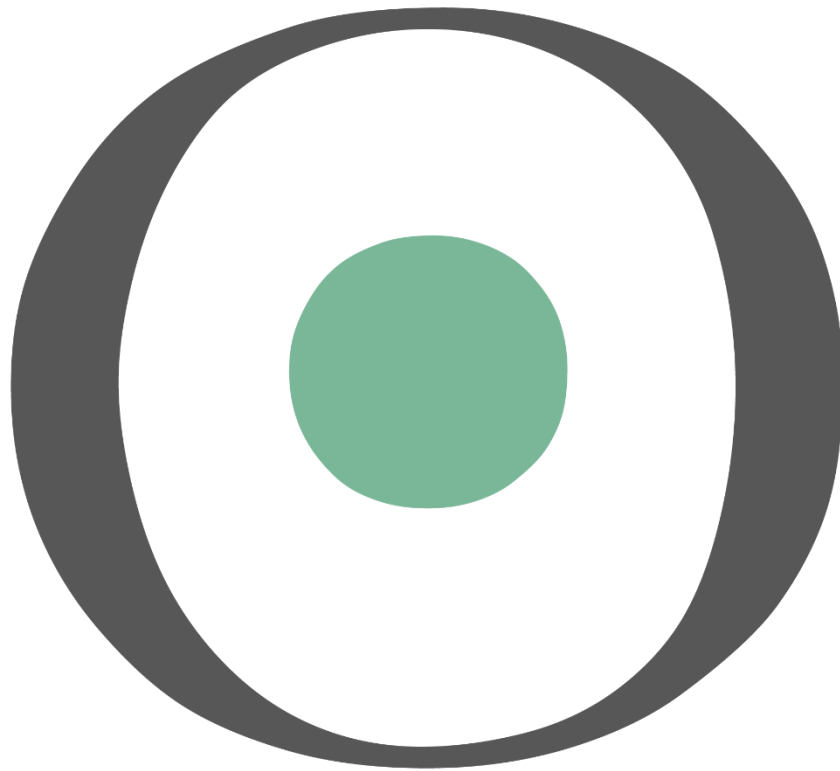


Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté



Rapport de visite

La problématique des stupéfiants en milieu carcéral

Transmis aux autorités concernées en janvier 2020

Résumé exécutif

Le Contrôle externe des lieux privés de liberté a effectué une mission sur la problématique des stupéfiants en milieu carcéral entre février et septembre 2019.

Cette mission visait notamment à mieux cerner l'ampleur du phénomène des stupéfiants en milieu carcéral pour pouvoir formuler des recommandations qui mèneraient vers un état cible plus bénéfique à tous les acteurs concernés. Ces recommandations sont sommairement présentées sur les pages suivantes, indiquant les variables y afférentes (acteurs concernés, priorités respectives etc.).

A ces fins, l'équipe de contrôle a adopté une approche en deux temps : d'un côté 59 entretiens semi-structurés ont été menés avec de nombreux acteurs du milieu pénitentiaire afin d'apprécier la situation sur place. De l'autre côté, le Contrôleur externe a porté un soin particulier à l'analyse des données mises à sa disposition de sorte à évaluer au mieux l'ampleur du phénomène.

Tout d'abord, il importe de souligner non seulement que les dysfonctionnements graves sur le terrain sont rares, mais aussi que des approches novatrices ont été mises en place, notamment dans le domaine de la médecine carcérale.

Néanmoins, quelques domaines et pratiques réclament une attention particulière :

Premièrement, dans le domaine de la pré-incarcération, le Contrôleur externe encourage les autorités judiciaires à étudier la possibilité d'élargir davantage le nombre de mesures alternatives à l'incarcération, même s'il les félicite des progrès déjà réalisés.

Deuxièmement, le Contrôleur externe souligne que de nombreux efforts restent à faire dans le domaine de la détection de stupéfiants, notamment au regard des cibles, de la mise en œuvre des fouilles corporelles et de la formation des agents.

Troisièmement, de nombreux efforts restent nécessaires au niveau de l'élargissement des détenus puisqu'aucune vision commune au niveau de l'Etat ou des Ministères concernant le parcours post-pénitentiaire n'est identifiable aujourd'hui, notamment dans les domaines du travail, du logement et de la santé. Ceci est particulièrement alarmant concernant les ex-détenus toxicomanes.

En dernier lieu, le Contrôleur externe tient à remercier les acteurs impliqués pour leur coopération exemplaire et encourage les destinataires de ce rapport à prendre position pour le 1^{er} avril au plus tard en vue d'un respect renforcé des responsabilités découlant de l'OPCAT.

Claudia Monti

Ombudsman du Grand-Duché de Luxembourg

APERÇU GLOBAL DES RECOMMANDATIONS EMISES



Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté

ADA	-	Administration des Douanes et Accises	DAP	-	Direction de l'Administration Pénitentiaire
CHD	-	Chambre des Députés	MinFam	-	Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région
CHL	-	Centre Hospitalier Luxembourg	MinJus	-	Ministère de la Justice
CHNP	-	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	MinSan	-	Ministère de la Santé
CPG	-	Centre Pénitentiaire de Givenich	PG	-	Parquet Général
CPL	-	Centre Pénitentiaire de Schrassig	POL	-	Police Grand-Ducale

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
1	Suivre autant que possible les normes internationales invitant les cours et tribunaux à recourir à ces alternatives pour prendre en charge les personnes souffrant de toxicomanie.	Droit interne Pratique	Alternatives à l'emprisonnement	p. 25		✓							✓		✓		Moyenne
2	Prévoir une motivation spéciale pour les délinquants toxicomanes, pour lesquels la commission des infractions a été en lien direct avec leur consommation et/ou dépendance.	Droit interne	Alternatives à l'emprisonnement	p. 25		✓							✓				Moyenne
3	Développer des stratégies en matière d'application des mesures alternatives à l'incarcération, ainsi que pour la conception des programmes de prévention en matière de toxicomanie.	Droit interne	Alternatives à l'emprisonnement	p. 25		✓							✓				Faible
4	Effectuer une analyse d'implémentation concernant les Tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) et en faire parvenir les résultats aux Contrôleur externe.	Droit interne	Applicabilité potentielle des TTT au Grand-Duché	p. 29		✓							✓				Faible
5	Mettre en place un concept général de gestion de données facilitant non seulement leur extraction et assurant leur pertinence, mais augmentant aussi et surtout leur qualité.	Pratique	Impressions sur l'étendue du phénomène suites aux entretiens menés	p. 38					✓	✓	✓						Moyenne
6	Finaliser les règlements grand-ducaux déterminant de manière détaillée les modalités de contrôle des différents visiteurs et intervenants.	Droit interne	Contrôles des visiteurs	p. 40					✓	✓	✓		✓				Haute
7	Adapter les outils utilisés pendant les contrôles des visiteurs.	Pratique	Contrôles des visiteurs	p. 41					✓	✓	✓						Moyenne
8	Rappeler aux agents le principe de la fouille en deux temps.	Pratique	Contrôles des visiteurs	p. 41					✓	✓	✓					✓	Haute

Haute

Atteinte probable au droit (inter)national.

Moyenne

Atteinte probable aux normes internationales.

Faible

Mesures complémentaires

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFan	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
					Concerné(s)												
9	Prévoir des systèmes de détection de stupéfiants électroniques.	Pratique	Contrôles des visiteurs	p. 41					✓	✓	✓						Moyenne
10	Mettre en place un groupe canin propre aux centres pénitentiaires. Rien ne s'oppose à prévoir un groupe canin commun aux 3 centres pénitentiaires.	Pratique	Contrôles des visiteurs	p. 41					✓	✓	✓		✓				Moyenne
11	Mettre à disposition du service du colis des moyens électroniques plus performants, permettant de détecter plus facilement des substances dissimulées.	Pratique	Contrôles des marchandises	p. 42						✓	✓						Moyenne
12	Faire contrôler les colis par des chiens de détection.	Pratique	Contrôles des marchandises	p. 42						✓	✓						Faible
13	Analyser les possibilités d'aménagement permettant d'instaurer des contrôles de marchandises à l'extérieur de l'enceinte de la prison.	Pratique	Contrôles des marchandises	p. 43						✓	✓						Faible
14	Confidentiel																
15	Adopter les règlements grand-ducaux déterminant les modalités d'exécution des fouilles dans les meilleurs délais.	Droit interne	Contrôles des détenus	p. 44					✓	✓	✓		✓				Haute
16	Réévaluer si la procédure (des fouilles) actuellement appliquée est indispensable ou si des modifications peuvent être apportées pour réduire le nombre de fouilles réalisées à l'occasion des extractions.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 44						✓	✓						Moyenne
17	Mettre en œuvre des visites hors surveillance et analyser l'option de conception d'unités de vie familiale.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 45						✓	✓		✓				Moyenne
18	Inclure le volet de la toxicomanie dans le PVI.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 46					✓	✓	✓		✓				Moyenne
19	Clarifier les procédures relatives à la passation de tests d'urines (laps de temps, présence du détenu lors de l'évaluation etc.).	Pratique	Contrôles des détenus	p. 46					✓	✓	✓						Faible

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
					Concerné(s)												
20	Se concerter avec les responsables du Ministère de la Santé et du laboratoire national sur les démarches et précautions à prendre (envoi systématique des substances trouvées au laboratoire pour constituer une base de données).	Pratique	Contrôles des détenus	p. 47					✓	✓	✓		✓				Moyenne
21	Avoir recours à des moyens de détection supplémentaires pour réagir utilement au phénomène de la consommation de Spice et de créer un effet dissuasif en la matière.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 47					✓		✓						Moyenne
22	Mettre en œuvre une approche différenciée en matière de sanction de consommation de stupéfiants au CPG, notamment en ce qui concerne les bases sur lesquelles reposent la décision de transférer un détenu au CPL.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 49					✓		✓		✓				Faible
23	Ne pas indiquer systématiquement un délai à partir duquel le détenu peut de nouveau demander à être transféré au CPG, pour ne pas présenter l'éventualité d'un retour au CPG comme une évidence.	Pratique	Contrôles des détenus	p. 49											✓		Faible
24	Se concerter avec les responsables de la Police grand-ducale et l'administration des douanes et accises pour déterminer si l'évidence d'un contrôle imminent (abolement des chiens) peut être caché, notamment par une organisation différente des contrôles.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 50	✓					✓	✓		✓			✓	Faible
25	Planifier les contrôles en fonction des probabilités de trafic effectif. Les sections sur lesquelles les problèmes de trafic et de consommation sont plus élevées sont généralement bien connues, de sorte qu'il devrait être faisable d'organiser les contrôles en fonction.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 50						✓							Faible
26	Offrir aux agents amenés à procéder à des inspections cellulaires une formation, régulièrement mise à jour, pour repérer et déterminer au mieux les substances suspectes.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 51							✓						Faible

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
					Concerné(s)												
27	Eviter les cellules surchargées et mettre à disposition un appareil procédant à l'analyse des substances trouvées.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 52					✓	✓	✓						Faible
28	Doter le CPG d'un appareil similaire à celui installé au CPL pour pouvoir procéder, dans l'immédiat, à l'analyse des substances suspectes trouvées sur le site.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 52					✓		✓						Faible
29	Clarifier (et le cas échéant simplifier) les procédures en matière d'inspections cellulaires. Les procédures devraient être appliquées de la même manière d'un bloc de détention à l'autre et tous les acteurs devraient être conscients de leurs droits et responsabilités. Le cas échéant, une procédure spéciale réglant les cas d'urgence, ou les situations de suspicion concrète devrait être élaborée, permettant aux agents du bloc de réagir, de manière adaptée, dans l'immédiat.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 52						✓	✓						Faible
30	Finaliser le règlement grand-ducal quant au fouilles cellulaires afin d'accorder aux détenus les garanties réglementaires et procédurales nécessaires et instaurer le principe de fouille en présence du détenu.	Droit interne	Contrôle des infrastructures	p. 53					✓	✓	✓		✓				Haute
31	Informar les agents concernés des suites données aux dénonciations faites en matière d'agression verbale ou physique.	Pratique	Contrôle des infrastructures	p. 53					✓	✓	✓						Faible
32	Réduire les laps de temps entre les activités de prévention proposées par le programme TOX.	Pratique	Prise en charge par le Programme TOX	p. 54				✓	✓	✓	✓		✓				Faible
33	Opter pour l'introduction d'une présence obligatoire d'un gardien pendant les sessions de tatouages au lieu d'un infirmier.	Pratique	Tatoo safe	p. 56			✓			✓	✓						Faible
34	Informar les détenus du risque de non-finalisation de tatouage en cas de changement de bloc.	Pratique	Tatoo safe	p. 56						✓							Faible

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
					Concerné(s)												
35	Vérifier l'exactitude des déclarations faites par l'intéressé, de sorte à éviter que les seringues ne soient détournées de leur fonction (p.ex. troc).	Pratique	Programme d'échange de seringues	p. 57			✓				✓						Faible
36	Assurer la mise en place et le fonctionnement d'un programme d'échange seringue au CPG.	Pratique	Programme d'échange de seringues	p. 58			✓				✓						Moyenne
37	Augmenter la fréquence de l'offre "HIV day".	Pratique	Tests de dépistage rapide	p. 59			✓			✓	✓						Faible
38	Rétablir dans les meilleurs délais l'état antérieur qui permettait d'organiser les consultations des représentants de la Croix Rouge à l'infirmerie et fournissait un cadre suffisamment protégé aux détenus intéressés, tout en offrant des conditions de travail adaptées.	Pratique	Campagne VIH	p. 59			✓			✓	✓						Moyenne
39	Assurer un contrôle de la prise effective des médicaments et du suivi au moment de la dispensation des traitements.	Pratique	Traitement de substitution aux opiacés	p. 62			✓	✓	✓	✓	✓						Moyenne
40	Faciliter la distribution de la méthadone (entre autres) par le biais d'un système de distribution informatisé de sorte à réduire la charge de travail de la pharmacie et des infirmiers et de réduire les sources d'erreurs de distribution.	Pratique	Traitement de substitution aux opiacés	p. 62			✓				✓		✓				Faible
41	Formaliser la communication entre les différents acteurs impliqués dans le traitement de substitution. Il doit être veillé à mettre en commun les informations indispensables à l'accomplissement des tâches respectives mais seulement celles-ci.	Pratique	Traitement de substitution aux opiacés	p. 63			✓	✓	✓	✓	✓		✓				Moyenne
42	Formaliser la communication entre les différents acteurs impliqués dans le traitement des maladies infectieuses. Il doit être veillé à mettre en commun les informations indispensables à l'accomplissement des tâches respectives mais seulement celles-ci.	Pratique	Maladies infectieuses	p. 66			✓	✓	✓	✓	✓		✓				Moyenne

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFan	MinJus	MinSan	PG	POL	Priorité
					Concerné(s)												
43	Supprimer la mention du Ministère de la Justice sur la fiche médicale, alors qu'elle n'est d'aucune utilité et ne fait que porter préjudice et créer une stigmatisation du patient concerné.	Pratique	Maladies infectieuses	p. 67			✓						✓				Moyenne
44	Procéder systématiquement à une anamnèse des facteurs ayant contribué au "passage à l'acte" d'un détenu pour identifier les besoins et modules adaptés à une intégration réussie. Idéalement, cette anamnèse devrait être réalisée au CPU, pour que dans le futur le CPL puisse le plus rapidement possible procéder à l'élaboration proprement dite du PVI.	Pratique	Plan volontaire d'insertion	p. 67							✓		✓				Moyenne
45	Inclure l'offre scolaire et le programme de prise en charge des toxicomanes dans le PVI.	Pratique	Plan volontaire d'insertion	p. 68					✓	✓	✓		✓				Moyenne
46	Intégrer un module d'activités sportives adaptées aux toxicomanes dans la prise en charge offerte par le programme TOX.	Pratique	Sport	p. 69				✓			✓		✓				Moyenne
47	Réévaluer si le fait de prendre à bord un acteur supplémentaire (CHEM) dans le milieu carcéral est approprié par rapport au but recherché.	Pratique	Service médicaux	p. 70							✓		✓				Faible
48	Implémenter une procédure assurant une visite médicale obligatoire pour des raisons de prévention et de santé publique avant la sortie et combiner cette visite avec la remise d'un « kit overdose » incluant du Naloxone le cas échéant.	Pratique	Santé	p. 72					✓	✓	✓		✓	✓			Moyenne

#	Recommandation	Catégorie	Domaine	Référence	Concerné(s)												Priorité
					ADA	CHD	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFan	MinJus	MinSan	PG	POL	
49	Etudier la possibilité d’instaurer une « wet clinic » qui pourrait permettre aux toxicomanes de consommer dans un lieu sécurisé semblable au concept de « l’Abrigado », mais aussi offrir un suivi médical et thérapeutique aux personnes qui ne sont pas encore à mêmes d’abandonner la consommation et de subir un sevrage, condition généralement requise pour les autres thérapies.	Pratique	Santé	p. 72										✓			Moyenne
50	Etudier les possibilités en vue d’une implémentation par défaut de l’assurance maladie au bénéfice des détenus après leur l’élargissement, ainsi qu’une couverture de leur descendants le cas échéant.	Droit interne	Santé	p. 73		✓							✓	✓			Moyenne
51	Analyser si des ex-détenus non-résidents peuvent bénéficier du REVIS.	Pratique	Travail	p. 74								✓	✓				Faible
					1	5	10	5	22	31	39	1	25	3	2	2	

Table des matières

1.	Introduction.....	4
1.1.	Contexte et objectifs.....	4
1.2.	Méthodologie et groupe cible.....	4
1.3.	Structure du document	8
2.	Analyse du droit interne et des normes internationales	9
2.1.	Réflexions sur le projet de la légalisation du cannabis à des fins récréatives... 	19
3.	La période avant l’incarcération	24
3.1.	Alternatives à l’emprisonnement conformément à la législation en vigueur	24
3.2.	Tribunaux de traitement de la toxicomanie.....	26
3.2.1.	Rationnelle des TTT.....	26
3.2.2.	Applicabilité potentielle des TTT au Grand-Duché.....	28
4.	La période d’incarcération	30
4.1.	La problématique des stupéfiants en milieu pénitentiaire	30
4.2.	Impressions sur l’étendue du phénomène suites aux entretiens menés.....	31
4.2.1.	Collecte de données.....	31
4.2.2.	Résultats.....	33
4.3.	Prévention d’introduction de stupéfiants	39
4.3.1.	Contrôles des visiteurs/intervenants externes.....	39
4.3.2.	Contrôles des marchandises.....	42
4.4.	Prévention de trafic et de consommation de stupéfiants	43
4.4.1.	Contrôles des détenus.....	44
4.4.2.	Contrôles des infrastructures.....	49
4.4.3.	Prise en charge par le Programme TOX.....	54
4.5.	Prévention de la transmission de maladies infectieuses	54
4.5.1.	Prise en charge somatique	54
4.5.2.	Tatoo safe.....	56
4.5.3.	Programme d’échange de seringues.....	57
4.5.4.	Programme de distribution de préservatifs.....	58
4.5.5.	Tests de dépistage rapide.....	58
4.5.6.	Campagne VIH.....	59
4.6.	Prise en charge	59
4.6.1.	Traitement de substitution aux opiacés (TSO).....	59
4.6.2.	Programme TOX.....	63
4.6.3.	Maladies infectieuses.....	65

4.6.4. Plan volontaire d'insertion.....	67
4.6.5. Sport.....	69
4.6.6. Services médicaux.....	69
5. La période après l'incarcération.....	71
5.1. Santé.....	71
5.2. Travail.....	73
5.3. Logement.....	74
6. Conclusions.....	75
Bibliographie.....	77
Annexes.....	81
Répertoire des normes internationales et des dispositions de droit interne.....	81
Alternatives à la prison ou aménagements des peines.....	81
Prévention.....	94
Prise en charge (en milieu carcéral).....	102
Prise en charge post-pénitentiaire.....	134

Liste des abréviations

BUP	Buprénorphine
CBD	Cannabidiol
CELPL	Contrôle externe des lieux privatifs de liberté
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
ConvEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales
CPG	Centre pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre pénitentiaire de Luxembourg
CPP	Code de procédure pénale
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture
CPU	Centre pénitentiaire d'Uerschterhaff
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
ETP	Équivalent temps plein
LAP	Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire
MET	Méthadone
MNP	Mécanisme National de Prévention
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PVI	Plan volontaire d'insertion
RELIS	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants
REVIS	Revenu d'inclusion sociale
SCAS	Service Centrale d'Assistance Sociale
SMPP	Service de médecine psychiatrique pénitentiaire
SREC	Service de Recherche et d'Enquête Criminelle
THC	Tétrahydrocannabinol
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
TTT	Tribunaux de traitement de la toxicomanie

Table des figures

Figure 1: L'évolution des mesures alternatives prononcées entre 2014 et 2018	26
Figure 2: Pourcentage des infractions par substance	28
Figure 3: Répartition des primodélinquants vs. récidivistes.....	29
Figure 4: Evolution de la population carcérale totale entre 2014 et 2018	31
Figure 5: Evolution du nombre de sanctions entre 2014 et 2018 (CPL).....	33
Figure 6: Répartition des sanctions par infraction(s) sur les 5 dernières années (CPL).....	33
Figure 7: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres absolus, CPL).....	34
Figure 8: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres relatifs, CPL).....	34
Figure 9: Evolution d'année en année par produit consommé (CPL)	35
Figure 10: Evolution du nombre de sanctions entre 2014 et 2018 (CPG).....	36
Figure 11: Répartition des sanctions par infraction(s) sur les 5 dernières années (CPG).....	36
Figure 12: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres absolus, CPG).....	37
Figure 13: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres relatifs, CPG).....	37
Figure 14: Evolution d'année en année par produit consommé (CPG)	38
Figure 15: Moyens d'introduction de stupéfiants	39
Figure 16: Nombre de vaccinations effectuées par an entre 2013 et 2017 (CPL)	55
Figure 17: Nombre de patients MET et BUP (CPL)	60
Figure 18: Durée moyenne de traitement MET et BUP (CPL)	61
Figure 19: Evolution de la dose moyenne MET et BUP (CPL).....	61
Figure 20: Répartition des maladies infectieuses au 19 mars 2018 (CPL)	66

1. Introduction

1.1. Contexte et objectifs

Le Médiateur, agissant sur base de la loi du 11 avril 2010 portant notamment désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions¹, a débuté une mission sur la problématique des stupéfiants en milieu carcéral en février 2019. La direction de l'administration pénitentiaire, ainsi que les directions des centres pénitentiaires de Luxembourg et de Givenich, en ont été avisées préalablement lors d'une réunion commune en date du 18 février 2019.

