisme national de prévention, est préventive et vise à contribuer au respect des droits de l'homme des personnes privées de liberté.

Dans ce contexte, elle a fait remarquer qu'il n'est pas tolérable que des rendez-vous médicaux auprès de médecins-spécialistes, pris de longue date, soient annulés en raison de problèmes organisationnels au niveau du transport.

La Médiateure n'a pas la compétence pour apprécier le bien-fondé des décisions médicales ordonnant le transfert vers le CHL. Les médecins disposent du libre choix thérapeutique que ni la Médiateure, ni d'ailleurs un médecin-expert qui pourrait être chargé en vue d'un contrôle de la qualité des soins dispensés, ne pourrait remettre en cause.

Ad respect des indications médicales lors de transports de détenus

Ad 46 (p.25) : Je me félicite du fait qu'aucune réclamation en la matière n'a été portée à votre connaissance. Je tiens néanmoins à expliquer que pour les faits visés au rapport de 2010, il s'agissait de certains cas très rares de claustrophobie, où la PGD ne peut malheureusement faire appel à d'autres équipements que ceux à sa disposition, notamment les camionnettes spéciales pour le transport de détenus.

La solution qui a été mise en place afin de résoudre ces cas est la suivante : nous faisons appel au renfort d'une ambulance privée. Les conditions sont claires, la maladie doit être certifiée par un médecin et la réquisition de l'ambulance est soumise à autorisation préalable des autorités judiciaires qui devront par la suite faire liquider la facture via le budget du Ministère de la Justice.

La Médiateure souligne que la recommandation émise en 2010 avait une portée beaucoup plus large et ne visait pas uniquement les détenus ayant un certificat attestant une claustrophobie. Mais, comme il en est fait état dans le rapport de

suivi, les réclamations qui avaient été portées à la connaissance de l'équipe de contrôle en 2010, semblent être devenues sans objet.

La Médiateure se montre toutefois très satisfaite qu'une solution ait pu être trouvée en ce qui concerne les problèmes liés au transport des patients souffrant de claustrophobie munis d'une attestation médicale en ce sens, établie par un médecin-psychiatre.

Ad modalités de transport

Ad 48 (p.26) : Je tiens à remarquer que cette incohérence ne trouve pas son origine au sein de la PGD. Les transports effectués par la PGD se font toujours suivant les mêmes standards. L'incohérence réside dans le fait que le détenu bénéficie d'un côté d'un congé pénal accompagné et que de l'autre côté, le CPL classe le même détenu comme dangereux, afin de charger la PGD du transport médical. En effet, si le détenu n'est pas classé dangereux, le transport médical se fera moyennant le charroi organique par le personnel du CPL.

En matière de transport de détenus dangereux, je renvoie aussi à nos remarques au point ad 50 ci-dessous.

La Médiateure ne compte pas attribuer la cause du dysfonctionnement à l'une ou l'autre institution. Force est cependant de constater qu'il existe effectivement une incohérence flagrante en matière de modalités de transport.

Il semble toutefois à la Médiateure que cette incohérence soit liée au fait qu'il n'y ait pas critères clairement établis servant de base au partage de la charge de travail des transports des détenus.

Ad consignes élaborées pour le quartier cellulaire du CHL

Ad 50 (p.29) : Si les consignes sont acceptables mais non optimales, je tiens à signaler qu'elles forment un compromis entre les différentes parties qui ont participé à son élaboration, à savoir les représentants de la PGD, du CHL, du Ministère de la Justice et un de vos collaborateurs, comme vous le signalez d'ailleurs aussi sous votre point ad 49.

La Médiateure a confirmé que les consignes communes constituent un compromis acceptable. Les collaborateurs du service du contrôle externe étaient effectivement présents lors de différentes réunions visant leur élaboration, ce qui ne signifie évidemment pas qu'ils ont imposé leur point de vue.

La Médiateure ne met d'ailleurs d'aucune façon en doute ce compromis qui, comme elle le souligne d'ailleurs dans son rapport, constitue un grand progrès en la matière.

Il n'en reste pas moins que les consignes ne sont pas en tous les points conformes aux normes internationales et ne concernent que les détenus hospitalisés à une section spéciale, à savoir l'U20 du CHL. Les autres hospitalisations, impliquant d'autres acteurs, ne sont pas réglées de manière aussi précise.