La mission avait pour but de déterminer l'ampleur du phénomène des stupéfiants en prison d'une part, et de réduire les conséquences néfastes de la consommation au strict minimum (propagation de maladies, overdoses etc.) d'autre part en analysant entre autres :

- le cadre légal national et les normes internationales en vigueur ;
- les aspects liés à la prise en charge proposée aux personnes dépendantes ;
- les moyens utilisés pour garantir la sécurité et la santé des détenus ;
- les mesures disciplinaires

et d'en déduire des recommandations afin de déterminer un état cible bénéfique à tous les acteurs concernés (Ministère de la Justice, DAP, CPL, CPG, Ministère de la Santé, ONG etc.).

Certes, certaines recommandations peuvent paraître contraires à l'intérêt des détenus à première vue, notamment quand il s'agit de recommandations visant à renforcer les contrôles réalisés en matière de stupéfiants. Cependant, le Contrôleur externe insiste sur le fait qu'il souhaite défendre le droit des détenus à la santé et que les recommandations formulées sont nécessaires pour arriver à cette fin. Il est toutefois évident que les recommandations veillent à respecter les principes de proportionnalité, de légalité et de nécessité.

Les visites de l'équipe de contrôle sur place se sont terminées le 28 mars 2019 et ont été complétées par des entretiens avec le service central d'assistance sociale, l'unité de garde et d'appui opérationnel de la Police Grand-Ducale, plusieurs associations à but non-lucratif et avec l'association des agents pénitentiaires au cours des mois d'avril, de mai et de septembre 2019.

1.2. Méthodologie et groupe cible

La mission a été menée à bien par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Alain Leclère, tous les deux contrôleurs externes des lieux privés de liberté. La méthodologie employée est celle des entretiens semi-directifs. Des affiches invitant les personnes intéressées à s'entretenir avec l'équipe de contrôle (détenus et personnel) ont été accrochées à des endroits bien

¹ (Loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions., 2010).

visibles au sein des établissements concernés tout en respectant un délai d'inscription largement suffisant.

Les affiches présentaient sommairement l'objectif de la mission et précisait que tout le monde pouvait s'entretenir avec l'équipe de contrôle, indépendamment du fait que le détenu souffrait lui-même d'une dépendance ou non. Cette démarche était indispensable afin de ne pas obliger les détenus à admettre ouvertement leur consommation de stupéfiants en sollicitant un entretien avec l'équipe de contrôle.

Au final, 59 entretiens ont été effectués en toute confidentialité, dont :

- 26 avec des détenus du CPL (19 masculins, 7 féminins) ;
- 10 avec des membres de l'administration du CPL ;
- 10 avec d'autres services externes affectés au CPL (infirmier, pharmacie etc.) ;
- sept avec des membres de l'administration du CPG ;
- un avec le « Suchtverband (une confédération regroupant certains acteurs actifs dans la lutte contre la toxicomanie) ;
- un avec le coordinateur national « drogues » du Ministère de la Santé ;
- un avec la « Jugend- an Drogenhëllef » (fondation active dans le soutien des personnes à risque ou de leurs proches) ;
- un avec Défi-Job, actif dans le domaine de la réinsertion socio-professionnelle ;
- un avec une détenue du CPG² ;
- un avec l'unité de garde et d'appui opérationnel de la Police Grand-Ducale ;
- un avec l'association des agents pénitentiaires.

Plus précisément, les visites se sont déroulées de la manière suivante :

Centre Pénitentiaire de Luxembourg

- Mercredi, 20 février 2019
Entretiens avec sept détenus.
- Jeudi, 21 février 2019
Entretien avec une responsable du service des maladies infectieuses.
- Vendredi, 22 février 2019
Entretiens avec :
 - Un groupe de gardiens ;
 - Le responsable pour le programme de l'échange de seringue ;
 - Trois détenues.
- Lundi, 25 février 2019
Entretiens avec trois détenues.

² La détenue a présenté une liste de doléances établie en concertation avec d'autres détenus qui, selon ses dires, n'ont pas souhaité s'entretenir avec les contrôleurs par peur de répercussions négatives sur leur exécution des peines, constat que le Contrôleur externe regrette.

- Mardi, 26 février 2019
Entretiens avec :
 - Les membres du programme TOX ;
 - Deux moniteurs de sport.
- Mercredi, 27 février
Entretiens avec :
 - Deux détenues ;
 - Le responsable de la pharmacie.
- Jeudi, 28 février
Entretiens avec :
 - Des collaborateurs du bureau d'enquêtes ;
 - Plusieurs membres du SPSE ;
 - Le responsable du programme « tatoo safe ».
- Vendredi, 1 mars 2019
Entretiens avec :
 - Deux médecins du service psychiatrique ;
 - Une infirmière du service psychiatrique ;
 - L'Aumônerie.
- Lundi, 4 mars 2019 :
Entretiens avec :
 - Un détenu ;
 - Un groupe de gardiens.
- Mardi, 5 mars 2019
Entretiens avec :
 - Le groupe d'intervention et de réserve ;
 - Le coordinateur de la sécurité.
- Mercredi, 6 mars 2019
Entretiens avec :
 - Un groupe de gardiens ;
 - Deux détenus.
- Jeudi, 7 mars 2019
Entretiens avec :
 - Deux médecins ;
 - Un cadre soignant.
- Vendredi, 8 mars 2019
Entretiens avec trois détenus.

- Vendredi, 11 mars 2019
Entretiens avec un détenu.

- Mardi, 12 mars 2019
Entretiens avec :
 - Un groupe de gardiens ;
 - La Direction du CPL ;
 - Trois détenus.

- Lundi, 25 mars 2019
Entretiens avec :
 - Un groupe de gardiens ;
 - Trois détenus.

Centre Pénitentiaire de Givenich

- Jeudi, 14 mars 2019
Entretien avec la Direction du CPG.
- Mercredi, 20 mars 2019
Entretien avec le responsable et un agent du SPSE.
- Jeudi, 21 mars 2019
Entretiens avec :
 - Le coordinateur de la semi-liberté ;
 - Une détenue.
- Vendredi, 22 mars 2019
Entretien avec le préposé à la discipline.
- Mardi, 26 mars 2019
Entretiens avec :
 - Le chef de détention ;
 - Un inspecteur des services de surveillance.

Autres

- Mardi, 19 mars 2019
Entretien avec la responsable de Défi-Job promouvant la réinsertion socioprofessionnelle des personnes placées en milieu pénitentiaire.
- Vendredi, 29 mars 2019
Entretien avec des membres du service de probation du service central d'assistance sociale.

- Vendredi, 26 avril 2019
Entretien avec les responsables et certains agents de l'unité de garde et d'appui opérationnel de la Police Grand-Ducale, notamment du service du groupe canin.
- Jeudi, 2 mai 2019
Entretien avec le coordinateur national « drogues » du Ministère de la Santé ;
- Mardi, 21 mai 2019
Entretien avec des représentants de la confédération « Suchtverband », ainsi que de l'a.s.b.l. « Jugend- and Drogenhëllef ».
- Lundi, 16 septembre 2019
Entretien avec l'association des agents pénitentiaires.

Après avoir tiré les premières conclusions, le Médiateur a organisé une réunion de débriefing en date du 24 juin 2019 à laquelle ont assisté, outre le Médiateur et son équipe de contrôle, MM. Legil (DAP), Lucius (CPL), Lentz (CPG) et Meyer (CPG), ainsi que Mmes Lieffrig, Kirch, Trierweiler (DAP) et Mme Van der Stricht (CPL).

Le Contrôleur externe tient à remercier sincèrement l'ensemble du personnel et des détenus ainsi que tous les autres acteurs rencontrés pour leur disponibilité, leur coopération exemplaire et le bon déroulement général des visites.

1.3. Structure du document

Le deuxième chapitre fournit une vue d'ensemble sur les cadres légaux, réglementaires et normatifs, nationaux et internationaux en la matière. Les chapitres trois à cinq suivent le parcours du détenu, à savoir la pré-incarcération, l'incarcération et la sortie. Ainsi, le troisième chapitre se penchera davantage sur la période de pré-incarcération et des alternatives à l'incarcération (notamment tribunaux antidrogues et mesures thérapeutiques). Le quatrième chapitre fournira de plus amples informations sur le séjour en prison (ampleur du phénomène des stupéfiants, prévention et traitement), tandis que la cinquième partie exposera les défis auxquels la majorité des détenus doivent faire face dès leur sortie. Les conclusions finales sont présentées dans le sixième et dernier chapitre.

2. Analyse du droit interne et des normes internationales

Dans ses rapports, le Contrôleur externe a jusqu'à présent toujours réalisé une analyse de conformité du cadre légal national par rapport aux normes internationales.

Les problématiques liées aux stupéfiants en milieu carcéral ne sont cependant guère gérées par le droit interne, de sorte que le Contrôleur externe a cette fois-ci adopté une approche différente pour donner une appréciation générale de la conformité pratique ou juridique par rapport aux normes internationales.

Cette analyse se base sur un répertoire assemblé par l'équipe de contrôle, prenant en compte des dispositions du droit interne, des normes internationales, certaines jurisprudences et documents d'ordre politique en lien avec la problématique des stupéfiants en milieu carcéral.

Les normes ont été regroupées par sujet, présentant successivement les alternatives à la prison, la prévention, la prise en charge (en milieu carcéral) et la prise en charge post-pénitentiaire.

Le tableau évalue le niveau de conformité des normes jugées les plus importantes. Le relevé complet est joint en annexe.

CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CPG - Centre Pénitentiaire de Givenich
CPL - Centre Pénitentiaire de Schrassig

DAP - Direction de l'Administration Pénitentiaire
MinFam - Ministère de la Famille
MinJus - Ministère de la Justice
PG - Parquet Général
SMedCPG - Service Médical CPG

CHL
CHNP
CPG
CPL
DAP
MinFam
MinJus
PG
SMedCPG

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
1	Utiliser davantage des mesures alternatives à l'emprisonnement en vue d'inciter les toxicomanes à se faire traiter dans des institutions sanitaires.	Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison	Pratique	Alternatives								✓		Partiel	Les normes et tendances politiques internationales et le plan d'action antidrogue de l'UE (2017-2020) recommandent de recourir le plus souvent possible à des mesures alternatives, incluant des suivis thérapeutiques et programmes sanitaires. Le droit interne prévoit des mesures alternatives applicables e.a. aux personnes souffrant de dépendances: - sursis simple (art. 626 Code de procédure pénale, CPP) ou suspension du prononcé (art. 621 CPP) (délinquants primaires, mais ces alternatives se heurtent au risque de récurrence élevé chez les personnes toxicomanes). - sursis probatoire (art. 629 CPP) ou suspension probatoire du prononcé (art. 629-1 CPP), avec obligation de se soumettre à des mesures de traitement ou de soins, même sous hospitalisation, p.ex. aux fins de désintoxication (art. 633-7, 3 CPP). - prestation de travail d'intérêt général non rémunéré (art. 674 CPP) (si le délit comporte une peine ≤ 6 mois). - placement sous surveillance électronique (art. 688) (si peine ≤ 3 ans et s'il y a une nécessité d'un traitement médical ou thérapeutique). - semi-liberté (art. 681 CPP) (applicable dès le 1er jour de détention, notamment pour suivre un traitement médical ou thérapeutique (art. 680 (1) CPP). Le recours réel à ces alternatives doit continuer à être promu.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
2	Dispenser des explications et proposer des programmes de prévention et d'éducation sur les maladies et leurs modes de transmission dans une langue que les détenus concernés comprennent.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prévention	✓	✓	✓	✓					✓	Total	
3	Assumer, en tant que services de santé de prison, une responsabilité de médecine sociale et préventive ainsi que de prévention de suicide, domaines qui sont particulièrement délicats face à des détenus souffrant de dépendances.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prévention	✓	✓							✓	Total	
4	Remplir une obligation de moyens, mais pas de résultat en matière de prévention du trafic de stupéfiants en milieu carcéral.	CEDH, affaire Marro et autres c. Italie (requête no 29100/07)	Pratique	Prévention	✓	✓	✓	✓	✓				✓	Partiel	
5	Faire suivre le personnel pénitentiaire une formation pour reconnaître les signes de risque suicidaire.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prévention	✓	✓	✓	✓	✓				✓	Partiel	Le Contrôleur externe ajoute qu'une formation pour reconnaître les signes d'intoxication ou de sevrage devrait également être dispensée au personnel pénitentiaire.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
6	Adopter autant que possible, des mesures tendant à empêcher l'introduction illicite de drogue et de matériels d'injection dans les prisons.	Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison	Pratique	Prévention			✓	✓	✓					Partiel	
7	Garantir l'accès à un médecin à toute heure du jour et de nuit. Dans chaque établissement, une personne compétente pour donner les premiers soins devrait en permanence être présente.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓			✓				✓	Total	
8	Garantir et observer le secret médical avec la même rigueur que dans la population générale.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire; 3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	Pour diverses raisons, le personnel de garde a souvent connaissance d'informations tombant en principe sous le secret médical.
9	Communiquer des informations aux autres membres de l'équipe médicale et, exceptionnellement, aux administrateurs pénitentiaires, dans la mesure où celles-ci sont strictement nécessaires pour assurer le traitement du détenu ou le contrôle de la santé des détenus et du personnel dans le respect de la déontologie médicale et des dispositions juridiques. Subordonner, en principe, cette communication au consentement de l'intéressé.	Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	Cet échange d'informations a été introduit par l'article 26 (4) de la LAP et le Contrôleur externe estime que son application, suivant ces modalités peut constituer un réel atout dans la prise en charge du détenu. Il importe toutefois de trouver un équilibre entre la sécurité et la sûreté d'une part et le droit à la confidentialité dans la communication entre les praticiens et leurs clients ou patients d'autre part.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
10	Rechercher le consentement libre et éclairé des patients. Le patient doit pouvoir disposer de toutes informations utiles (si nécessaire sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical pénitentiaire, à moins d'une contre-indication justifiée d'un point de vue thérapeutique.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
11	Ne recourir à l'isolement d'une personne atteinte d'une maladie infectieuse que si une telle mesure est également prise à l'extérieur du cadre pénitentiaire pour le même motif médical.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
12	Soutenir les thérapies de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral, de même que les programmes d'aiguilles et de seringues qui occupent depuis longtemps une place centrale dans l'action mondiale contre le VIH et protègent contre tout un éventail d'autres dommages pour la santé, tels que l'hépatite C et les abcès. Ces deux interventions sont perçues comme des conditions requises pour la réalisation progressive du droit à la santé.	Politiques en matière de drogues et droits de l'homme en Europe : Gérer les tensions et maximiser les complémentarités Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants	Pratique	Prise en charge										Total	
13	Favoriser le développement de programmes socio-thérapeutiques, notamment à l'intention des toxicomanes.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
14	Veiller à l'équivalence des soins et garantir le même accès aux traitements nouveaux, notamment en ce qui concerne les maladies liées au VIH/sida.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela); 3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part; Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
15	Voir chaque détenu, lui parler et l'examiner aussitôt que possible après son admission et ensuite aussi souvent que nécessaire.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
16	Prendre un soin particulier pour repérer toute manifestation de tension psychologique ou autre due à l'emprisonnement, y compris, notamment, le risque de suicide ou d'automutilation, ainsi que de symptômes de manque liés à la consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
17	Prendre toutes les mesures individualisées, thérapeutiques ou autres, qui s'imposent.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	Certaines thérapies ne peuvent pas valablement être proposées ou réalisées en milieu pénitentiaire.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)									Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG		
18	Apporter un soutien adapté aux personnes susceptibles de souffrir des effets de sevrage à l'égard de la drogue.	Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
19	Faire des tests de dépistage volontaires.	Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison; Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
20	Faire attention au lien qui peut exister entre le risque de suicide et la toxicomanie, alors que les recherches dans certains pays indiquent que les détenus qui se sont suicidés souffraient d'une forme de handicap mental ou de toxicomanie (ou les deux) à leur entrée en prison. Des études relatives au suicide des détenus ont aussi indiqué que les condamnations de longue durée, le recours à la cellule individuelle, les déficiences mentales, l'abus de stupéfiants et les antécédents de tendances suicidaires sont associés à un risque accru de suicide.	Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) (Résolution 65/229 de l'Assemblée générale, annexe, adoptée le 21 décembre 2010)	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Total	
21	Disposer de médecins et d'infirmiers qualifiés à plein temps, en fonction du nombre et de la rotation des détenus et de leur état moyen de santé.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	Les effectifs en personnel infirmier actuels impactent les modalités d'accomplissement de certaines tâches (p.ex. distribution des médicaments).

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
22	Faire appel à des consultants extérieurs, faisant partie des services d'aide spécialisés œuvrant au sein de la communauté en général, qui pourront donner des conseils, voire assurer des soins de certains détenus toxicomanes, alcooliques ou dépendants aux médicaments qui ne peuvent pas être traités de façon appropriée dans les prisons.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	
23	Garantir une capacité d'accueil de l'unité psychiatrique suffisante pour éviter des temps d'attente pour un transfert et une prise en charge adaptée.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	
24	Réglementer la communication indispensable entre les différents acteurs pour faire en sorte que le respect de la confidentialité soit garanti.	Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison;	Droit interne	Prise en charge	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	Partiel	L'article 26 (4) de la LAP prévoit un échange d'informations, mais les détails et modalités pratiquent mériteraient d'être précisés davantage, par règlement grand-ducal, sinon du moins par des dispositions internes engageant les acteurs concernés.
25	Dispenser les médicaments régulièrement pour éviter l'apparition de résistances.	Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	La communication relative à l'exécution des peines entre l'administration pénitentiaire, judiciaire et les services médicaux est perfectible et influence la finalisation des traitements mis en place.
26	Assurer un suivi approprié par le personnel soignant, notamment à l'égard des traitements administrés en consultation ambulatoire ; dans de nombreux cas, il est jugé insuffisant de laisser le suivi médical à l'initiative du détenu.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Prise en charge	✓	✓							✓	Partiel	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)								Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	
27	Permettre à chaque détenu de se faire soigner, à ses frais, dans les locaux du centre pénitentiaire par le médecin de son choix.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela); Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire	Droit interne Pratique		✓	✓			✓	✓		✓	Partiel	Ce droit est accordé aux détenus par l'article 26 (2) de la LAP, mais il importe d'établir des instructions de service et des procédures permettant de faciliter la mise en œuvre pratique de ce droit et supprimer tout obstacle au travail du médecin externe au Centre pénitentiaire
28	Réaliser les fouilles en respectant indispensablement les principes de proportionnalité, de légalité et de nécessité.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)	Pratique	Prise en charge			✓	✓	✓		✓		partiel	La CEDH ajoute qu'il n'en reste pas moins que les fouilles corporelles doivent, en sus d'être « nécessaires » pour parvenir à l'un de ces buts, être menées selon des « modalités adéquates », de manière à ce que le degré de souffrance ou d'humiliation subi par les détenus ne dépasse pas celui que comporte inévitablement cette forme de traitement légitime. A défaut, elles enfreignent l'article 3 de la Convention. En outre, il va de soi que plus importante est l'intrusion dans l'intimité du détenu fouillé à corps (notamment lorsque ces modalités incluent l'obligation de se dévêtir devant autrui, et de surcroît lorsque l'intéressé doit prendre des postures embarrassantes), plus grande est la vigilance qui s'impose. Le Contrôleur externe remet en question certaines modalités de fouilles, liées à leur fréquence et à leur réalisation, développées ultérieurement dans le rapport.
29	Tenir des registres journaliers par les équipes de soins, dans lesquels sont mentionnés les événements particuliers qui se rapportent aux patients. De tels registres fournissent une vue générale de la situation sanitaire dans la prison et mettent en relief tout problème spécifique qui surgit.	3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part	Pratique	Prise en charge	✓	✓						✓	Partiel	La tenue de pareils registres peut s'avérer utile dans la gestion de tests de dépistage et dans la communication entre les acteurs concernés.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHL	CHNP	CPG	CPL	DAP	MinFam	MinJus	PG	SMedCPG	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					Concerné(s)										
30	Ne pas transférer un détenu dans un autre établissement pénitentiaire sans un dossier médical complet. Le dossier devrait être transféré dans des conditions garantissant sa confidentialité. Les détenus concernés devraient être informés que leur dossier médical sera transféré. Ils devraient pouvoir y opposer leur refus, conformément à la législation nationale.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Droit interne Pratique	Prise en charge	✓	✓			✓		✓	✓		Insatisfaisant	
31	Définir les situations qui exigent des fouilles, ainsi que les modalités de ces fouilles par le droit interne.	Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes	Droit interne	Prise en charge					✓		✓			Insatisfaisant	Le règlement grand-ducal obligatoire réglementant les modalités des fouilles n'a pas encore été adopté.
32	Faire assister les détenus à la fouille de leurs effets personnels, à moins que les techniques de fouille ou le danger potentiel que cela représente pour le personnel ne l'interdise.	Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes	Droit interne Pratique	Prise en charge			✓	✓	✓		✓			Insatisfaisant	
33	Etablir un lien avec les services médicaux de l'extérieur si la libération a lieu avant la fin du traitement mis en place.	Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes	Pratique	Post-carcéral	✓	✓			✓				✓	Partiel	
34	Organiser les services de santé en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie.	Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)	Pratique	Post-carcéral	✓	✓							✓	Partiel	
35	Remettre par écrit aux sortants de prison toute information médicale utile, à l'attention de leur médecin traitant.	Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire	Pratique	Post-carcéral	✓	✓							✓	Partiel	
					29	29	7	7	11	0	6	1	29		

2.1. Réflexions sur le projet de la légalisation du cannabis à des fins récréatives

Si l'on parle de cannabis, les textes légaux font généralement référence aux « sommités florifères ou fructifères de la plante de cannabis (à l'exclusion des graines et des feuilles qui ne sont pas accompagnées des sommités) dont la résine n'a pas été extraite, quelle que soit leur application ».³

Il faut être conscient que le cannabis contient de nombreux cannabinoïdes qui produisent des effets très différents. Les composantes les plus communes sont le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD).

Le THC peut produire des « effets psychoactifs, comme l'euphorie, la relaxation et les expériences sensorielles accrues », tandis que le CBD a « peu d'effets psychoactifs, (...) peut modérer ceux du THC et possède des propriétés antioxydantes, anti-inflammatoires et neuroprotectrices ».⁴

Le cannabis occupe indéniablement une place particulière dans la société. Depuis 2001, il bénéficie d'ailleurs d'un régime légal spécifique au Luxembourg et l'utilité de sa consommation à des fins médicales a été reconnue et autorisée en 2018.

La loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (ci-après, la loi de 2001) introduit une distinction notamment en fonction du type d'infractions (consommation simple, consommation en présence de mineur(s), production, vente, ...), du statut professionnel de l'inculpé (médecins, enseignants, ...) et du lieu du délit (à l'intérieur ou dans la proximité d'écoles, lieux de travail, prison, etc.).

La loi de 2001 supprime également les peines d'emprisonnement pour la consommation simple ou la détention pour usage personnel de cannabis et ne prévoit plus que des amendes et sanctions administratives. Il n'y a plus que la vente, l'importation, la culture et la consommation de cannabis associée à des circonstances aggravantes qui demeurent passibles de peines de prison et d'amendes.

Le cadre légal actuel a dès lors déjà entamé la voie vers une dépénalisation de la consommation (du moins personnelle) de cannabis.

Dans son programme gouvernemental, le gouvernement actuel projette d'aller plus loin et de légaliser complètement et de manière générale la consommation du cannabis à des fins récréatives. Il n'en reste pas moins que la vente, l'importation et la culture, voire éventuellement la consommation associée à des circonstances aggravantes restent en principe punissables. Par ce fait, les espoirs des personnes actuellement détenues pour des infractions liées au cannabis, à pouvoir faire valoir la légalisation de la consommation de cannabis pour obtenir une grâce, risquent d'être déçus.

Le Contrôleur externe n'entend pas donner une analyse exhaustive sur les avantages et désavantages d'une pareille légalisation, mais il souhaite soulever plusieurs questions et tirer

³ (Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, 1972).

⁴ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 1).

l'attention sur divers aspects qui méritent d'être analysés en profondeur, notamment en ce qui concerne les répercussions sur le milieu carcéral.

En tout premier lieu, il semble que le projet de la légalisation du cannabis se heurte à l'adhésion du Luxembourg à la Convention unique de l'ONU sur les stupéfiants.

L'article 4 de ladite Convention prévoit que les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires notamment pour « *limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants* ».

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) aurait déjà laissé sous-entendre que « *la légalisation du cannabis à des fins non médicales par un État partie à la convention de 1961 constituerait une violation manifeste des obligations juridiques qui lui incombent* » et poursuit que la limitation aux fins médicales est « *un principe fondamental auquel aucune dérogation n'est permise* ». ⁵

Le gouvernement luxembourgeois a annoncé vouloir s'inspirer du système canadien et il appert que le Canada a légalisé le cannabis à des fins récréatives tout en étant et restant Etat partie à la Convention.

L'OICS n'a cependant pas manqué de répéter dans son rapport annuel de 2018 que « *la légalisation et la réglementation de l'accès au cannabis à des fins non médicales et non scientifiques constitueraient une violation des dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, en l'occurrence de la Convention de 1961 telle que modifiée* ». ⁶

Avec la loi adoptée par le Canada, qui est entrée en vigueur le 17 octobre 2018, le Canada « *autorise les individus âgés de 18 ans ou plus à acheter du cannabis de différentes catégories (herbe séchée, huile, plantes et graines) dans un cadre réglementé par les administrations provinciales et territoriales. Ils pourront aussi posséder et partager avec d'autres adultes une quantité de cannabis de toutes catégories équivalant à un maximum de 30 g de cannabis séché, cultiver jusqu'à quatre pieds de cannabis par foyer et préparer, pour leur usage personnel, des produits comestibles contenant du cannabis* ». ⁷

L'OICS insiste que « *par l'adoption de la loi, le Gouvernement canadien s'est mis délibérément en situation de faillir à ses obligations internationales, (...), [obligeant] les États parties à conférer le caractère d'infractions pénales, conformément à leur droit interne, à la production, à la fabrication, à l'extraction, à la préparation, à l'offre, à la mise en vente, à la distribution, à la vente, à la livraison à quelque condition que ce soit de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope (...).* » ⁸

A part le fait que le Luxembourg manquerait à ses obligations internationales en décidant la libéralisation du cannabis, les conséquences de cette légalisation ne peuvent pas être clairement prédites. Le Contrôleur externe a toutefois tendance à partager les craintes de l'OICS qui soulève que la légalisation de la consommation du cannabis à des fins récréatives puisse contribuer à « *une minimisation du danger perçu et à une augmentation de l'usage du*

⁵ Marques (2019).

⁶ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 28).

⁷ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 28).

⁸ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 28).

*cannabis, en particulier parmi les jeunes, l'accès à la drogue étant plus facile et les mesures de contrôle présentant des failles, y compris en ce qui concerne l'autorisation de cultiver la plante à titre personnel ».*⁹

Les chiffres récents montrent qu'en Europe, environ un % d'Européens « adultes » (personnes âgés entre 15 et 64 ans) consomment du cannabis quotidiennement ou presque quotidiennement et 14.1% de jeunes Européens âgés entre 15-34 ans ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée.¹⁰ Il faut être conscient que ces chiffres se basent sur des enquêtes, illustrant la partie visible du phénomène, et ne sont pas un reflet fidèle de la consommation de cannabis. Les taux réels se situent certainement à un niveau encore plus élevé.

Le Contrôleur externe souhaite également rendre attentif aux effets étudiés de la consommation de cannabis et citer un bilan dressé par l'OMS sur les effets à court et à long terme d'une consommation (régulière) de cannabis :

« Les effets nocifs à court terme du cannabis incluent :

- L'intoxication, avec altération de la conscience, des capacités cognitives, des perceptions, des affects ou comportements, et des fonctions psychophysiologiques ;*
- Des crises de panique, des hallucinations et des vomissements (chez une minorité des personnes en consommant pour la première fois) ; L'altération des capacités de conduite et un risque accru de traumatisme dû à un accident de la circulation (risque multiplié par 1,3 à 2,0) ;*
- Le possible déclenchement d'incidents coronariens chez les fumeurs de cannabis les plus jeunes ;*
- Des effets néfastes pour le fœtus si la mère fume du cannabis pendant la grossesse.*

Les effets psychosociaux à long terme d'une consommation régulière de cannabis incluent :

- La dépendance (le risque est de 1 sur 10 pour les personnes ayant déjà consommé, 1 sur 6 pour les adolescents et 1 sur 3 pour les usagers quotidiens) ;*
- Des effets néfastes plus graves et persistants chez les adolescents que chez les adultes ;*
- Une relation dose-effet entre l'usage de cannabis à l'adolescence et le risque de développer des symptômes psychotiques ou une schizophrénie au début de l'âge adulte ;*
- Un risque accru d'abandon scolaire précoce, de troubles cognitifs, d'usage illicite d'autres drogues, de symptômes dépressifs et d'idéation et comportement suicidaires (en cas d'usage quotidien de cannabis à l'adolescence et au début de l'âge adulte).*

Les autres risques physiologiques à long terme associés à une consommation régulière de cannabis peuvent inclure :

⁹ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 28).

¹⁰ Direction de la Santé (2018b, p. 8)

- *La bronchite chronique et aiguë et la lésion des cellules du revêtement bronchique ;*
- *L'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux chez les jeunes usagers de cannabis ;*
- *Un risque accru de cancer et d'autres maladies respiratoires si le cannabis est consommé avec du tabac ;*
- *Le cancer des testicules (le lien nécessite des recherches plus approfondies) ».*¹¹

Tout porte à croire qu'une légalisation du cannabis va de pair avec une hausse de la consommation, ce qui entraînera des effets négatifs sur la santé publique. L'OICS souligne que parmi ces effets, il faut s'attendre à « *des augmentations des accidents de la route, de la dépendance et de l'abus, des psychoses et autres troubles mentaux, et des conséquences psychosociales préjudiciables pour les adolescents* ». ¹²

A côté de ces considérations générales, le Contrôleur externe souhaite tirer l'attention au fait qu'une loi légalisant le cannabis doit clarifier l'approche à adopter en milieu carcéral.

Evidemment, la première approche serait de prévoir une exception à cette légalisation pour les prisons et de maintenir l'interdiction de la consommation de tout stupéfiant dans l'enceinte des centres pénitentiaires.

Il faut cependant se poser la question si une pareille démarche est premièrement défendable du point de vue de l'égalité devant la loi et de la proportionnalité des restrictions et deuxièmement, si la légalisation du cannabis en milieu carcéral ne pourrait pas avoir des effets positifs.

Les statistiques établies par le Contrôleur externe, reprises dans la prochaine section du rapport, montrent que le cannabis est de loin la drogue la plus consommée en prison et qu'en moyenne 47% des sanctions prononcées sur les cinq dernières années pour abus de stupéfiants concernent la consommation de THC. Il doute du fait qu'une légalisation du cannabis ait une grande influence sur le taux de consommation en milieu carcéral, où la procuration et la consommation de THC semblent déjà à l'heure actuelle très répandues et faciles.

Beaucoup de détenus rencontrés par l'équipe de contrôle ont indiqué consommer du THC pour oublier le poids de l'incarcération et profiter de l'effet apaisant que leur procure cette consommation. De manière générale, ils ont indiqué être plus calmes après avoir consommé, ce qui contribue très probablement à diminuer les tensions et les agressions entre détenus. Cet effet apaisant que leur procure la consommation de THC, décrit par les détenus peut également contribuer à diminuer la prescription de benzodiazépines et le trafic avec tous ses inconvénients y lié.

Les répercussions sur la sécurité aux ateliers et l'effet sur la conduite de véhicules pour les détenus du CPG, ne sont pas des arguments légitimes pour renoncer d'office à la légalisation du cannabis en milieu pénitentiaire. Ces questions devront en effet être réglementées dans une même mesure pour les personnes en liberté.

Il s'ajoute que l'équipe de contrôle a pu se rendre compte que la détection facile et rapide du THC par les tests urines pousse un certain nombre de détenus à consommer davantage

¹¹ Organe international de contrôle des stupéfiants (2018)d'après. l'Organisation mondiale de la santé (2016)

¹² Organe international de contrôle des stupéfiants (2018, p. 12).

d'autres produits, plus difficilement détectables, comme au CPG, où la consommation de *Spice* prend une envergure inquiétante. Le Contrôleur externe reviendra sur ce problème dans la partie sur la prévention de trafic et de consommation de stupéfiants pendant la période d'incarcération.

Le Contrôleur externe a insisté sur les impacts négatifs du THC sur la santé, mais il souligne que les effets du *Spice* peuvent être d'autant plus néfastes et plus imprévisibles.

Une légalisation du cannabis en milieu carcéral pourrait sensiblement contribuer à la diminution de la consommation de *Spice*, ce qui serait un effet appréciable.

Le Contrôleur externe ne nie pas pour autant qu'un risque pour la sécurité des prisons émane de la consommation du cannabis, notamment lorsque celui-ci est consommé simultanément avec d'autres substances, notamment avec l'alcool. Ce problème se pose toutefois également avec d'autres drogues et aussi pour les consommations actuelles, sans légalisation.

Dans la partie reprenant les statistiques sur les mesures disciplinaires, il appert par ailleurs que les sanctions pour la consommation simultanée de substances restent rares.

Si la consommation de THC devait rester interdite en milieu carcéral, le Contrôleur externe donne à penser que la gestion de cette interdiction est susceptible de poser des problèmes au CPG, où les détenus sont autorisés à quitter le CPG pour leurs visites.

Au cours de ces visites, il leur serait d'un point de vue légal permis de consommer du cannabis en toute impunité. Contrairement à l'alcool, l'intoxication au THC reste toutefois détectable beaucoup plus longtemps, le temps d'élimination d'une intoxication variant en moyenne entre 8 et 12 heures, selon les informations recueillies par l'équipe de contrôle. Il n'est dès lors pas réaliste de penser que les détenus puissent présenter un test d'urines négatif à leur retour au CPG après une consommation légale pendant leur sortie.

Si la légalisation du cannabis devait être introduite, exception faite des centres pénitentiaires, le Contrôleur externe recommande d'adopter, le moment venu, des dispositions réalistes pour gérer au mieux cette situation. Il encourage les responsables politiques à analyser sans a priori le cadre légal à adopter pour les centres pénitentiaires et de s'entourer des experts médicaux et criminologiques pour élaborer le meilleur concept.

Parallèlement à la question de la légalisation du cannabis en milieu carcéral, le Contrôleur externe se pose la question si, au lieu ou en complément du THC, le CBD, n'ayant pas d'effets euphorisants, pourrait être autorisé en milieu carcéral.

Il demande aux autorités politiques d'analyser cette possibilité et souhaite avoir une prise de position des médecins pénitentiaires à cet égard.

3. La période avant l'incarcération

Cette section analyse la situation en matière de répression d'infractions liées aux substances illicites pour déterminer les alternatives à la prison qui sont actuellement prévues par le droit interne et celles qui pourraient être mises en place dans le futur.

3.1. Alternatives à l'emprisonnement conformément à la législation en vigueur

(1) Comme il a été soulevé dans la partie précédente, le cadre légal luxembourgeois prévoit plusieurs possibilités pour éviter un passage par la prison à une personne confrontée à des problèmes de dépendance. Il s'agit donc bel et bien d'alternatives réelles à la prison et non d'aménagements de peines.

Soulignons encore une fois les principales alternatives existantes :

Pour les délinquants primaires, les juges peuvent prononcer :

- un sursis simple (art. 626 Code de procédure pénale, CPP) ;
- une suspension du prononcé (art. 621 CPP).

Ces moyens ne représentent *a priori* pas l'approche idéale en cette matière, notamment à cause d'un risque de récidive très élevé qui ne peut pas être contré par ces procédés.

Dans plusieurs hypothèses, il existe la possibilité de prononcer :

- un sursis probatoire (art. 629 CPP) ;
- une suspension probatoire du prononcé (art. 629-1 CPP) .

Ceux-ci peuvent être prononcés avec l'obligation de se soumettre à des mesures de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication (art. 633-7, 3).

Si le délit ne comporte pas de peine supérieure à 6 mois, la personne peut être condamnée à la prestation de travail d'intérêt général (TIG) non rémunéré (art. 674 CPP). Au vu des peines applicables en la matière, cette alternative reste réservée aux personnes ayant consommé des stupéfiants, et non à ceux qui ont commis des faits liés au trafic de stupéfiants, sauf si des circonstances atténuantes sont retenues.

D'autres alternatives à la peine de prison sont le placement sous surveillance électronique (art. 688 CCP), qui peut être appliqué si la peine est inférieure ou égale à 3 ans et notamment aussi s'il y a une nécessité de suivre un traitement médical ou thérapeutique.

Au niveau de l'aménagement de la peine, il existe la possibilité de prononcer une semi-liberté. Celle-ci représente un aménagement de la peine lors duquel la personne est amenée à passer une partie de son temps en prison. Il semble toutefois important de souligner que cette modalité peut s'appliquer au condamné dès son premier jour de détention (art. 681 CPP) et ceci notamment pour permettre au condamné de suivre un traitement médical ou thérapeutique (art. 680 (1) CPP).

De manière générale, le Contrôleur externe estime que le recours à des peines alternatives, combinées à une injonction thérapeutique soit la voie à suivre. L'argument suivant lequel une thérapie devrait toujours se baser sur une initiative volontaire de la personne concernée pour pouvoir être efficace semble dépassée et ne pas être partagée par les acteurs du terrain.

Différentes associations travaillant au Luxembourg ont l'habitude de travailler sous la contrainte et affichent néanmoins des résultats très encourageants.

Par contre, la prison ne représente pas un environnement dans lequel une prise en charge optimale pour ces personnes peut être proposée et mise en œuvre, indépendamment des services offerts en milieu carcéral.

Le Contrôleur externe recommande dès lors de suivre autant que possible les normes internationales invitant les cours et tribunaux à recourir à ces alternatives pour prendre en charge les personnes souffrant de toxicomanie.

Il invite les autorités judiciaires, mais aussi les responsables politiques à développer une approche différente en la matière, faisant des incarcérations des personnes souffrant de dépendances et ayant commis des infractions en lien avec cette dépendance, l'exception.

Il apprécie dans ce contexte que la réforme pénitentiaire a abouti à la création d'un nouvel article 195-1 du Code de procédure pénale soumettant toute condamnation primaire à une peine d'emprisonnement ou de réclusion à une obligation de motivation spéciale.

Il serait opportun de prévoir le même principe pour les délinquants toxicomanes, pour lesquels la commission des infractions a été en lien direct avec leur consommation et/ou dépendance. Toute condamnation à une peine d'emprisonnement ou d'incarcération, à l'exclusion de mesures alternatives combinées à une injonction thérapeutique, devrait être spécialement motivée.

(2) Le droit interne offre plusieurs possibilités de prise en charge, voire de réaction pénale, suite à des infractions commises en lien avec la toxicomanie. Cependant, les statistiques permettant de tirer des conclusions sur les effets des différentes alternatives ou des aménagements des peines, notamment en ce qui concerne le taux de réussite, voire de récidive, ou de rechute, sont manquantes.

Si l'on considère les chiffres publiés notamment dans le rapport national sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg¹³, on se rend compte que les prévenus pour motifs d'infractions à la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie sont le plus souvent âgés entre 20 et 24 ans.

Les statistiques publiées par le Ministère de la Justice pour l'année 2018 montrent que 32% des détenus incarcérés au 1^{er} janvier 2019 sont des récidivistes. Parmi ces 32%, 8% sont des récidivistes en matière de toxicomanie avec ou sans commission d'autres délits.

Le Contrôleur externe suggère de prendre ce constat pour le développement de stratégies en matière d'application des mesures alternatives à l'incarcération, ainsi que pour la conception des programmes de prévention en matière de toxicomanie. De manière générale, il encourage les autorités concernées à développer les statistiques établies en la matière.

(3) Comme souligné, les normes internationales encouragent les autorités judiciaires à recourir davantage à des peines alternatives à la prison en matière de faits liés à la toxicomanie. Les

¹³ Direction de la Santé (2018b, p. 152).

chiffres nationaux actuellement disponibles¹⁴ laissent apparaître l'évolution suivante en ce qui concerne le recours à des mesures alternatives en matière de toxicomanie :

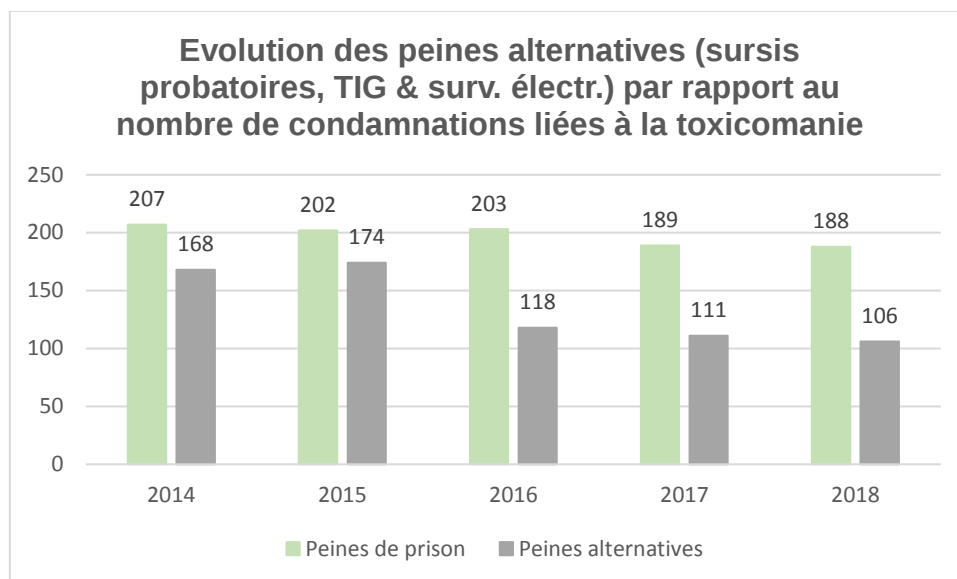


Figure 1: L'évolution des mesures alternatives prononcées entre 2014 et 2018

3.2. Tribunaux de traitement de la toxicomanie.

(4) Après avoir étudié différentes alternatives à l'emprisonnement proprement dites, nous étudierons un concept basé sur le traitement des affaires pénales requérant un vrai changement de paradigme ci-dessous : les tribunaux de traitement de la toxicomanie (« drug court », ci-après TTT).

A l'origine, les TTT sont le produit de juges américains innovants qui, dans les années quatre-vingts, voulaient procéder à une réforme du système judiciaire.¹⁵ En effet, leur leitmotiv était le *traitement et l'accompagnement* des inculpés plutôt que la sanction. Trente ans après l'instauration du premier TTT, il existe plus de 3.000 TTT à travers le monde (majoritairement aux Etats-Unis¹⁶). Par conséquent, nous sommes aujourd'hui en mesure de tirer des conclusions sur leur aptitude à délester les tribunaux « traditionnels » et d'évaluer si une instauration au Grand-Duché est globalement appropriée ou non, tant d'un point de vue de prise en charge d'une personne inculpée que d'un point de vue systémique. A ces fins, nous analyserons ci-dessous les domaines suivants : premièrement, la raison d'être des TTT et deuxièmement, leur applicabilité au Grand-Duché.