Ad surveillance des détenus hospitalisés en milieu psychiatrique

Ad 51 (p.30) : Vu les explications et vu la recommandation d'un accompagnement et d'une surveillance par du personnel en civil et non armé, la PGD se pose la question pourquoi cette mission est attribuée à la PGD.

D'après votre rapport, il s'agit de « ... personnes malades, en milieu hospitalier, donc généralement traitées par une médication psychotrope assez conséquente, réduisant grandement les facultés physiques du patient... ».

Or, vous considérez que le port d'arme serait à proscrire dans un « ... milieu où se trouvent, dans un espace fort limité, de nombreuses personnes altérées tant dans leurs facultés de décision que dans leurs facultés intellectuelles. En tout état de cause, il s'agit de patients qui peuvent à tout moment avoir des réactions et des actions totalement imprévisibles et/ou irrationnelles et qui risquent de tenter de s'accaparer de l'arme de l'agent de police... ».

Je ne peux que souligner que le personnel de la PGD n'est pas formé et ne dispose pas des connaissances psychiatriques nécessaires, afin de pouvoir juger à sa juste valeur les réactions possibles de tels patients dans un milieu médical très spécifique et j'insiste à ce que le Ministère de la Justice trouve un moyen de se charger de ces missions civiles et non armées, afin de ne plus solliciter le renfort armé et en tenue de la PGD. D'autre part, la fixation de la tenue et de l'équipement rentrent dans les seules compétences de la PGD.

La Médiateure partage l'avis émis par la Police Grand-Ducale. Force est cependant de constater que l'attribution de la garde des personnes sous mandat de dépôt, placées sur base de la loi du 10 décembre 2009 relative aux personnes souffrant de troubles mentaux à la Police Grand-Ducale ou à d'autres acteurs, n'est pas de la compétence de la Médiateure.

La Médiateure veille au respect des droits de l'Homme des personnes privées de liberté. C'est à cette fin qu'elle a souligné un dysfonctionnement qui est susceptible de mettre en danger la vie des personnes privées de liberté, aussi

bien que celle d'autres personnes, patients et personnel, qui se trouvent dans cette unité.

Si la charge de la surveillance de tels patients est attribuée à la Police Grand-Ducale, décision qui échappe à la compétence de la Médiateure, elle doit insister sur sa recommandation de réaliser cette surveillance de manière non armée et en tenue civile.

Ad hospitalisation de détenus dans d'autres hôpitaux que le CHL

Ad 52 (p.32) : Les chambres sécurisées au CHL sont opérationnelles et la PGD ne peut que confirmer les problèmes, qui sont suscités par le fait qu'une admission à ces chambres n'est possible que lorsque le CHL est de service. Nous insistons dans tous les cas à ce qu'un transfert des détenus se fasse dans les meilleurs délais au CHL. Or malheureusement nous sommes dépendants d'une autorisation médicale avant de pouvoir effectuer un transfert au CHL.

La Médiateure profite de cet avis pour souligner l'importance d'une prise en charge médicale qui puisse se réaliser dans le respect des normes internationales en la matière.

Elle réitère dès lors sa recommandation de développer des procédures permettant un transport à l'U20 dès que l'état de santé de la personne concernée le permet.

Tableau synoptique :

Ad 39 (p.65) Annulation de RV médicales

Je renvoie ici à notre réponse ad 45 ci-dessus.

Ad 41 (p.65) incohérence des modalités de transport

Je renvoie ici à notre réponse ad 48 ci-dessus.

Ad 42 (p.66) Présence de personnel policier lors de l'examen médical

Je note avec satisfaction que ce point a pu être résolu.

Ad 43 (p.66) Les cellules au CHL

Je renvoie ici à notre réponse ad 52 ci-dessus.

Ces informations relatives aux informations reprises dans le tableau synoptique n'appellent pas d'observations particulières.

Avis relatif au projet de loi 6382

Sachant que la PGD a, en date du 1er août 2012, émis un avis (Corres no. 2012/2536/2447/RD) relatif au projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire, il n'est pas utile de revenir sur ce sujet et il ne m'appartient pas de commenter votre avis.