3.2.1. Rationnelle des TTT.

Même s'il existe de nombreux types de TTT (p.ex. TTT spécialement créés à l'opposition de simples ajustements de procédures pour les tribunaux « traditionnels »¹⁷), la rationnelle des TTT porte sur la mise en œuvre de programmes

¹⁴ Rapports annuels du Ministère de la Justice

¹⁵ Bureau of Justice Assistance (2004, p. 6).

¹⁶ A noter qu'en Europe, des TSD ont été implémentés en Irlande, en Ecosse et en Norvège. La France étudie actuellement la possibilité.

¹⁷ United Nations Office on Drugs and Crime (2005, p. 2).

visant à stopper l'abus de stupéfiants et diminuer le taux de la récidive pour un groupe de personnes bien défini. Quoique les modes opératoires puissent différer, les conditions pour être jugé devant un TTT aux Etats-Unis prévoient généralement que la personne inculpée veuille se faire aider par un TTT, plaide coupable ou ait déjà été reconnue coupable par une instance antérieure, et parvienne à démontrer au juge sa volonté d'arrêter l'abus de substances illicites de manière crédible avant de procéder à l'évaluation des besoins spécifiques et à la prise en charge en tant que telle.¹⁸

Les modes opératoires des TTT sont pour la plupart caractérisés par un accès rapide au traitement, des fréquents tests de dépistage au hasard, des auditions aléatoires auprès du juge ainsi que l'application d'un concept d'encouragement(s) et de sanction(s).¹⁹ L'élaboration du plan de traitement et la mise en œuvre sont normalement effectués par une équipe multidisciplinaire composée d'assistants sociaux, de médecins, d'infirmières et d'associations bénévoles.²⁰ Au Luxembourg l'implication des associations bénévoles pourrait par exemple être assurée par des organisations telles que la « JDH », « l'Impuls » ou le « Quai 57 ».

Nombreux sont ceux à mettre en avant notamment les avantages présumés suivants :

Premièrement, la décharge des tribunaux traditionnels et du parquet : Il est apparent que l'instauration de TTT permettrait aux acteurs concernés (juges, procureurs etc.) d'amoindrir leur implication dans des dossiers souvent (mais pas uniquement) axés sur des faits de consommation de produits illicites et de se focaliser sur des dossiers plus pressants d'un point de vue pénal.²¹ Les TTT, compte tenu de leur approche globale, pourraient également mener à des économies d'échelle puisqu'une augmentation du niveau de connaissances pour ces cas de figures précis irait de pair avec une diminution du temps de traitement des dossiers (toutes choses restant égales par ailleurs).²²

En deuxième lieu, la décharge des centres pénitentiaires : Si une personne inculpée est sous traitement *extra-muros*, elle ne fait manifestement pas partie de la population pénitentiaire et contribue donc à un amoindrissement de la population des centres chroniquement surpeuplés.

Finalement, la baisse de la récidive : En effet, certaines études indiquent que les personnes ayant été suivies conformément aux exigences du TTT en question (traitement, tests de dépistage etc.), étaient moins prônes à la récidive qu'un groupe de consommateurs ayant réellement été emprisonnés pour des faits similaires.²³

Des études ont notamment permis de conclure que « les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont permis une réduction de 14% du taux de récidive comparativement à d'autres mécanismes du système judiciaire traditionnel. »²⁴

¹⁸ Lurigo (2008, p. 4–5).

¹⁹ Glasgow Sheriff Court (2003, p. 11)

²⁰ Glasgow Sheriff Court (2003, p. 17).

²¹ Lurigo (2008, p. 2).

²² Tauber et Huddleston (1999, p. 9).

²³ Rogers et Murrin (2000, p. 1).

²⁴ Ministère de la Justice Canada (2006, p. 9).

Au sein des TTT-mêmes et pendant le suivi, l'interaction personnelle régulière avec le juge est considéré être *l'élément clé* de succès²⁵, de même que la durée de la prise en charge proposée, celle variant entre 12 et 18 mois menant généralement aux meilleurs résultats.²⁶

3.2.2. Applicabilité potentielle des TTT au Grand-Duché.

Le Point Focal luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies fait référence un taux de récidive avoisinant les 55% au cours de vie d'un consommateur.²⁷ Dans des conditions inchangées, l'on peut constater une tendance affirmant que la majorité des consommateurs est citée à comparaître plus d'une fois au cours de leur vie. L'implémentation de TTT pourrait donc réduire la charge de travail des tribunaux « traditionnels » et par là raccourcir considérablement les délais de traitement de toutes les affaires pénales.

Quant aux statistiques sur les produits liés aux infractions, elles semblent assez rares puisqu'à notre connaissance aucune publication assez détaillée n'est faite par le Ministère de la Justice ou par les forces de l'ordre. Néanmoins, certaines données fournies par la Direction de la Santé à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, permettent des premières conclusions :

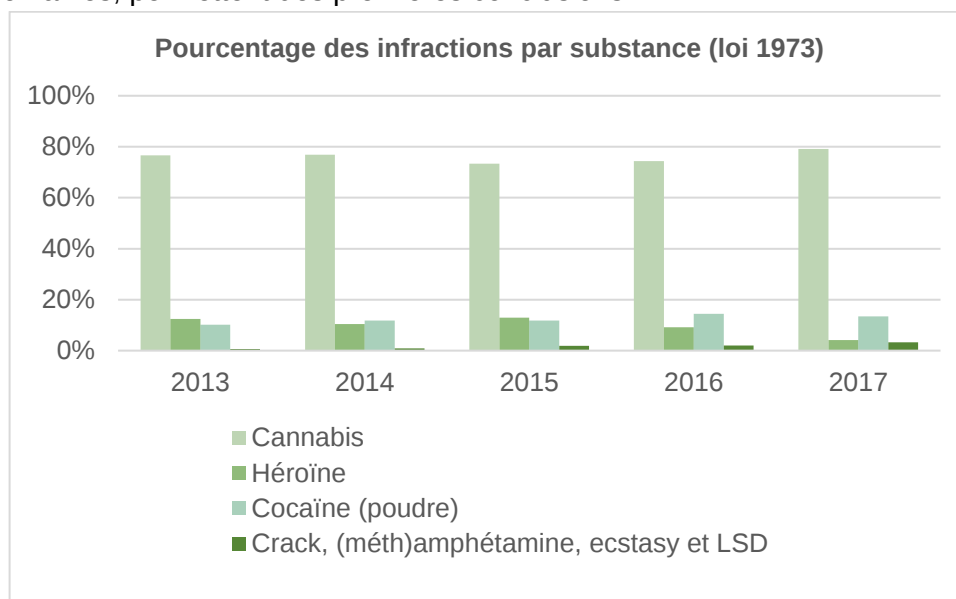


Figure 2: Pourcentage des infractions par substance²⁸

Ainsi, il est évident que le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé au Luxembourg, loin devant la cocaïne et l'héroïne qui se disputent la deuxième place. Loin derrière elles, nous retrouverons des produits plus rares tels que le crack ou la méthamphétamine qui connaissent certes une importante couverture médiatique à travers le monde, mais qui ne représentent qu'une minuscule part du marché luxembourgeois de stupéfiants. Partant de ces constats, et en tenant compte d'une

²⁵ Glasgow Sheriff Court (2003, p. 11).

²⁶ Ministère de la Justice Canada (2006, p. 13).

²⁷ Direction de la Santé (2018b, p. 109).

²⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019).

très probable légalisation du cannabis et des conséquences plus néfastes des autres produits, il semblerait donc rationnel de concentrer les mesures thérapeutiques couvert par les programmes mis en œuvre sur décision des TTT sur les produits non-cannabinoïdes.

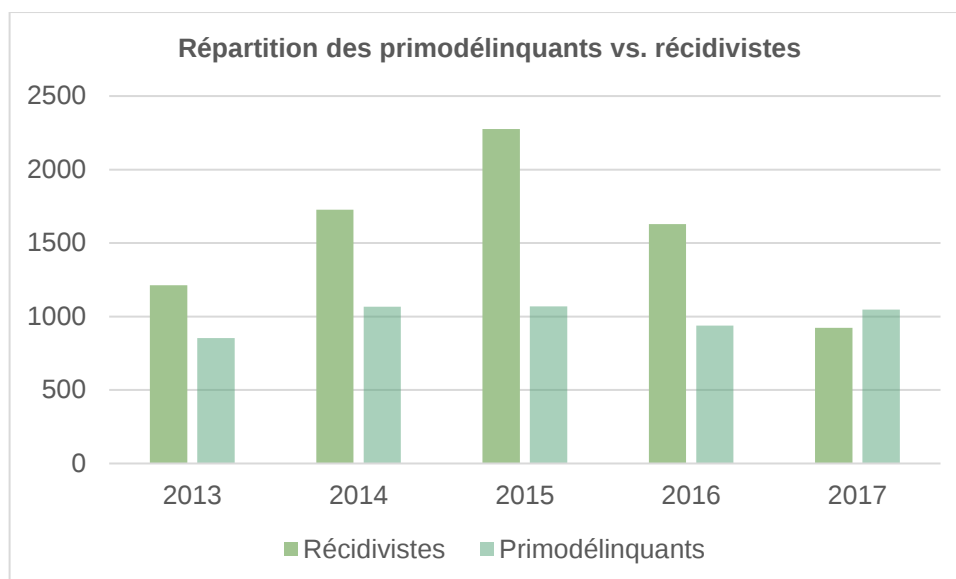


Figure 3: Répartition des primodélinquants vs. récidivistes²⁹

Tous comptes faits, les TTT pourraient avoir des effets positifs d'un point de vue de prise en charge du groupe cible, de décharge du système judiciaire ainsi que de l'obtention d'économies d'échelles suite à une spécialisation des tribunaux même si ces économies seraient partiellement anéanties suite aux coûts d'implémentation et de fonctionnement des TTT. En outre, dans la perspective de décharge du système pénitentiaire, les effets positifs sur le surpeuplement carcéral au Luxembourg sont du moins douteux en vue de l'instauration du CPU prévue pour 2022 et tenant compte d'un temps d'instauration des TTT probablement de longue haleine.

Il n'en reste pas moins que le suivi spécialisé qui peut être proposé *extra-muros* est plus apte à rencontrer les besoins des personnes toxicomanes.

Partant de ces observations, tout en étant complètement conscient des différences socio-culturelles, légales et autres entre le Luxembourg et les pays ayant implémenté des TTT qui pourraient potentiellement saper l'efficacité présumée des TTT, le CELPL demande au Ministère de la Justice de prendre position concernant une éventuelle analyse d'implémentation des TTT au Luxembourg.

²⁹ Direction de la Santé (2018b, p. 157)

4. La période d'incarcération

4.1. La problématique des stupéfiants en milieu pénitentiaire

« La vraie question : Comment les stupéfiants ne pourraient-ils pas être en prison ? »³⁰

Jörn Patzak, Directeur du centre pénitentiaire de Wittlich

(5) Au vu de l'hostilité persistante au sein des lieux privés de liberté et des tensions psychologiques qui en découlent, il n'est guère étonnant que de nombreux prisonniers ont recours aux stupéfiants, souvent pour anesthésier leurs pensées. Même si aucune étude récente se focalisant sur les spécificités de l'usage des stupéfiants par la population carcérale n'existe à ce jour, certains auteurs indiquent que plus de 60,5% des toxicomanes ayant recours à l'injection et quelque 25,8 % des toxicomanes n'ayant pas recours à l'injection à des fins de consommation auraient consommé pendant leur détention (s'ils étaient déjà consommateurs avant l'incarcération).³¹ Compte tenu de la répartition de ces deux groupes en termes de nombres absolus, l'étude révélait également que plus de 56% des toxicomanes consommaient en prison, ce qui nous laisse indubitablement conclure à un phénomène d'envergure.

Il convient également de noter que les détenus ont généralement substantiellement plus d'expériences avec des stupéfiants que le grand public, surtout avec des drogues dures.³² Les causes sont diverses, mais d'un point de vue général, l'on pourrait se référer aux conditions sociales généralement plus pauvres, un niveau d'éducation moindre et une exposition à la violence et à la pauvreté beaucoup plus prononcée.³³

S'ajoute à cela un temps d'incarcération non négligeable. En effet, même si les peines privatives de liberté inférieures à cinq ans sont en régression et ne représentent plus que 53.5% du total des peines prononcées, près de 47% des condamnés ont écoupé d'une peine supérieure et resteront donc exposés à la problématique des stupéfiants dans un milieu restreint pendant un laps de temps majeur.³⁴

Quant aux types de drogues consommées, de nombreuses études suggèrent une forte tendance générale vers l'usage de drogues dépressantes comme l'héroïne ou le cannabis, plutôt qu'envers des produits stimulants comme p.ex. la cocaïne.³⁵

Les effets néfastes directes ou indirectes de la consommation, surtout en milieu carcéral, sont multiples : d'une part elle représente un des piliers de « l'économie carcérale » et pose donc inévitablement un problème de sécurité (revendications financières ou autres non respectées etc.), d'autre part, la consommation impacte irréfutablement non seulement les relations entre détenus, mais aussi et surtout celles entre les détenus et les employés d'un centre pénitentiaire. Qui dit relations employés pénitentiaires et détenus, dit sanctions – un point important qui sera clarifié ci-dessous et qui nous permettra de tirer des conclusions sur différents aspects liés à la consommation (typologie des stupéfiants utilisés, nombre de

³⁰ DIE ZEIT (2019).

³¹ Removille *et al.* (2011).

³² Publications Office of the European Union (2012, p. 9).

³³ Publications Office of the European Union (2012, p. 13).

³⁴ Ministère de la Justice (p. 499).

³⁵ Publications Office of the European Union (2012, p. 11).

récidivistes, etc.), mais aussi sur l'importance des événements déclarés et liés aux drogues par rapport au total des événements indésirables.

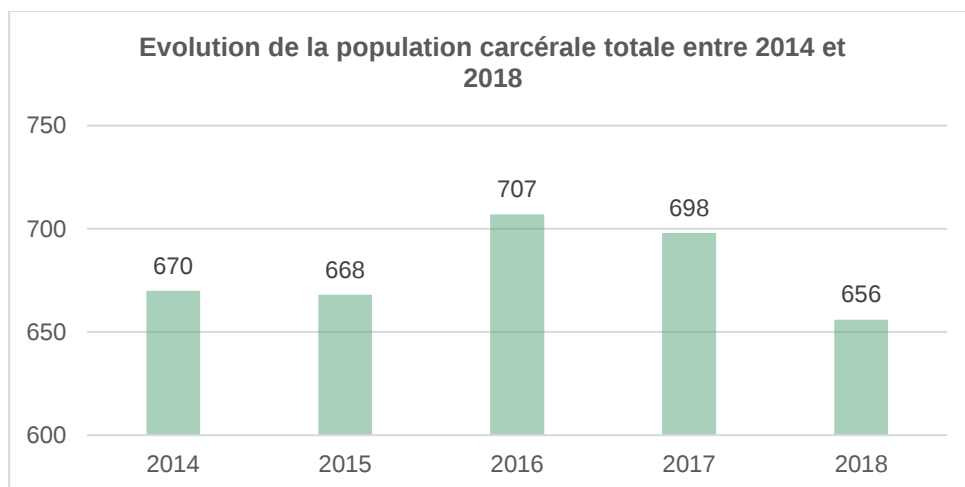


Figure 4: Evolution de la population carcérale totale entre 2014 et 2018³⁶

(6) Au vu du nombre moyen des personnes incarcérées au Luxembourg (figure 4), il est tout à fait louable que le Luxembourg ait incorporé des mesures visant à :

« Accélérer la mise au point et accroître la disponibilité et la portée des mesures de réduction de la demande en milieu carcéral, dans le but d'arriver à une qualité de soins équivalente à celle fournie à l'ensemble de la population, conformément au droit à la protection de la santé et au droit à la dignité humaine consacrés par la Convention européenne des droits de l'homme et la Charte des droits fondamentaux de l'UE. Il convient de veiller à la continuité des soins à tous les stades de la justice pénale et après la remise en liberté. »

dans sa « stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées ».³⁷

4.2. Impressions sur l'étendue du phénomène suites aux entretiens menés

4.2.1. Collecte de données.

L'équipe de contrôle a opté pour une approche polyvalente lors de ses recherches afin de tenir compte des différentes perspectives inhérentes au groupe cible qui est composé d'acteurs ayant, dans la plupart des cas, des intérêts diamétralement opposés. Les deux majeures sources utilisées en milieu carcéral quant à l'élaboration des statistiques étaient :

- les entretiens avec les détenus ;
- les documents internes.

³⁶ Ministère de la Justice (p. 484).

³⁷ Direction de la Santé - Cellule de Coordination "Drogues" (2015, p. 16).

Les entretiens avec les détenus

(7) Comme énoncé dans le 1^{er} chapitre, le CELPL a conduit des entretiens semi-structurés avec 18 détenus et sept détenues du CPL, ainsi qu'avec une détenue du CPG.

Parmi ces 26 détenus, 15 n'ont aucun passé judiciaire lié à une consommation illégale ou excessive d'alcool, de médicaments ou de stupéfiants tandis que 9 ont reconnu avoir été jugés pour des faits liés à l'une de ces problématiques. Les antécédents de deux personnes restent flous.

La moyenne d'âge de l'ensemble des détenus interviewés était de 34.95 ans, celui des détenues de 41 ans et celui des détenus de 32.82 ans, tandis que le médian était de 42 ans pour les femmes et de 34 ans pour les hommes.

En moyenne les femmes interviewées étaient en prison depuis 24 mois lors des interviews, alors que les hommes y avaient passés 13.68 mois (médian de 9 mois pour les femmes et 7.5 pour les hommes).

Il convient néanmoins de souligner la sincérité des participants puisque l'équipe de contrôle n'a constaté aucune déviation de leur propos quant aux sanctions invoquées à leur encontre après analyse des mesures disciplinaires (ce qui aurait été par exemple le cas si quelqu'un prétendait ne pas consommer de produits illicites, mais aurait apparu dans le registre des sanctions pour abus de substances illicites).

31% des détenus interviewés ont été visés par des sanctions disciplinaires pour consommation de stupéfiants ou d'autres produits illicites en milieu carcéral, et 62% ont connaissance du programme TOX.

Les documents internes.

(8) En date du 18 mars 2019, le CPL a fait parvenir à l'équipe de contrôle un relevé comprenant 961 sanctions disciplinaires qui s'étalent de 2014 à 2018. Suite à la réunion de débriefing ayant eu lieu en date du 24 juin 2019 dans les locaux de l'Ombudsman, il avait été convenu d'un commun accord avec la DAP qu'un relevé similaire portant sur le CPG devait être remis au CELPL, même si l'extraction des données au CPG demanderait un effort plus prononcé alors que les données ne seraient pas répertoriées de manière à fournir une vue d'ensemble.

Le Contrôleur externe est d'avis que ce genre de relevés représenterait un document-clé dans la mise en place d'une politique de lutte contre la toxicomanie en milieu carcéral et s'interroge dès lors sur la base factuelle de la stratégie antistupéfiants du CPG. Il souhaite être informé si des mesures facilitant une extraction de données sont prévues.

4.2.2. Résultats.

CPL

(9) L'analyse des résultats révèle que le nombre de sanctions liées aux substances illicites a diminué au fil du temps et ceci même si le nombre des détenus sanctionnés est resté relativement stable.

	2014	2015	2016	2017	2018
Détenus sanctionnés	145	113	131	132	120
# sanctions	251	172	200	166	172

Figure 5: Evolution du nombre de sanctions entre 2014 et 2018 (CPL)

Sur les 961 sanctions répertoriées, il est apparent que les cas où un détenu était puni pour l'abus simultané (ou la possession) d'alcool, de médicaments et de stupéfiants étaient rarissimes avec un total de seulement 10 cas. L'alcool et les médicaments constituent un mix également peu fréquent avec un cas supplémentaire. Le mix entre alcool et stupéfiants était plus fréquent et représente 4%, tandis que celui entre des médicaments et stupéfiants prend des mesures inquiétantes avec 11% des cas. Néanmoins, dans la très grande majorité des cas, les détenus étaient sanctionnés pour « seulement » un des trois délits (83%).

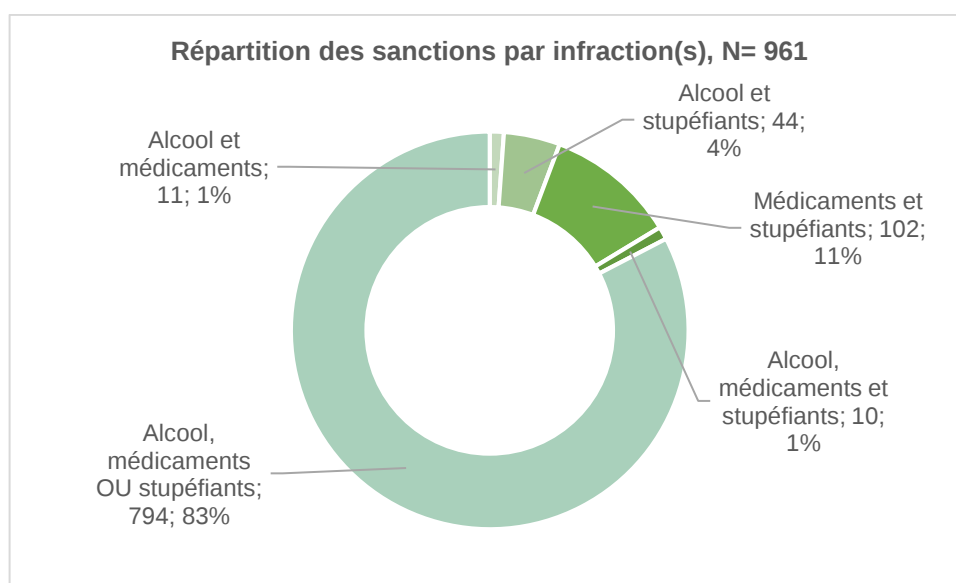


Figure 6: Répartition des sanctions par infraction(s) sur les 5 dernières années (CPL)

(10) La figure 7 montre une nette diminution des infractions punissables liées à l'alcool, au THC et au Suboxone/Subutex. La décroissance des sanctions liées à ce dernier produit résulte du fait d'un changement du mode d'administration, même si la consommation *intra-muros* de Suboxone/Subutex connaît un pic qui est lié à une importante augmentation de son utilisation dans les traitements de substitution.

	2014	2015	2016	2017	2018
Alcool	56	51	39	40	25
Antidépresseurs tricycliques	1	0	1	0	0
Antipsychotiques	3	1	0	0	0
Benzodiazépines	23	31	26	31	17
Cocaïne	6	4	0	2	7
Héroïne	3	11	6	2	6
Non renseigné	5	1	8	5	2
Méthadone	1	1	0	2	1
Méthamphétamine	0	0	0	0	1
Morphine	8	9	3	0	2
Suboxone/Subutex	41	36	33	25	19
Tétrahydrocannabinol	142	60	130	93	128
Tramadol	0	1	0	0	0
Valium	2	9	6	3	3
	291	215	252	203	211

Figure 7: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres absolus, CPL)

En même temps, les sanctions liées à la cocaïne ont atteint un chiffre record sur ces cinq dernières années. L'héroïne, pour sa part, a également connu le second résultat le plus important sur le plan quinquennal.

	2014	2015	2016	2017	2018	Ø	Rang
Alcool	19%	24%	15%	20%	12%	18%	2
Antidépresseurs tricycliques	0%	0%	0%	0%	0%	0%	12
Antipsychotiques	1%	0%	0%	0%	0%	0%	11
Benzodiazépines	8%	14%	10%	15%	8%	11%	4
Cocaïne	2%	2%	0%	1%	3%	2%	9
Héroïne	1%	5%	2%	1%	3%	2%	5
Non renseigné	2%	0%	3%	2%	1%	2%	8
Méthadone	0%	0%	0%	1%	0%	0%	10
Méthamphétamine	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13
Morphine	3%	4%	1%	0%	1%	2%	7
Suboxone/Subutex	14%	17%	13%	12%	9%	13%	3
Tétrahydrocannabinol	49%	28%	52%	46%	61%	47%	1
Tramadol	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14
Valium	1%	4%	2%	1%	1%	2%	6

Figure 8: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres relatifs, CPL)

(11) Le tableau ci-dessus nous fournit une vue d'ensemble sur l'importance des produits illicites en se basant sur les sanctions disciplinaires prononcées. En effet, le cannabis et ses dérivés, l'alcool ainsi que les produits de substitution de l'héroïne figurent en tête du classement lors de la période prise en compte, tandis que le Tramadol, la méthamphétamine et les antidépresseurs occupent les derniers rangs, probablement dû à la facilité de s'en procurer légalement auprès du service psychiatrique et somatique (antidépresseurs et Tramadol), ainsi qu'à un manque d'attrait quant aux effets provoqués.

	2014	2015	2016	2017	2018
Alcool	-	-9%	-24%	3%	-38%
Antidépresseurs tricycliques	-	-100%		-100%	
Antipsychotiques	-	-67%	-100%		
Benzodiazépines	-	35%	-16%	19%	-45%
Cocaïne	-	-33%	-100%		250%
Héroïne	-	267%	-45%	-67%	200%
Non renseigné	-	-80%	700%	-38%	-60%
Méthadone	-	0%	-100%		-50%
Méthamphétamine	-				
Morphine	-	13%	-67%	-100%	
Suboxone/Subutex	-	-12%	-8%	-24%	-24%
Tétrahydrocannabinol	-	-58%	117%	-28%	38%
Tramadol	-		-100%		
Valium	-	350%	-33%	-50%	0%

Figure 9: Evolution d'année en année par produit consommé (CPL)

(12) Le tableau n°9 fournit un aperçu des développements en termes de chiffres relatifs et montre que le développement des sanctions liées au THC présente une relation négative dès 2016 avec la régression des sanctions liées à l'abus d'alcool. L'on peut dès lors s'interroger si la consommation du cannabis et de ses dérivés ne connaissait pas une nouvelle dimension puisque l'approvisionnement en cannabis deviendrait de plus en plus facile surtout que sa dissimulation se présenterait plus facile que celle de l'alcool.

Il n'est dès lors guère surprenant que les produits engageant le plus de récidivistes étaient justement l'alcool (deux détenus ont été sanctionnés cinq fois, l'un d'entre eux en deux ans et demi) et le THC pour lequel quelqu'un s'est fait sanctionner à neuf reprises en moins de trois ans.

Tous comptes faits, ces statistiques démontrent que la consommation au CPL est une problématique bien réelle, aussi bien en terme de chiffres absolus qu'en termes de diversité de produits.

La prévention ainsi que la prise en charge jouent donc un rôle crucial, autant par rapport à l'alourdissement de la contrebande que du soutien psychique et physique des détenus concernés. Cela est d'autant plus vrai compte tenu du phénomène de poly-toxicomanie bien présent.

CPG

(13) La section ci-dessous fournit un aperçu général sur les variables propres au CPG. D'ores et déjà, le Contrôleur externe souhaite souligner qu'aucune comparaison ne sera faite entre le système semi-ouvert et le système fermé, puisqu'il considère que d'éventuelles juxtapositions ne seraient aucunement appropriées au but recherché, à savoir l'étude de l'ampleur du phénomène et la formulation de recommandations générales visant la réduction des conséquences néfastes y liées.

L'analyse du relevé des sanctions du CPG révèle que le nombre de sanctions a généralement baissé depuis 2015.

	2014	2015	2016	2017	2018
# sanctions	5	111	110	72	80

Figure 10: Evolution du nombre de sanctions entre 2014 et 2018 (CPG)³⁸

Sur les 378 sanctions répertoriées, l'on reconnaît que le mélange de produits psychoactifs n'est guère répandu avec seulement deux cas où un détenu a été testé positivement à la consommation d'alcool et de stupéfiants et trois cas où des médicaments et de stupéfiants ont été simultanément détectés. Néanmoins, il importe de souligner que dans 49 cas, le(s) produit(s) utilisé(s) n'étai(en)t pas identifiable(s) ce qui étaye la crainte des dirigeants quant à propagation potentielle de drogues synthétiques, et plus précisément des cannabinoïdes synthétiques (communément appelés « *Spice* »).

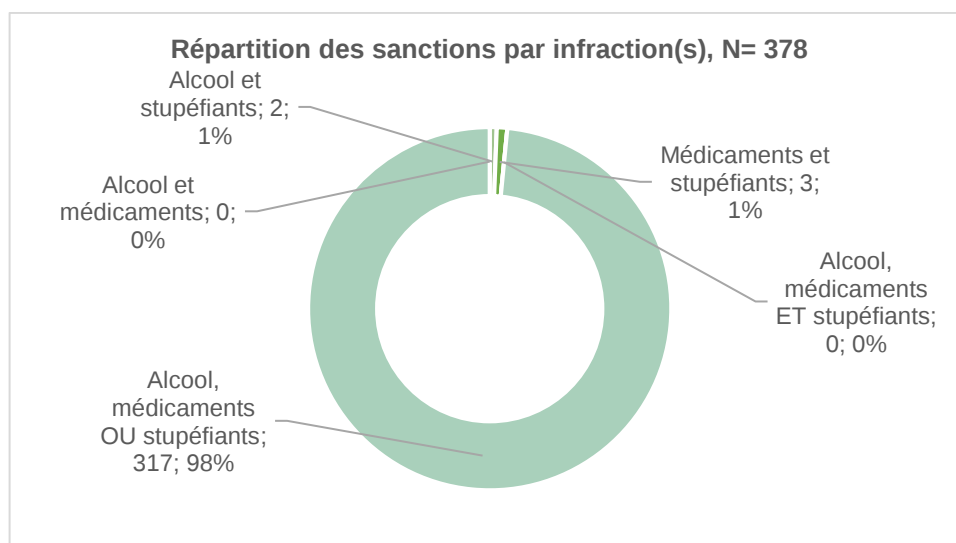


Figure 11: Répartition des sanctions par infraction(s) sur les 5 dernières années (CPG)

(14) Le tableau ci-dessous permet de fournir de plus amples détails concernant la répartition des stupéfiants consommés et/ou perquisitionnés et ayant donné lieu à des sanctions disciplinaires.

³⁸ Le Contrôleur externe assume que la différence entre les chiffres de 2014 et le reste est liée à une amélioration du système de saisie

	2014	2015	2016	2017	2018
Alcool	0	1	1	0	0
Antidépresseurs tricycliques	0	0	0	0	0
Antipsychotiques	0	0	0	0	0
Benzodiazépines	0	0	0	0	0
Cocaïne	0	18	14	9	4
Héroïne	0	21	29	3	5
Non renseigné	5	19	5	11	9
Méthadone	0	0	0	0	0
Méthamphétamine	0	0	0	0	0
Morphine	0	7	2	1	0
Spice ³⁹	0	0	4	20	21
Suboxone/Subutex	0	1	1	0	0
Tétrahydrocannabinol	0	54	72	34	43
Tramadol	0	0	0	0	0
Valium	0	0	0	0	0
	5	121	128	78	82

Figure 12: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres absolus, CPG)

On peut clairement constater que l'alcool, les antidépresseurs, les benzodiazépines, la méthadone, la méthamphétamine, la morphine, le Suboxone/Subutex, le Tramadol ainsi que le Valium ne jouent pratiquement aucun rôle au CPG.

	2014	2015	2016	2017	2018	Ø	Rang
Alcool	0%	1%	1%	0%	0%	0%	7
Antidépresseurs tricycliques	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Antipsychotiques	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Benzodiazépines	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Cocaïne	0%	15%	11%	12%	5%	8%	5
Héroïne	0%	17%	23%	4%	6%	10%	4
Non renseigné	100%	16%	4%	14%	11%	29%	2
Méthadone	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Méthamphétamine	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Morphine	0%	6%	2%	1%	0%	2%	6
Spice	0%	0%	3%	26%	25%	11%	3
Suboxone/Subutex	0%	1%	1%	0%	0%	0%	7
Tétrahydrocannabinol	0%	45%	56%	44%	53%	40%	1
Tramadol	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9
Valium	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9

Figure 13: Infractions par an liées aux substances illicites (en nombres relatifs, CPG)

(15) Le THC domine clairement le palmarès avec 40% d'infractions y liées en moyenne. L'héroïne (10%) ainsi que la cocaïne (8%) y occupent une place certainement non négligeable, tandis que la croissance inégalée du *Spice* et des produits non renseignés semblent confirmer les craintes du personnel pénitentiaire.⁴⁰

³⁹ Sur le total des infractions relevées, un tiers porte sur la consommation, tandis que deux tiers concernent la détention de *Spice*

⁴⁰ A noter que les origines des substances non renseignées peuvent aussi bien être liées à des erreurs de saisie, qu'à des stupéfiants difficilement ou non-identifiables à cause de compositions chimiques très variables, ce qui est particulièrement vrai pour le *Spice*.

	2014	2015	2016	2017	2018
Alcool	-		0%	-100%	
Antidépresseurs tricycliques	-				
Antipsychotiques	-				
Benzodiazépines	-				
Cocaïne	-		-22%	-36%	-56%
Héroïne	-		38%	-90%	67%
Non renseigné	-	280%	-74%	120%	-18%
Méthadone	-				
Méthamphétamine	-				
Morphine	-		-71%	-50%	-100%
Spice	-			400%	0%
Suboxone/Subutex	-		0%	-100%	
Tétrahydrocannabinol	-		33%	-53%	26%
Tramadol	-				
Valium	-				

Figure 14: Evolution d'année en année par produit consommé (CPG)

(16) Le tableau ci-dessus présente un aperçu des évolutions en termes de chiffres relatifs. Compte tenu des difficultés de détection du *Spice*, ce dernier a connu un « franc succès » dès 2016. Il est très frappant que la détection de toutes les autres substances illicites a chuté la même année, à une exception près : les produits non identifiables ce qui soutient la thèse d'une prolifération rapide des cannabinoïdes synthétiques.

Pour le CPG, aucune statistique sur les récidives n'a pu être établie par manque d'identifiants uniques.

Même si les données fournies étaient généralement d'un niveau de qualité tolérable, le Contrôleur externe encourage la direction de l'administration pénitentiaire à mettre en place un concept général de gestion de données facilitant non seulement leur extraction et assurant leur pertinence, mais augmentant aussi et surtout leur qualité (via notamment l'uniformisation de la saisie : champs obligatoires, listes déroulantes au lieu de champs de texte libre etc.).

Comme déjà souligné, la gestion et l'analyse des données sont des éléments indispensables à l'étude du phénomène de l'abus de substances en milieu carcéral et à l'élaboration d'un concept de prévention et de prise en charge efficace.

4.3. Prévention d'introduction de stupéfiants

(17) La principale mission des responsables de prisons en matière de stupéfiants est de prévenir l'introduction de drogues en milieu carcéral.

Les moyens pour introduire des stupéfiants en milieu carcéral sont multiples. Si l'on souhaite significativement réduire la quantité de stupéfiants au sein de la prison, il est indispensable de réaliser des contrôles à tous les niveaux.

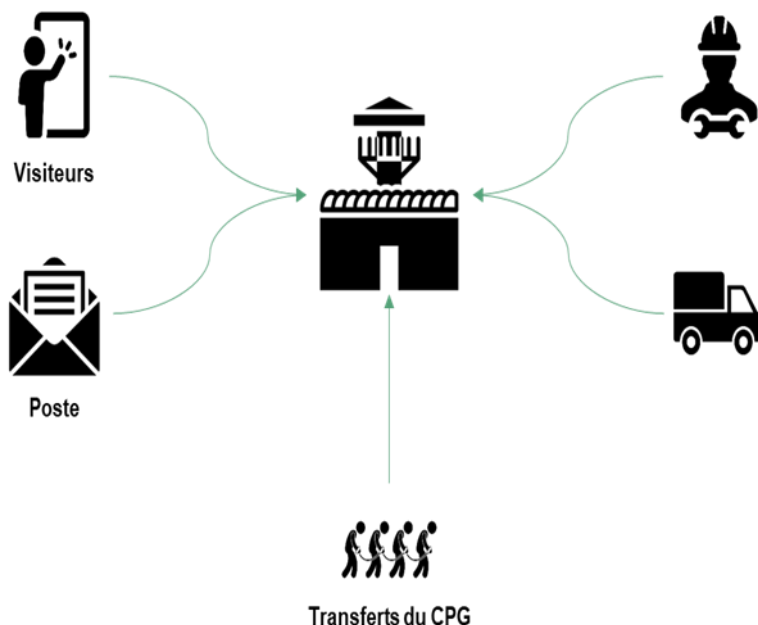


Figure 15: Moyens d'introduction de stupéfiants⁴¹

La prévention d'introduction de stupéfiants en milieu pénitentiaire se réalise en premier lieu par le biais des divers contrôles réalisés.

4.3.1. Contrôles des visiteurs/intervenants externes.

(18) L'équipe de contrôle a été informée par plusieurs interlocuteurs qu'ils soupçonnaient que les visiteurs étaient la principale source d'entrée des stupéfiants en prison.

Il est souvent avancé que les visiteurs ne font qu'introduire de petites quantités et que les plus grandes quantités doivent être introduites par un autre moyen. Indépendamment des quantités introduites en une fois, le Contrôleur externe est néanmoins d'avis que les contrôles réalisés en l'état à l'égard des visiteurs sont insuffisants.

Actuellement, la LAP prévoit que l'accès et la communication avec les détenus sont libres pour l'exercice de leurs fonctions ou missions aux autorités judiciaires, au médiateur, à l'ORK, aux députés et aux personnes dûment déléguées par ces

⁴¹ Les icônes « one way #131448 » par Adam Zubin, « post #2738145 » par Nun, « worker #1530706 » par Wilson Joseph, « delivery #2232637 » par JiKimz, « knocking #2696200 » par Adrien Coquet, « prison #2426079 » par Koson Rattanaphan ont été téléchargées du site <https://thenounproject.com> et sont licenciées sous [Creative Commons 3.0](#).

autorités et institutions, aux agents consulaires et diplomatiques et au personnel de l'administration pénitentiaire et du SCAS.

Tous les visiteurs, y compris les catégories susmentionnées peuvent être soumis à un contrôle de sécurité et de sûreté de la personne, de son identité, de ses bagages et effets personnels, ainsi que du véhicule et de son chargement lorsque ce véhicule entre dans l'enceinte du centre pénitentiaire.

L'article ne précise pas en quoi consiste ce contrôle de sécurité et de sûreté qui peut être appliqué à l'égard des visiteurs spécialement mentionnés.

De manière générale, les modalités d'exécution des visites de ces catégories de visiteurs doivent être déterminées par règlement grand-ducal.

Conformément à l'article 37 (2) de la LAP, ces catégories particulières de visiteurs ne peuvent être soumis qu'à une fouille simple, c'est-à-dire une palpation du corps ou moyens de détection électronique sans obligation de se dévêtir partiellement ou intégralement.

Il est précisé que ces visiteurs peuvent être soumis à une fouille simple (ou à une fouille intégrale (lorsque les moyens utilisés dans le cadre de la fouille simple sont insuffisants, comportant l'obligation de se dévêtir partiellement ou intégralement et consistant en un contrôle visuel de la surface nue du corps, de l'intérieur de la bouche et des oreilles, ainsi que des aisselles et de l'entre-jambes).

Le Contrôleur externe s'exprime contre le principe d'exclure par la loi la soumission de certaines catégories de personnes à certaines formes de contrôles. Evidemment, le Contrôleur externe lui-même et ses représentants ne doivent pas non plus constituer des exceptions.

Il est indéniable que le seul contrôle par un portail électronique détectant du métal n'est pas un outil pertinent si l'on souhaite lutter contre l'introduction de stupéfiants en milieu carcéral.

Le Contrôleur externe renvoie à sa recommandation faite dans la partie des synthèses des priorités en matière de prévention et rappelle qu'il est urgent de finaliser les règlements grand-ducaux déterminant de manière détaillée les modalités de contrôle des différents visiteurs et intervenants.

Le Contrôleur externe souhaite être tenu informé de l'état d'avancement des règlements grand-ducaux et souhaite en obtenir les projets pour pouvoir donner son avis en temps utile. Il souhaite avoir une appréciation quant à la date de finalisation desdits règlements.

(19) Les visiteurs ne faisant pas partie de ces catégories particulières doivent préalablement à leur entrée en prison obtenir une autorisation de visite.

Le Contrôleur externe estime que la fouille simple, de même que la détection électronique ne sont pas les moyens adaptés pour prévenir l'introduction de stupéfiants en milieu carcéral. Il est pour le surplus d'avis que la réalisation d'une fouille intégrale à l'égard d'un visiteur constitue un élément très délicat, susceptible de poser des problèmes au niveau de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ConvEDH), sans parler des efforts

organisationnels et humains nécessaires à la mise en œuvre d'une telle fouille. Une pareille fouille ne devrait être réalisée qu'en cas de suspicion concrète, basée sur des indications objectives.

Parallèlement au fait que potentiellement tous les intervenants doivent pouvoir être contrôlés et fouillés, les outils utilisés pendant ces contrôles doivent être adaptés.

(20) En ce qui concerne les fouilles intégrales, la LAP précise en son article 38(4) que les dévêtements doivent se réaliser en deux temps.

A ce sujet, les informations obtenues de la part de l'équipe de contrôle sont quasi unanimes pour dire que ce principe n'est pas respecté, ni par les gardiens de la prison, ni par les agents de la Police grand-ducale.

Le Contrôleur externe souhaite que cette disposition soit rigoureusement respectée et recommande aux autorités pénitentiaires et policières de rappeler ce principe à leurs agents.

(21) Suivant l'avis du Contrôleur externe, les moyens de contrôle à disposition des centres pénitentiaires doivent être renforcés.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables politiques et pénitentiaires de prévoir pour le CPL et le CPU des systèmes de détection de stupéfiants électroniques (souvent combinés à la détection d'armes ou d'explosifs), que ce soient des portails⁴² ou des détecteurs portables fonctionnant par spectrométrie à mobilité ionique.⁴³ Les détecteurs fonctionnant par spectrométrie à mobilité ionique permettent de détecter des traces notamment de stupéfiants sur le corps, les affaires ou vêtements et pourraient constituer une base légitime à la réalisation de fouilles intégrales.

Au vu de la configuration particulière du CPG et de son mode de fonctionnement, ce type d'équipement s'avérerait inefficace et inadapté au CPG.

En alternative ou en complément, il est recommandable de mettre en place un groupe canin propre aux centres pénitentiaires. Rien ne s'oppose à prévoir un groupe canin commun aux 3 centres pénitentiaires.

(22) L'équipe de contrôle a été informée qu'il y avait un dispositif près des toilettes des visiteurs permettant de se débarrasser des drogues qu'un visiteur avait prévu d'introduire au CPL. Une affiche sur les principales sanctions pénales applicables aurait été exposée à proximité. Ce dispositif aurait été enlevé.

Le Contrôleur externe se pose des questions sur les raisons ayant conduit à la suppression de ce dispositif susceptible de contribuer à la prévention d'introduction de stupéfiants en milieu carcéral. L'administration pénitentiaire, dispose-t-elle de chiffres sur l'utilisation de ce dispositif ?

⁴² Voir <http://thruvision.com/>

⁴³ éducol (2011).

Il souhaite avoir de plus amples renseignements sur les expériences faites avec ce dispositif.

4.3.2. Contrôles des marchandises.

(23) La prison est loin d'être un milieu clos. A titre d'exemple, le Contrôleur externe souhaite préciser qu'il y a environ 10 à 12 camions qui entrent et sortent à l'enceinte du CPL uniquement pour le fonctionnement de la buanderie. Celle-ci nettoierait environ 9 tonnes de linge par jour⁴⁴, ce qui donne un aperçu des quantités qui doivent y être livrées. La cantine des détenus est alimentée par 2 à 3 camions par jour et la cuisine est livrée quotidiennement par 2 à 4 camions avec 10 à 12 palettes.

Un relevé d'une journée aléatoirement choisi a montré que le portier du CPL a ouvert le portail à 200 reprises. Les entrées et sorties quotidiennes sont chiffrées à 1000, suivant les informations reprises par l'article apparu au *Journal*.⁴⁵

Au vu des quantités de marchandises entrant tous les jours au CPL, (et au CPG, même si ce n'est pas directement comparable) la tâche du contrôle de ces marchandises est primordiale dans la lutte contre la toxicomanie.

L'équipe de contrôle a inspecté le bureau du service colis où tous les colis envoyés aux détenus sont contrôlés.

Les conditions de travail semblent difficilement vivables et la tâche pénible à réaliser avec les moyens mis à disposition. Toutes les affaires entrant au service du colis sont scannées, mais il est très compliqué de détecter tous les objets et surtout les stupéfiants qui peuvent avoir été dissimulés notamment dans les vêtements envoyés aux détenus.

Le Contrôleur externe est d'avis que des moyens électroniques plus performants doivent être mis à disposition du service du colis, permettant de détecter plus facilement des substances dissimulées.

Le Contrôleur externe estime également qu'il serait pertinent de faire contrôler les colis par des chiens de détection, raison supplémentaire qui le pousse à recommander un groupe canin propre à l'administration pénitentiaire.

(24) Les agents du service du colis essaient d'accomplir leur tâche au mieux avec les moyens à leur disposition. Ce travail est cependant anéanti par le fait qu'un poids lourd puisse entrer dans l'enceinte du CPL en livrant plusieurs tonnes des marchandises, voire de linge, et que ces marchandises ne sont que sommairement scannées, voire contrôlées une fois qu'elles sont à l'intérieur de l'enceinte de la prison.

Le Contrôleur externe est conscient qu'il est difficile de remédier à cette situation. L'idéal serait en effet de construire un grand hall, à l'extérieur de la prison où la marchandise puisse être contrôlée correctement avant qu'elle ne soit introduite en prison.

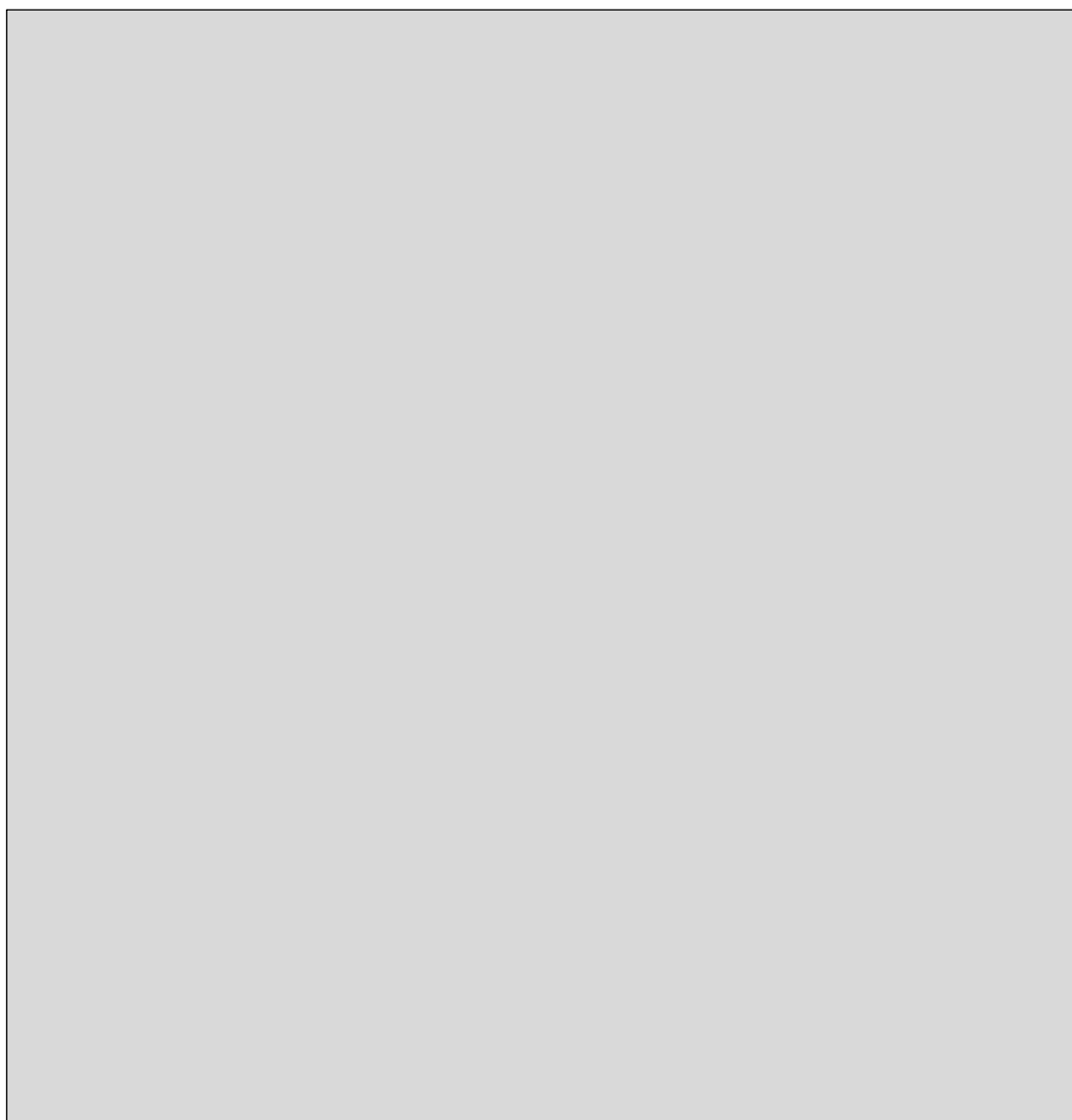
Également à cet endroit, le recours à un groupe canin pourrait s'avérer utile.

⁴⁴ Karger (2019).

⁴⁵ Karger (2019).

Même si la problématique sera en principe de moindre gravité au CPU, en raison d'une plus grande fluctuation de la population rendant l'organisation des trafics illégaux plus compliqué, le Contrôleur externe souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les dispositifs prévus au CPU pour réaliser le contrôle des colis et des marchandises.

Il invite par ailleurs les responsables pénitentiaires à analyser les possibilités d'aménagement permettant d'instaurer des contrôles de marchandises à l'extérieur de l'enceinte de la prison.



4.4. Prévention de trafic et de consommation de stupéfiants

Si les stupéfiants ont, malgré les contrôles réalisés, été introduits en milieu carcéral, il y a lieu de prévenir le trafic et la consommation.

Cette prévention se fait avant tout par le biais des contrôles des détenus et des infrastructures.

4.4.1. Contrôles des détenus.

(26) L'article 38(5) de la LAP précise que les fouilles des détenus peuvent être réalisées à l'admission, à chaque entrée ou sortie du détenu et de manière générale pendant son séjour au centre pénitentiaire.

A ce sujet, l'équipe de contrôle a été informée à de nombreuses reprises qu'une fouille intégrale est réalisée à la sortie du détenu pour se rendre au tribunal (par les agents pénitentiaires et par les agents de la Police) et au retour au CPL et ceci même s'ils ont été accompagnés à tout moment par un agent de la Police. Dans ce cas de figure, le Contrôleur externe se pose la question si la fouille est vraiment indispensable, de même que les fouilles réalisées par différents acteurs.

Les modalités précises d'exécution des fouilles doivent encore être déterminées par règlement grand-ducal.

Le Contrôleur externe rappelle qu'il faut d'adopter les règlements grand-ducaux déterminant les modalités d'exécution des fouilles dans les meilleurs délais. Il souhaite être tenu informé de l'état d'avancement des règlements grand-ducaux et souhaite en obtenir les projets pour pouvoir donner son avis.

Il invite les autorités pénitentiaires à réévaluer si la procédure actuellement appliquée est indispensable ou si des modifications peuvent être apportées pour réduire le nombre de fouilles réalisées à l'occasion des extractions.

(27) Les détenus font également l'objet d'une fouille après avoir reçu de la visite. Un contexte particulier est créé par l'article 23(2) de la LAP qui introduit la possibilité d'avoir des visites hors la présence d'un membre du personnel de l'administration pénitentiaire. Ceci constitue l'une des majeures nouveautés apportées par la réforme pénitentiaire de 2018.

Le Contrôleur externe est d'avis que les visites familiales (avec des membres de la famille, partenaires de vie ou enfants), mais aussi les visites intimes constituent un élément primordial à la préservation des liens sociaux et par là, à une réinsertion réussie.

Il soutient dès lors la mise en œuvre de ces visites hors surveillance et recommande d'élargir l'offre en ce domaine.

(28) Plusieurs détenus rencontrés lors des visites sur place ont rapporté qu'ils avaient déjà bénéficié de visites hors surveillance, mais que premièrement, les agents pénitentiaires avaient comme instruction de venir contrôler à des intervalles réguliers et que deuxièmement, les agents interdisaient formellement toutes relations intimes.

A ceci, il s'ajoute que les détenus concernés auraient fait l'objet d'une fouille intégrale après la visite.

Si le Contrôleur externe peut comprendre la démarche de réaliser une fouille intégrale après ces visites non surveillées, notamment pour prévenir l'introduction de stupéfiants ou d'autres objets illicites, les deux autres circonstances ne trouvent pas son approbation.

Les visites hors présence d'un agent pénitentiaire doivent, comme leur nom l'indique, se dérouler hors la surveillance d'un membre du personnel de l'administration pénitentiaire. Les agents doivent dès lors s'abstenir de tout contrôle pendant la visite.

Les conditions pour pouvoir bénéficier d'une pareille visite sont actuellement déterminées par une instruction de service interne du CPL. Celle-ci précise que le CPL ne dispose pas « *encore de locaux appropriés à des visites non surveillées qui permettent aux couples de passer du temps en toute intimité. Les détenus et leurs visiteurs sont donc priés de veiller à faire preuve d'un comportement décent pendant les visites non surveillées. Il est rappelé que suivant l'article 23 (4) de la loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, les visites peuvent être interdites dans l'intérêt du bon ordre du centre pénitentiaire.* ».

Il est évident que les parloirs individuels ne constituent pas le cadre idéal pour les visites familiales ou les visites intimes. Néanmoins, le Contrôleur estime que la réforme pénitentiaire a ouvert la voie pour ce genre de visites, de sorte qu'elles doivent pouvoir être mises en œuvre, sans restrictions particulières, du moins, lorsque les conditions fixées au niveau des liens entretenus sont rencontrées.

Au plus tard au moment des réaménagements effectués après l'ouverture du CPU, les locaux destinés à ces visites doivent être améliorés ou adaptés.

Il est à souligner que le Luxembourg se situe à ce point très loin derrière d'autres pays qui ont depuis longtemps mis en place, notamment des unités de vie familiale (UVF), permettant aux détenus de passer des moments avec leur famille ou partenaire en dehors de toute surveillance et ceci pendant bien plus longtemps qu'une demi-heure.

A titre d'exemple, en France, les UVF permettent d'organiser des visites tous les deux mois sur un maximum de 72 heures⁴⁶, en Belgique, les visites en intimité durent au moins 2 heures et peuvent être organisées une fois par mois.⁴⁷

Le maintien des relations avec l'extérieur et avec ses proches constitue un facteur clé dans la réinsertion. La sexualité pendant l'incarcération ne doit pas être un sujet tabou, mais doit être considéré comme un élément faisant partie intégrante des droits au respect de la vie privée et familiale découlant de l'article 8 de la ConvEDH.

Le Contrôleur externe recommande d'accorder une attention particulière au développement des visites hors surveillance. Celles-ci doivent devenir une partie intégrante des droits des détenus et représenter des vrais moments d'intimité pour les détenus avec leur partenaire ou avec leur famille.

A cette fin, l'option de conception d'unités de vie familiale doit être analysée.

Il demande à être tenu informé des suites réservées à cette recommandation et savoir si des réflexions ont déjà été menées sur ce point et si des pistes concrètes pour le futur se sont dessinées.

(29) Les tests de dépistage réalisés, voire les sanctions qui s'en suivent, peuvent également avoir un effet de dissuasion et contribuer à prévenir la consommation de stupéfiants en milieu carcéral. L'effet de dissuasion est évidemment tributaire des

⁴⁶ Sénat - Service des études juridiques (2006).

⁴⁷ Service public fédéral Justice.

conséquences qu'un test positif peut entraîner. D'après de nombreux témoignages, les sanctions appliquées ne seraient pas sévères.

Au niveau des sanctions, il y a lieu de distinguer le CPL et le CPG. Suivant les informations obtenues au cours des entretiens, les détenus se voient infliger un retrait de sept jours de pécule de base en cas de dépistage de THC. Pour l'héroïne et la cocaïne, les sanctions sont d'autant plus sévères ; à savoir un retrait du pécule de base de 14 jours et un enfermement en cellule pour 14 jours. Cette dernière mesure peut être combiné avec retrait de leur appareil télévisé.

Il est regrettable que les données communiquées sur les sanctions disciplinaires ne mentionnent pas la nature des sanctions prononcées, permettant de tirer des conclusions sur leur effet de dissuasion.

Le Contrôleur externe est conscient que les mesures que l'administration pénitentiaire peut prendre sont limitées. Il faudra néanmoins analyser comment les mesures pourraient être adaptées. Il est surtout avancé que l'isolement rendrait les consommations plus faciles, ce qui est évidemment l'effet contraire que celui souhaité. Le Contrôleur externe donne à penser que le volet de la toxicomanie et de sa prise en charge aurait sa place dans le PVI qui pourrait constituer la motivation nécessaire pour réduire les consommations.

(30) Concernant la réalisation de tests d'urines, il a été rapporté à l'équipe de contrôle qu'il s'écoule souvent un grand laps de temps entre l'annonce dudit test au détenu et sa réelle passation.

Il est évident qu'une pareille procédure laisse le temps au détenu concerné de se préparer et de se procurer le cas échéant les moyens pour falsifier le test.

Le Contrôleur externe recommande de clarifier les procédures relatives à la passation de tests d'urines sur ce point et de veiller à ne pas annoncer la réalisation d'un test d'urines trop tôt au détenu.

(31) Au CPG, il a été critiqué que les tests d'urines ne seraient pas analysés en présence des détenus, comme ce serait toutefois le cas au CPL.

Cette procédure engendre une grande méfiance et nourrit une atmosphère malveillante et conspiratrice dans le chef des détenus.

Le Contrôleur externe recommande de procéder à l'analyse des tests d'urines en présence des détenus, sauf si le comportement du détenu demande des précautions particulières pour le maintien de la sécurité et le bon fonctionnement de la prison.

(32) La consommation de *Spice* représente un grand problème au CPG. Les détenus sont de plus en plus tentés de consommer ces cannabinoïdes synthétiques, parce qu'ils sont très difficiles à détecter et que leur consommation reste de ce fait souvent impunie, faute de preuves, même si les symptômes ne passent pas inaperçus.

La composition exacte changerait en effet trop souvent pour que les analyses basiques permettent d'identifier les molécules. Des analyses plus poussées auraient un coût trop élevé pour être demandées systématiquement.

Ces considérations budgétaires peuvent cependant avoir des conséquences dramatiques sur la sécurité des prisons et sur la santé des détenus. Si le *Spice* n'avait pas la réputation d'être indétectable, sa consommation baisserait sans aucun doute.

Pour contribuer à la lutte contre la toxicomanie, le Contrôleur externe recommande de se concerter avec les responsables du Ministère de la Santé et du laboratoire national sur les démarches et précautions à prendre. Il est d'avis que les autorités pénitentiaires devraient envoyer systématiquement les substances trouvées au laboratoire pour permettre au laboratoire de constituer une base de données, qui peut servir à analyser de nouveaux échantillons trouvés sur les sites et par là également permettre de détecter les substances consommées dans les urines.

Il rend également attentif au fait que le principal fournisseur de tests de stupéfiants des centres pénitentiaires *Nal von Minden* propose un test d'identification de substances suspectes, censé identifier les cannabinoïdes synthétiques. Il propose également un test de dépistage rapide pour *Spice*.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables du CPG et, si le besoin se montrait au CPL et ultérieurement au CPU, d'avoir recours à ces moyens de détection pour réagir utilement au phénomène de la consommation de *Spice* et de créer un effet dissuasif en la matière.

(33) Le Contrôleur externe s'interroge sur les risques médicaux qui peuvent se présenter après une consommation de stupéfiants et des modalités de surveillance qui pourraient s'imposer. A part les sanctions qui sont prononcées suite à un test positif, il ne semble pas y avoir de précautions particulières. Ceci vaut de la même manière pour le CPL et le CPG.

Au CPG, il s'ajoute que le détenu, pour lequel un transfert au CPL a été ordonné, est placé dans une cellule d'isolement jusqu'au moment de son transfert et que le CPG ne dispose même pas de locaux d'infirmerie où une surveillance pourrait être réalisée.

Le Contrôleur externe est d'avis que cette situation est hautement dangereuse et se pose la question de la responsabilité de l'Etat en cas d'incident indésirables auprès une consommation détectée. Il souhaite avoir une prise de position des services médicaux quant aux risques de santé suite à une consommation de stupéfiants et les modalités de surveillance qui seraient nécessaires.

(34) Au CPG, la question des sanctions se présente sous un angle différent, alors que le retransfèrement au CPL s'ajoute comme conséquence possible d'une consommation.

En ce qui concerne le retransfèrement au CPL comme conséquence à un test positif, l'équipe de contrôle a reçu de nombreuses prises de position et avis différents.

Le Contrôleur externe est d'avis qu'il importe de distinguer deux principaux cas de figure :

- un détenu qui consomme occasionnellement pour son plaisir sans se soucier des conséquences ;

- un détenu qui souffre d'une dépendance et qui lutte activement contre sa toxicomanie.

Dans le premier cas de figure, le Contrôleur externe partage l'avis qu'un retransfèrement au CPL puisse être une mesure nécessaire. Le séjour au CPG doit être considéré comme une opportunité dans le parcours carcéral du détenu, offrant une préparation adaptée à la vie à l'extérieur dans un cadre plus agréable avec des restrictions minimales. Si les règles ne sont pas respectées, un retour au CPL peut constituer une conséquence adaptée.

Dans le deuxième cas de figure cependant, le Contrôleur externe souhaite exprimer ses réserves. Il est d'avis que les rechutes doivent être considérées comme partie quasi intégrante d'une thérapie. Il serait complètement illusoire de penser qu'une personne souffrant depuis longtemps d'une dépendance puisse d'un jour à l'autre devenir abstinente, contrôler sa consommation ou se contenter de la consommation des produits de substitution (si un pareil traitement existe).

Il s'ajoute que le CPG est souvent synonyme d'un élargissement qui s'approche, ce qui est un facteur de stress non négligeable pour les détenus, alors qu'un élargissement est synonyme d'une autonomie et d'une multitude de responsabilités que les détenus ne devaient pas assumer pendant leur incarcération (obligations familiales, professionnelles, pécuniaires, logement, etc.). Ces défis seront analysés plus amplement dans le prochain chapitre.

Actuellement, la Direction du CPG semble afficher plutôt une politique de tolérance zéro en ce qui concerne la consommation de drogues dures, tandis que l'exécution des peines semble avoir longtemps toléré un « faux pas » et avoir eu recours à un avertissement en cas d'une première consommation.

Cette approche aurait cependant donné l'impression aux détenus qu'ils disposeraient d'une « carte blanche » pour consommer une fois, sans qu'ils n'aient à craindre des répercussions particulières.

Cet effet est évidemment contreproductif et certainement pas celui qui était recherché en appliquant ce principe.

A l'heure actuelle, il semblerait que la tendance soit plutôt de prononcer un retour immédiat après une consommation. Une exception semble être faite si le détenu se trouve à brève échéance de son élargissement.

Le Contrôleur externe estime qu'il serait plus adapté d'évaluer les situations au cas par cas. Le principe actuel, souhaitant appliquer les mêmes règles à tous les détenus, ne donne pas satisfaction aux différences de comportement et d'attitude qui peuvent exister d'un détenu à l'autre.

Comme mentionné, le Contrôleur externe est d'avis qu'il faut faire une distinction entre les détenus qui consomment pour le « plaisir », sans se soucier des conséquences, et des détenus qui souffrent de manière connue d'une dépendance et qui suivent des thérapies pour lutter contre la toxicomanie. Dans ce dernier cas, le travail réalisé devrait être pris en compte, l'avis des spécialistes et thérapeutes devrait être consulté et la consommation devrait être analysée de manière individuelle.

Il ne s'agit pas d'une application inégale de la loi ou des procédures, mais d'une approche différenciée prenant en compte tous les éléments et circonstances, telle qu'elle est également appliquée pour l'individualisation des peines.

Le Contrôleur externe recommande de mettre en œuvre une approche différenciée en matière de sanction de consommation de stupéfiants au CPG, notamment en ce qui concerne les bases sur lesquelles reposent la décision de transférer un détenu au CPL. Le principe d'individualisation peut évidemment aussi s'appliquer au CPL et dans le futur également au CPU.

(35) Si un retour au CPL est prononcé, la décision de retour mentionne le délai après lequel le détenu peut faire une nouvelle demande pour retourner au CPG.

Le Contrôleur externe est d'avis qu'une pareille indication est contreproductive, alors qu'on laisse immédiatement sous-entendre que le détenu a le droit d'y retourner.

Si l'on considère qu'une approche différenciée est appliquée et que seuls les détenus pour lesquels un retransfèrement a été jugé indispensable en fonction des circonstances, le Contrôleur externe est d'avis que l'indication à partir de quand le détenu peut éventuellement retourner au CPG émet un mauvais signal et dénigre la valeur du CPG. Le transfert au CPG est une faveur et il est dans l'intérêt d'une bonne prise en charge des détenus au CPG que les détenus qui s'y trouvent le considèrent comme telle et qu'ils s'impliquent dans la préparation de leur réinsertion et dans les activités mises en place.

Les détenus prendraient davantage conscience que le séjour au CPG constitue une chance, la saisiraient davantage et s'impliqueraient plus dans la préparation d'une réinsertion réussie. Ceci pourrait également contribuer à une diminution de la consommation de stupéfiants sur le site du CPG. Actuellement, plusieurs détenus ont rapporté décliner la possibilité d'être transférés au CPG parce que l'exposition aux drogues serait trop importante et le risque d'une rechute trop élevé. De pareilles affirmations en disent long sur la situation et la réputation du site et illustrent le besoin d'agir.

Le Contrôleur externe se prononce en faveur d'une revalorisation du CPG et des valeurs qu'il représente. Pour les raisons évoquées, il recommande de ne pas indiquer systématiquement un délai à partir duquel le détenu peut de nouveau demander à être transféré au CPG, pour ne pas présenter l'éventualité d'un retour au CPG comme une évidence.

4.4.2. Contrôles des infrastructures.

(36) Les contrôles sont indispensables pour maintenir l'ordre et la sécurité dans un centre pénitentiaire et pour lutter contre le trafic et la consommation de stupéfiants.

A côté des contrôles réalisés auprès des détenus pour prévenir la consommation et le trafic de stupéfiants en prison, les responsables pénitentiaires peuvent également effectuer des contrôles des infrastructures des prisons.

Cette partie concerne davantage le CPL alors que le CPG, au vu de la taille du terrain et du caractère ouvert de la prison ne peut pas effectivement lutter contre la consommation et le trafic en contrôlant les infrastructures.

Les infrastructures dans leur ensemble, à savoir les parties communes et cellules des détenus font régulièrement l'objet de contrôles réalisés par le biais du groupe canin de la Police grand-ducale et/ou de l'administration des douanes.

En moyenne, 12 à 20 de pareils contrôles seraient organisés par an. Suivant l'ampleur du contrôle, celui-ci peut viser entre 12 et 20 cellules et concerner en outre les lieux de travail, les infrastructures sportives, l'école ou les locaux de visite.

Les contrôles ne sont pas annoncés en avance. Cependant, il semblerait que les chiens aboient beaucoup en sortant des voitures, de sorte que les détenus sont prévenus bien avant l'arrivée des chiens aux blocs.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables pénitentiaires de se concerter avec les responsables de la Police grand-ducale et de l'administration des douanes et accises pour déterminer si cet inconvénient peut être évité, notamment par une organisation différente des contrôles.

Il souligne toutefois également qu'un groupe canin propre à la prison serait de nature à réduire sensiblement ce problème.

(37) Si les chiens signalent la présence de stupéfiants, un test d'urines est ordonné. En fonction des résultats des tests, des mesures disciplinaires sont prises à l'encontre des détenus fautifs.

Si des stupéfiants sont trouvés à la visite, ce qui serait le cas pour environ la moitié des contrôles, des interrogatoires sont directement réalisés au CPL, par le SREC de Grevenmacher.

Les endroits de passage, accessibles à tous les détenus, notamment aussi le hall sportif, constituent sans surprise des points d'échange de stupéfiants.

A l'école du CPL, les chiens signaleraient presque toujours la présence de stupéfiants, sans que ces derniers n'y soient forcément trouvés. Ceci montre clairement que l'école est l'un des points d'échange et qu'elle mérite de ce fait une attention particulière.

Tous ces endroits devraient être contrôlés de manière particulière si l'on souhaite prévenir le trafic de stupéfiants. Or, le Contrôleur externe a l'impression que ces contrôles ne sont pas mis en œuvre de manière optimale.

En ce qui concerne le hall sportif, l'équipe de contrôle a noté que les fouilles ont souvent lieu les vendredis après-midi. Or, en consultant les plans d'occupation du hall sportif, on constate que les détenus fréquentant la salle à ce moment-là sont des détenus où la probabilité qu'un trafic ait lieu sont minimales.

Le moment des contrôles devrait être choisi différemment si l'on souhaite que les contrôles puissent utilement remplir leur fonction et ne pas constituer des contrôles alibi.

Le Contrôleur externe recommande de planifier les contrôles en fonction des probabilités de trafic effectif. Les sections où les problèmes de trafic et de consommation sont plus élevés sont généralement bien connues, de sorte qu'il devrait être faisable d'organiser les contrôles en fonction.

(38) Les cellules des détenus font également l'objet de contrôles, que ce soit par le biais du groupe canin de la Police ou de la douane ou par le biais de contrôles réalisés par les gardiens de la prison.

Un problème qui concerne tous les contrôles cellulaires indépendamment de leur acteur est le fait que les détenus stockent souvent énormément d'affaires dans leurs cellules. Ni les agents pénitentiaires, ni les policiers ou douaniers ne peuvent réaliser des contrôles efficaces si les cellules sont surchargées.

L'équipe de contrôle a eu connaissance qu'un règlement grand-ducal visant notamment à réglementer les quantités d'affaires personnelles qu'un détenu peut garder dans sa cellule serait en cours d'élaboration.

Le Contrôleur externe ne s'oppose pas à une pareille réglementation valable pour les trois prisons, même si des différences de régime peuvent être appliquées, sous réserve de ne pas porter des restrictions disproportionnées aux droits des détenus.

Il souhaite avoir connaissance du projet de règlement grand-ducal pour pouvoir donner son avis en temps utile.

(39) Outre le fait que les détenus stockent souvent énormément de choses dans leur cellule, la tâche de l'inspection cellulaire est compliquée par les connaissances des substances qu'il faut avoir pour pouvoir détecter et identifier des substances illicites.

S'agit-il de cocaïne, d'héroïne ou de *Spice* ou alors de levure chimique, de thé, de sucre ou de farine ?

La tâche de trouver et de reconnaître les substances n'est pas aisée et elle n'est pas facilitée par le fait que les agents n'ont pas beaucoup de temps à leur disposition pour réaliser des contrôles dans des conditions qui ne sont pas optimales dès le départ.

Le Contrôleur externe est d'avis que les agents amenés à procéder à des inspections cellulaires doivent profiter d'une formation, régulièrement mise à jour, pour repérer et déterminer au mieux les substances suspectes.

(40) A côté de ces connaissances personnelles pour faciliter leur détection, les substances trouvées doivent pouvoir être analysées le plus rapidement et le plus facilement possible.

En l'état, si les agents du CPL trouvent une substance suspecte, celle-ci est saisie et directement analysée au sein du CPL, doté d'un appareil pouvant analyser et déterminer les substances les plus fréquentes. Il en est autrement du CPG qui ne dispose, à l'heure actuelle, d'aucun dispositif technique permettant d'analyser les substances trouvées.

Ceci freine, de manière plus ou moins consciente, les contrôles réalisés dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, alors que les procédures lentes et lourdes sont moins facilement enclenchées.

En plus, une analyse rapide des substances permet de prendre les mesures qui s'imposent dans les plus brefs délais.

Si l'on souhaite qu'un réel contrôle soit réalisé en matière de lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, l'administration pénitentiaire et les autorités politiques doivent donner les moyens nécessaires à leurs agents pour ce faire. A cette fin, des cellules qui ne sont pas surchargées et un appareil procédant à l'analyse des substances trouvées sont des éléments indispensables.

Le Contrôleur externe recommande de doter, dans les meilleurs délais, le CPG d'un appareil similaire à celui installé au CPL pour pouvoir procéder, dans l'immédiat à l'analyse des substances suspectes trouvées sur le site. Il souhaite être renseigné sur le délai dans lequel il est envisageable que le CPG soit équipé dudit matériel.

(41) Au CPL, les inspections cellulaires sont réalisées ou bien par les agents du bloc ou bien par les agents du IR.

L'équipe de contrôle a remarqué qu'il existe un flou en ce qui concerne les compétences pour décider d'une pareille inspection. Si certains agents procèdent à leur libre initiative aux contrôles des cellules, déterminées informatiquement en fonction du délai du dernier contrôle subi, d'autres agents adressent préalablement une demande au service de détention.

Certains agents ont regretté qu'il y ait trop de procédures et trop d'intermédiaires pour réaliser efficacement les contrôles, surtout en cas d'indices ou de suspicions concrètes.

Ainsi, il serait déjà arrivé que les gardiens du bloc aient dénoncé un trafic ou une consommation au service de détention de la Direction pour pouvoir procéder à un contrôle, mais qu'il leur aurait été suggéré de procéder au contrôle seulement quelques jours plus tard.

Une pareille procédure serait évidemment contreproductive en matière de lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants et dénigrerait le travail réalisé par le personnel de garde.

Le Contrôleur externe estime qu'il est important de clarifier (et le cas échéant de simplifier) les procédures en la matière. Les procédures devraient être appliquées de la même manière d'un bloc de détention à l'autre et tous les acteurs devraient être conscients de leurs droits et responsabilités. Le cas échéant, une procédure spéciale réglant les cas d'urgence, ou les situations de suspicion concrète devrait être élaborée, permettant aux agents du bloc de réagir, de manière adaptée, dans l'immédiat.

(42) Toutes les fouilles cellulaires sont réalisées en dehors de la présence des détenus. Les détenus se trouvent ou bien à l'école ou au travail ou il leur est demandé de patienter dans la salle commune du bloc ou dans les douches pendant la durée du contrôle.

Or, le Contrôleur externe estime qu'il est légitime de vouloir assister à l'inspection de son espace privé. La procédure actuelle crée beaucoup de tensions et alimente un sentiment de méfiance et d'injustice dans le chef des détenus.

Le cadre légal actuel ne prévoit que la possibilité de procéder à de pareils contrôles et renvoie à un règlement grand-ducal pour en déterminer les modalités.

Le Contrôleur externe rappelle qu'il est urgent de finaliser le règlement grand-ducal en question afin d'accorder aux détenus les garanties réglementaires et procédurales nécessaires en cette matière et enfin agir conformément à des règles transparentes permettant d'éviter tout sentiment d'arbitraire, néfaste à une exécution de peine sereine.

Les règles pénitentiaires européennes stipulent d'ailleurs que les inspections cellulaires doivent être réalisées en présence des détenus.

Le Contrôleur externe souhaite que ce principe soit instauré par le règlement grand-ducal censé régler notamment les modalités des fouilles cellulaires. Le Contrôleur externe ne s'oppose pas à l'insertion de quelques exceptions à ce principe général, notamment en cas de comportement inadapté du détenu lors du contrôle réalisé ou encore, au CPG, lorsque les heures de travail d'un détenu en semi-liberté rendent un contrôle en présence du détenu irréalisable.

(43) Le comportement du détenu en cas de fouille cellulaire, voire en cas de fouilles couronnées de succès, n'est pas prévisible, ni lorsque le contrôle est réalisé en dehors de sa présence, ni lorsque le détenu peut assister au contrôle.

Les échos quant aux comportements affichés par les détenus dans ces situations varient. La tendance semble être que la majeure partie des détenus reste calme lorsqu'il y a un contrôle, même si une substance illicite est trouvée. Néanmoins, si les détenus réagissent mal, il semblerait que le degré d'agressivité affiché ait augmenté au cours des dernières années.

Le Contrôleur externe est d'avis qu'en cette matière il est important d'être à l'écoute des agents. Tous les membres du personnel d'un centre pénitentiaire sont conscients du milieu dans lequel ils travaillent et il est légitime de requérir de leur part un seuil de tolérance au-dessus de la norme en matière de transgressions comportementales. Il peut dès lors légitimement être attendu des gardiens de ne pas solliciter la Direction pour des dérapages mineurs. Néanmoins, également en milieu carcéral, il faut réagir si certaines limites sont franchies. Ceci vaut évidemment pour des transgressions physiques, mais également pour des dépassements verbaux.

Les conditions de travail des gardiens sont indissociables du traitement des détenus et de la sérénité de l'exécution de peine. Pour cette raison, le Contrôleur externe est d'avis que toutes les dénonciations faites par les gardiens en matière d'agression verbale ou physique méritent une attention particulière et une réponse l'informant des suites y réservées doit en tout état de cause être donnée à l'agent concerné.

Alors que le contrôleur externe reconnaît qu'il est totalement illusoire de penser que l'administration pénitentiaire puisse empêcher toute introduction de stupéfiants en milieu carcéral, il importe de s'intéresser à la prise en charge réalisée en milieu carcéral pour réduire au minimum les effets négatifs que le trafic et la consommation de stupéfiants peuvent avoir pour tous les concernés.

Les sections suivantes s'intéresseront davantage à ces volets.

4.4.3. Prise en charge par le Programme TOX.

(44) Le Programme TOX a été officialisé en 2007 et remplit des missions de sensibilisation, d'information et d'éducation de la population carcérale au sens large. Au CPL, l'offre est composée de sessions en groupe axées sur la prévention, notamment celles traitant les risques de rechute.

Généralement, l'écho de la part des détenus concernant les activités du programme TOX était assez mitigé. En effet, même si certaines activités du programme TOX constituaient une activité bienvenue pour certains détenus (et surtout pour les prévenus), les détenus ont fait part à l'équipe de contrôle de deux inconvénients majeurs, à savoir la fréquence des activités (lors des interviews aucune activité n'avait été proposée pendant plus de quatre mois) et de la stigmatisation résultant du nom du programme.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables de réduire les laps de temps entre les activités de prévention et salue le projet de changement du nom de programme qui mettra l'accent sur une prise en charge générale des addictions et non seulement sur les stupéfiants.

(45) Au CPG, l'offre en matière de prévention est plus variée, sachant qu'elle n'est pas limitée à des sessions axées sur la rechute, mais porte également sur des événements de sensibilisation directement liés à un produit illicite (au « *Spice* » le cas échéant).

Le Contrôleur externe salue ce genre d'initiatives et suggère aux responsables du CPL de mettre en place des événements similaires.

4.5. Prévention de la transmission de maladies infectieuses

4.5.1. Prise en charge somatique

(46) Un examen médical d'entrée est effectué pour tout détenu au plus tard 24h après leur arrivée au CPL. Tous les détenus amenés au CPL disposent en outre d'un certificat récent d'aptitude à la détention établi par un médecin externe au centre pénitentiaire.

L'équipe s'occupant des maladies infectieuses fait partie de l'unité de médecine somatique du CHL, le SMPP en charge du volet des dépendances du CHNP. L'établissement d'un bilan médical est proposé à tout nouvel arrivant.

L'examen médical est complété par un test sanguin, un fibroscan ou encore une radiographie afin de détecter la potentielle présence d'anticorps contre des maladies infectieuses telles que l'hépatite C, la syphilis ou encore la tuberculose. Ainsi, les médecins en charge analysent près d'une cinquantaine de détenus par mois. Si les résultats sur la présence d'anticorps sont négatifs, par exemple pour les hépatites A et B, les détenus sont vaccinés s'ils le souhaitent. L'offre de vaccination est complétée

par une prise en charge par un infectiologue afin de prévenir une propagation de la maladie.

(47) Avec près de 720 vaccinations en moyenne par an pour la période de 2013 à 2017, le nombre de vaccinations reste relativement stable même si l'on peut constater une hausse de 20% entre 2016 et 2017. Cette hausse est due à un accroissement des vaccinations contre l'hépatite B (Engerix), Twinrix (A et B) et Epaxal (hépatite A).

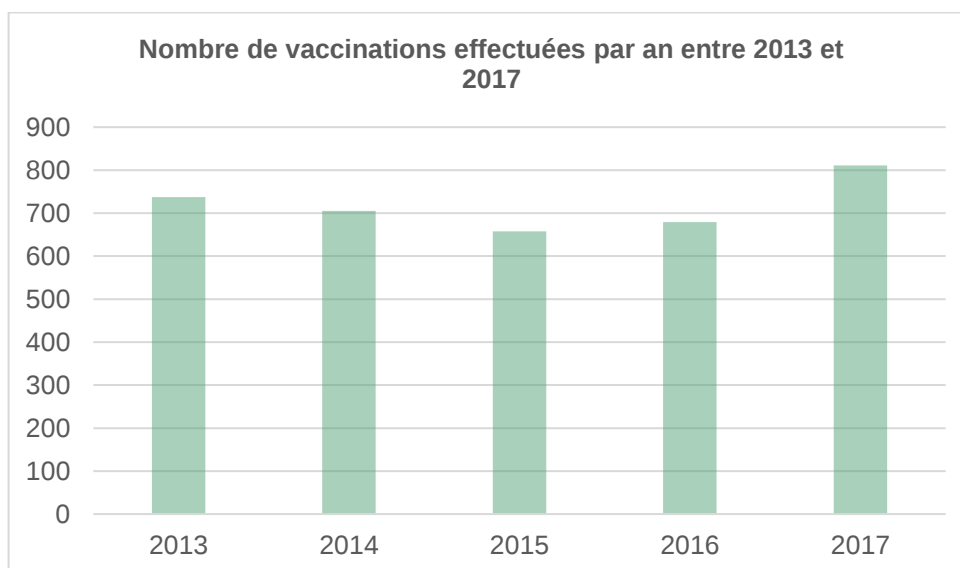


Figure 16: Nombre de vaccinations effectuées par an entre 2013 et 2017 (CPL)

Ces chiffres sont régulièrement transférés au comité de surveillance du Sida, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles de sorte à lui permettre d'établir des mesures au niveau national plus pertinentes dans la lutte contre les maladies faisant partie de ses attributions.

Le Contrôleur externe félicite l'équipe médicale pour la prise en charge complète proposée en cette matière et pour le taux de vaccination élevé.

(48) En outre, les médecins en charge ont confirmé à l'équipe de contrôle que certains traitements contre les hépatites étaient finalisés et ceci même si la personne malade était écartée du pays.

Le Contrôleur externe salue fortement cette approche et en remercie sincèrement les décideurs.

(49) Même si une offre médicale est également proposée aux détenus du CPG, nombreux sont ceux qui refusent suite aux obligations inhérentes à leur travail.

Le Contrôleur externe recommande d'offrir ces mêmes services à Givenich tout en tenant compte des limites engendrées par les obligations professionnelles des détenus du CPG.

4.5.2. Tatoo safe.

(50) Le programme « Tatoo safe » est né en 2017 suite à la rédaction d'un mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université de Santé Publique d'une infirmière du CHL affectée au CPL. Ce mémoire affirmait que près de 60% de la population interviewée au CPL portait des tatouages et que 40% était désireux d'en faire un au sein de la prison. Ces chiffres, tout comme les risques qui découlaient des tatouages clandestins, ont sans nul doute mis en avant la nécessité d'établir un atelier de tatouage au sein de la prison.

Le programme représente une alternative bienvenue et connaît un franc succès parmi les détenus (près de 120 détenus se sont fait faire au moins un tatouage jusqu'à fin novembre 2018⁴⁸), à tel point que le coordinateur n'arrive plus à faire face au nombre croissant de demandes de formation pour avoir le « droit d'exercer ».

De manière générale, les démarches suivantes sont à respecter afin de pouvoir exercer en tant que tatoueur: Tout d'abord, une demande d'exercice est envoyée à la direction du CPL. En cas de réponse positive, le futur tatoueur suit une formation sur les maladies transmissibles. Finalement, les compétences de l'apprenti tatoueur sont affinées à l'aide de tatouages effectués sur de la peau synthétique. Après finalisation de cette formation de base, le tatoueur peut exercer au sein de l'atelier tous les samedis et dimanche en fonction des disponibilités.

Même si selon les dires des responsables et également de la direction du CPL les problèmes rencontrés sont rarissimes, deux défis majeurs persistent. En effet, le premier challenge est plutôt de nature organisationnelle, puisque la direction requiert actuellement la présence d'un infirmier durant les sessions de tatouage.

Dans un soucis d'utilisation propice des ressources, le Contrôleur externe recommande d'opter pour l'introduction d'une présence obligatoire d'un gardien pendant les sessions de tatouages au lieu d'un infirmier. Le gardien pourra faire appel à l'infirmier de service en cas de besoin.

(51) Le deuxième défi est une conséquence directe de transferts *intra-muros*. En effet, certains tatouages sont faits durant plusieurs sessions et quand un détenu se fait transférer au sein de la prison, il est limité aux tatoueurs qui partagent le même bloc. Dès lors, il est impossible de faire finaliser les tatouages par la même personne.

Le Contrôleur externe recommande à la Direction du CPL d'informer les détenus concernés en cas de demande de changement de bloc émanant de leur part.

(52) En général, les retours sur le programme sont très positifs et servent même de référence à l'étranger, d'autant plus que des programmes similaires ont été stoppés en Espagne (2011) et au Canada (2006).^{49,50} A notre connaissance, ils n'existent que

⁴⁸ Direction de la Santé (2018a, p. 14).

⁴⁹ Tran, Dubost, Baggio, Gétaz et Wolff (2018, p. 3).

⁵⁰ Canada Broadcasting Corporation (2006).

deux programmes similaires en Europe, à savoir à Huy (Belgique) et aux Baumettes (France).

Tous comptes faits, le Contrôleur externe félicite les équipes concernées de leur travail exemplaire et de leur contribution à la prévention de transmission et de propagation de maladies.

4.5.3. Programme d'échange de seringues.

(53) Le Luxembourg est un des rares pays au monde à offrir un programme d'échange de seringues.⁵¹ Ledit programme est né en 2005 sous les auspices du service de médecine somatique du CPL et a connu un franc succès depuis, puisque l'infirmerie a distribué plus de 11.500 seringues et plus de 400 kits nominatifs (composés d'acide ascorbique pour dissoudre la drogue à injecter, de cuillères, de tampons d'alcool et d'eau stérile) jusqu'à la fin de l'année 2017.⁵² Les détenus sont informés sur le programme d'échange de seringues dès leur arrivée au CPL par le biais du guide du détenu.

Le Contrôleur externe félicite les responsables de l'instauration de ce programme et salue sa continuité.

(54) Afin de devenir participant au programme, une simple demande écrite au médecin en charge suffit. Ces demandes sont généralement approuvées (à une exception près où un détenu s'est vu refuser la participation vu son obstination à continuer l'utilisation d'une technique de piqûre favorisant la thrombose et la phlébite). Après approbation du médecin, le détenu signe un accord. Néanmoins, aucun dépistage de stupéfiants n'est fait pour déterminer avec certitude si un patient consomme ou pas.

Le Contrôleur externe recommande de vérifier l'exactitude des déclarations faites par l'intéressé, de sorte à éviter que les seringues ne soient détournées de leur fonction (p.ex. troc).

(55) Ensuite, le détenu est convoqué à l'infirmerie où il se fait expliquer les règles du programme et se fait délivrer le premier kit comportant deux seringues stériles. Ces dernières sont particulièrement adaptées aux besoins des consommateurs de stupéfiants puisqu'elles présentent un espace mort extrêmement faible, c'est-à-dire que le volume résiduel après injection est moins important que pour les seringues non stériles. Cela se traduit donc non seulement par une maximisation des effets pour la même quantité d'un produit illicite d'une part, mais également par une forte diminution de risque d'infection de l'autre. En effet, certaines études indiquent que même si les effets menant à une minimisation de la charge virale initiale restent limités, la viabilité de certains virus comme l'hépatite C ou le VIH diminuent fortement suite à l'utilisation de seringues stériles.⁵³

⁵¹ Obradovic (2013).

⁵² Direction de la Santé (2018a, p. 13).

⁵³ Meyer (2015).

Après finalisation des démarches initiales, le détenu peut – chaque fois qu’il a besoin de nouvelles seringues – envoyer une requête écrite au service médical. Subséquemment, le détenu reçoit une convocation à l’infirmierie le jour même afin de procéder à l’échange d’une nouvelle seringue en contrepartie de la remise d’une de ses anciennes seringues.

Selon les dires de l’infirmierie, aucune seringue n’a été déviée de sa véritable finalité (p.ex. en l’utilisant en tant qu’arme blanche). En outre, les gardiens ont confirmé à l’équipe de contrôle que la seule présence d’un kit de seringues dans une cellule n’influencerait aucunement la fréquence des fouilles. Les contrôles seraient d’ailleurs davantage destinés à identifier et cerner les dealers, plutôt que les « petits » consommateurs.

Le Contrôleur externe salue que la mise en évidence en cellule de l’étui contenant les seringues ne représente pas d’office une cible de fouille préférentielle.

(56) L’équipe de contrôle a reçu des informations contradictoires au sujet du fonctionnement du programme d’échange de seringues au CPG. Il semblerait qu’il y ait des difficultés de continuation de ce programme depuis le départ en retraite du médecin initialement en charge dudit programme.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables pénitentiaires et aux médecins pénitentiaires de veiller à la mise en place de ce programme au CPG en cas de détenus demandeurs.

4.5.4. Programme de distribution de préservatifs.

(57) Les activités sexuelles en prison sont une réalité et elles peuvent prendre une multitude de formes et ne peuvent aucunement être empêchées. Le programme de distribution de préservatifs visant à réduire le risque de propagation des MST constitue dès lors un des piliers de la santé carcérale.

Vu son importance, il est impératif de continuer le bon travail réalisé dans le passé qui permet aujourd’hui aux détenus d’accéder facilement aux préservatifs et aux lubrifiants.

4.5.5. Tests de dépistage rapide.

(58) Des tests de dépistage rapide VIH/hépatite sont effectués 1x/an lors du « HIV day » où le nombre de participants s’élève à plus ou moins 50 personnes. Environ 20 personnes demandent un dépistage rapide (non systématique) au cours d’une année.⁵⁴

Le Contrôleur externe salue cette pratique, mais recommande d’augmenter la fréquence de cette offre compte tenu du taux de rotation des détenus au cours d’une année.

⁵⁴ Roberty et Meyers (2018, p. 6).

4.5.6. Campagne VIH.

(59) La Croix Rouge luxembourgeoise met à disposition des préservatifs et mène des campagnes d'informations dans le domaine de la prévention VIH. L'équipe de contrôle était consternée d'apprendre que la représentante de la Croix Rouge n'avait plus le droit d'accès à l'infirmerie, mais qu'elle soit obligée de rencontrer la clientèle intéressée dans les parloirs de visite.

Ceci est problématique non seulement d'un point de vue logistique compte tenu des trajets supplémentaires pour les gardiens, mais aussi et surtout pour des raisons de secret médical, alors que les détenus doivent attendre leur tour devant le parloir où ont lieu les entretiens avec le représentant de l'« *Aidsberodung* ». Il semble évident qu'en procédant de la sorte, les détenus soient inutilement obligés de choisir entre l'accès à l'information et la préservation de leur dignité et du secret médical.

Le Contrôleur externe se prononce en faveur du rétablissement dans les meilleurs délais de l'état antérieur qui fournissait un cadre suffisamment protégé aux détenus intéressés, tout en offrant des conditions de travail adaptées à la représentante de la Croix Rouge.

4.6. Prise en charge

4.6.1. Traitement de substitution aux opiacés (TSO).

(60) Le SMPP du CHNP) est responsable des TSO en milieu carcéral.

Avant de pouvoir participer au TSO proprement dit, le détenu concerné doit tout d'abord passer un entretien pendant lequel il doit prouver souffrir d'une dépendance aux opiacés. Ensuite, le psychiatre évalue si le détenu présente des symptômes de sevrage et lui fait signer une décharge partielle du secret médical qui permettra à l'administration pénitentiaire d'interpréter correctement les tests de dépistage subséquents et de pouvoir distinguer entre substances autorisées et non-autorisées lors de futurs contrôles de cellules. Finalement, le détenu signe un « contrat relatif au suivi d'un traitement de substitution » où il s'engage entre autres à respecter le dosage et de le consommer en présence du personnel soignant, à ne rien stocker, à faciliter les fouilles, à collaborer afin de faciliter les tests urinaires et confirme avoir connaissance des mesures entraînées par un éventuel non-respect des consignes.⁵⁵

Le SMPP met un traitement de substitution en place dans 95% des cas où des opiacés sont détectés dans les urines. Ce principe n'est pas appliqué quand il y a des contre-indications, comme par exemple des problèmes cardiaques. Le Contrôleur externe approuve ce principe de fonctionnement.

Le Contrôleur externe approuve que la consommation de la méthadone se fasse en présence des infirmiers et ce sous forme liquide, ce qui a certainement contribué à contenir le nombre de sanctions liées à la méthadone. En outre, il salue l'augmentation de l'utilisation de la méthadone qui rend le trafic

⁵⁵ Pharmacie CPL (2019).

substantiellement plus difficile (le Suboxone étant distribué en forme de pilules ce qui facilite les échanges).

Il comprend et soutient toutefois aussi que les responsables médicaux aient recours au Suboxone, qui de par son antidote intégré contribue à prévenir les morts par overdose, liés notamment à une consommation parallèle à l'administration de traitements de substitution.

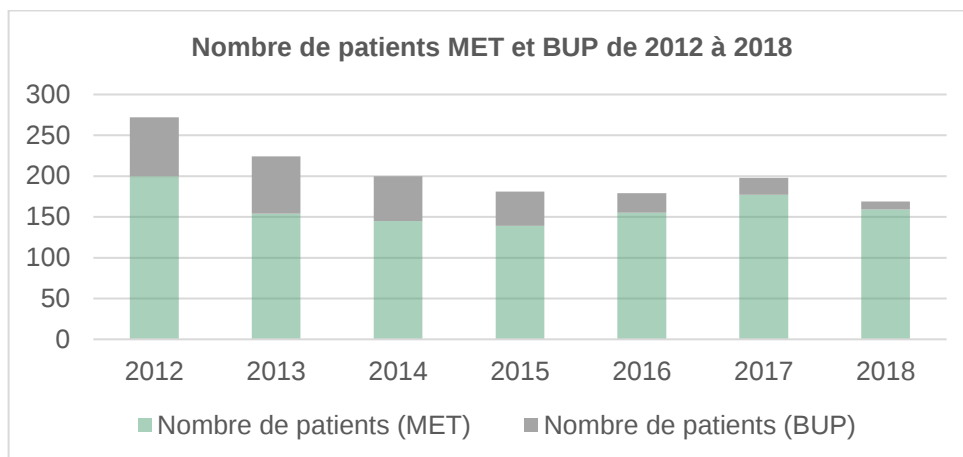


Figure 17: Nombre de patients MET et BUP (CPL)⁵⁶

(61) La pharmacie du CHL assure entre autres l'approvisionnement en médicaments pour les TSO. Les chiffres fournis par la pharmacie nous permettent donc de tirer des conclusions sur l'évolution des traitements : l'on constate non seulement une forte diminution générale du nombre de patients bénéficiant de traitement (-38% entre 2012 et 2018), mais également une décroissance importante de l'utilisation de la buprénorphine au fil du temps (26 % du total des traitements en 2012, pour seulement 6 % des traitements en 2018).

Le Contrôleur externe se pose des questions sur les origines de ces baisses de patients bénéficiaires et de l'administration de la buprénorphine et invite les responsables médicaux à lui dire si leurs lignes directrices internes peuvent expliquer ces changements.

⁵⁶ Pharmacie CPL (2019).

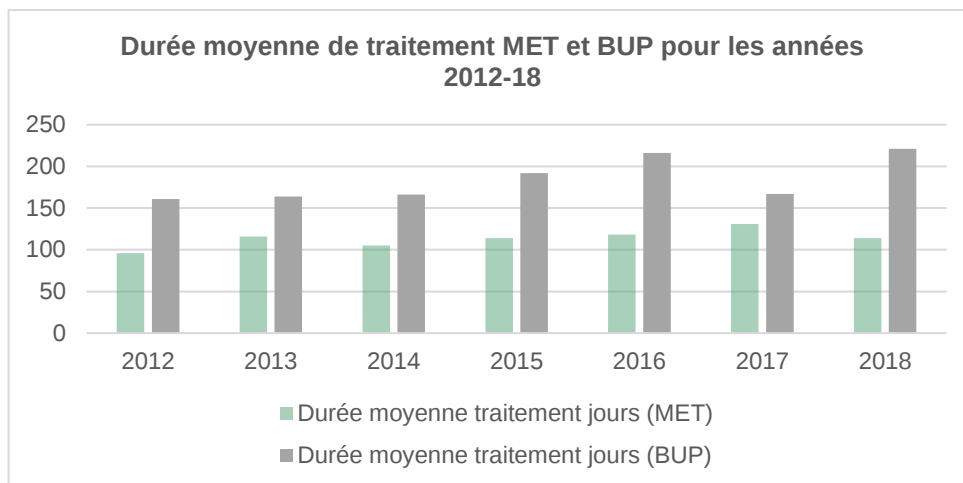


Figure 18: Durée moyenne de traitement MET et BUP (CPL)⁵⁷

(62) Les données obtenues laissent clairement apercevoir une augmentation de la durée moyenne de traitement.

Le Contrôleur externe n'a pas connaissance des raisons à la base de cette évolution et du fait que les traitements par buprénorphine soient toujours sensiblement plus longs que ceux par méthadone.

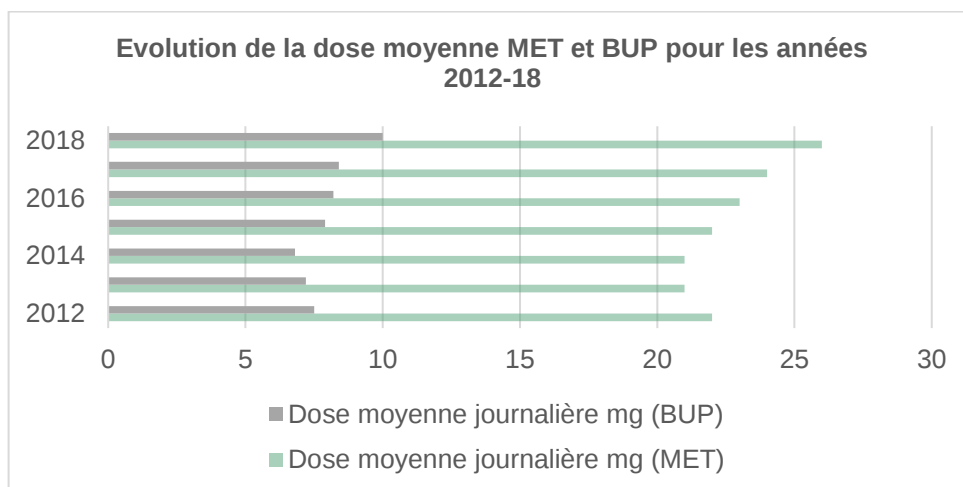


Figure 19: Evolution de la dose moyenne MET et BUP (CPL)⁵⁸

A côté de l'augmentation du temps de traitement et l'accroissement des doses moyennes prescrites, dont les raisons restent difficilement identifiables, il semble évident que les détenus sous traitement ont de plus en plus de difficultés à lâcher prise compte tenu des doses moyennes consommées (figure 19).

Ici encore, le Contrôleur externe se pose des questions sur les raisons de cette évolution, laissant apparaître des traitements plus longs et par doses plus élevés.

⁵⁷ Pharmacie CPL (2019).

⁵⁸ Pharmacie CPL (2019).

Il apprécierait que les médecins responsables lui soumettent des éléments d'explication pour ce constat. Le Contrôleur externe souligne qu'il ne s'agit aucunement d'une critique à l'égard des médecins et des traitements mis en place. Il espère cependant que ces explications puissent lui permettre de tirer des conclusions sur d'autres changements comme les habitudes de consommation, des moyens de traitements, etc. qui nécessiteraient des aménagements à d'autres endroits et qui pourraient tomber dans son champ d'action.

(63) Depuis novembre 2018, les traitements de substitution pour les blocs du nouveau bâtiment sont dispensés au P2. Après le déménagement de la pharmacie, les membres du SMPP feront la distribution de la méthadone au G1.

Suivant les informations obtenues par l'équipe de contrôle, pour pouvoir réaliser la même chose à l'ancien bâtiment, il faudrait plus de personnel infirmier. Une demande en ce sens aurait été introduite.

Le Contrôleur externe souligne que le manque en ressources humaines ne peut pas justifier des procédures défaillantes, entraînant un risque pour la santé et la sécurité des détenus.

Il insiste sur l'importance du contrôle de la prise effective des médicaments et du suivi qui peut être réalisé au moment de la dispensation des traitements, de sorte qu'il appuie la demande d'obtention de ressources humaines supplémentaires pour optimiser la distribution des traitements de substitution. Il demande toutefois également d'analyser si une mise en commun des effectifs des services de médecine somatique et psychiatrique au niveau de la dispensation des traitements pourrait résoudre le problème.

(64) Les chiffres laissent apparaître l'ampleur de la tâche que représente la distribution et l'administration des traitements de substitution et notamment les traitements par méthadone.

Afin de faciliter la distribution de la méthadone (entre autres), le Contrôleur externe se prononce en faveur d'un système de distribution informatisé de sorte à réduire la charge de travail de la pharmacie et des infirmiers et de réduire les sources d'erreurs de distribution.

En effet, ces systèmes automatisés permettent non seulement d'atteindre des gains d'efficience, mais aussi et surtout une piste d'audit complète (quantités et fréquences de distribution), ce qui réduit considérablement tous types de risques pour les personnes impliquées.

(65) Les détenus interviewés étaient très satisfaits des prestations du SMPP (surtout du laps de temps très court entre la rentrée au CPL et la première prescription de TSO le cas échéant).

Il semble du moins préoccupant que les conditions de travail du SMPP soient inutilement rendues plus difficiles dans un milieu moins qu'idéal pour la prise en charge de personnes dépendantes et très souvent poli-toxicomanes. En pratique et pour reprendre des exemples plus concrets, le SMPP n'a à cette date aucune

information officielle sur le départ d'un détenu (sortie ou transfert), sur ses antécédents ou sur les résultats d'expertises judiciaires (psychiatriques ou médicales) ou faites pour le compte de l'exécution des peines. En effet, le transfert d'informations entre les acteurs impliqués semble plutôt être basé sur la bonne volonté entre particuliers, que sur un échange systématique d'informations suite à la mise en place de procédures claires et précises. Or, ces informations sont indispensables pour la mise en place rapide d'une prise en charge appropriée permettant de diminuer le nombre de rechutes lors de la période d'incarcération.

L'équipe de contrôle était surprise d'entendre que l'état de connaissances sur les détenus diverge entre les différents acteurs impliqués. Par exemple, l'échange entre le SMPP et le programme TOX n'est vraisemblablement que très ponctuel, il y a peu de contact avec le SCAS et les agents d'insertion disposent davantage d'informations sur les détenus que le service psychiatrique en charge.

Le Contrôleur externe recommande une formalisation de la communication afin de renforcer le dialogue et l'échange entre les différents acteurs impliqués. Il doit être veillé à mettre en commun les informations indispensables à l'accomplissement des tâches respectives mais seulement celles-ci.

(66) Les programmes de prévention et de prise en charge sont nombreux et souvent des exemples de bonnes pratiques.

Le marché des stupéfiants constitue toutefois un domaine en constante évolution, ce qui est illustrée notamment par le projet de légalisation du THC et la propagation inquiétante du « *Spice* ». Avec les habitudes de consommation qui changent, il est probable qu'il y ait de plus en plus d'alternatives au niveau de la prise en charge des toxicomanes.

Au vu d'un marché de stupéfiants très changeant, le Contrôleur externe invite les responsables médicaux à continuer les efforts et à suivre de près les alternatives de traitement innovatrices (telle que l'héroïne médicalisée).

En conformité avec le principe d'équivalence des soins, les barrières de prison ne doivent pas constituer un obstacle à l'adoption de nouveaux traitements lorsque ceux-ci existent.

4.6.2. Programme TOX.

(67) Le Programme TOX remplit, outre ses missions de prévention, également des tâches de prise en charge des personnes dépendantes au sein du CPL et du CPG où les détenus sont encadrés par une équipe multidisciplinaire. Généralement, le premier contact se fait sur initiative du détenu, soit par courrier ou par le biais de son agent d'insertion.

Dix personnes font partie de l'équipe du programme TOX (5,5 ETP au CPL et 3,7 ETP au CPG, 1 ETP est assigné à 50% au CPL et à 50% à la dépendance du CHNP à Manternach).

L'équipe de contrôle a été informée que depuis environ 18 mois, il n'y a plus de liste d'attente pour participer aux activités du programme TOX.

Le Contrôleur externe se réjouit du constat que les détenus puissent dorénavant participer aux activités du Programme TOX dans les meilleurs délais.

(68) Compte tenu des limitations inhérentes au système carcéral « fermé », l'offre thérapeutique au CPG est naturellement plus vaste que celui proposé au CPL. Ainsi, au CPG le détenu se voit proposer des activités de groupe de paroles, de compétences sociales, des activités sportives et de relaxation tandis qu'il est limité à des activités d'informations au CPL.

Le feedback sur le programme TOX était généralement neutre. En effet, outre les activités de prévention relativement rares (du moins au CPL), de nombreux détenus critiquaient le manque d'initiative de la part de l'équipe TOX et le fait de se focaliser principalement sur le passé tout en négligeant le futur.

En outre, le Contrôleur externe s'interroge sur le bien-fondé du refus de partage des résultats des tests de dépistage pour des raisons de secret médical (p.ex. au détriment des agents d'insertion) et demande aux représentants du programme TOX de confirmer qu'une exception peut du moins être faite quand il y a état de nécessité (p.ex. danger imminent).

Le Contrôleur externe rappelle la disposition légale (art. 26 (4) LAP) prévoyant que tout professionnel tenu à un secret professionnel ou une obligation de confidentialité peuvent échanger les informations indispensables avec l'administration pénitentiaire, si ce partage et dans l'intérêt du détenu concerné, des autres détenus, du personnel ou de la sécurité, de la salubrité du centre pénitentiaire ou des autres personnes ayant des contacts physiques avec les détenus, y compris en ce qui concerne la lutte contre des maladies contagieuses.

(69) A Givenich, Defi-Job a implémenté en juin 2018 un projet pilot nommé « S-Team » dont l'idée est d'intégrer des détenus dans l'atelier « Jailbird » via une combinaison de travail (20h/semaine) et de thérapie (20h/semaine). Le ratio travail/thérapie augmente en faveur du travail après cinq mois tout en respectant le rythme de chacun. Jusqu'en mars 2019, cinq à six détenus avaient participé au programme. Les détenus participant à « S-Team » gagnent largement plus (+/- € 2.000 mensuels) que les autres détenus qui participent aux ateliers « normaux » (+/- € 600). Le salaire est pris en charge par le Ministère du Travail.

Néanmoins, même si ce salaire relativement élevé pourrait faciliter la procuration et la consommation de stupéfiants durant les weekends de sortie, il permet également de mettre de l'argent de côté pour préparer la sortie (caution locative, dédommagement des parties civiles, etc.).

Contrairement au CPL, il existerait toujours un compte bloqué au CPG qui serait toutefois débloqué une fois que le détenu participe à Défi-Job.

Le Contrôleur externe demande à la direction du CPG de prendre position si ces allégations se révélaient vraies et d'indiquer les motifs à la base de cette procédure.

(70) Au CPL, deux offres supplémentaires sont proposées aux détenus toxicomanes faisant preuve d'une motivation distincte et qui participent au programme TOX, à savoir :

- le programme « Charly » où les détenus sont transférés au bloc C et doivent obligatoirement participer aux activités en groupe (l'art-thérapie, atelier estime de soi, cuisine thérapeutique, séances de relaxation), exercer une profession et se soumettre à des tests de dépistage réguliers, ainsi que ;
- le programme « Charly-bis » où les détenus ne changent pas d'emplacement, ont le droit de participer aux séances en groupe et ne sont pas obligés de se soumettre aux tests de dépistage. Les détenus se trouvant en détention préventive sont exclus du programme « Charly », mais peuvent participer au « Charly-bis » s'ils bénéficient du régime B.

Dans ce contexte, le Contrôleur externe tient à souligner que la restructuration du CPL constitue une excellente occasion pour regrouper, du moins sur base volontaire, les détenus toxicomanes dans certains blocs afin de faciliter leur surveillance et de diminuer l'ampleur du trafic illicite de stupéfiants. Il renvoie pour le surplus au commentaire fait à cet égard en 2010.⁵⁹

Même si le programme TOX est en soi accessible aux femmes par le biais d'offres individuelles, le Contrôleur externe recommande fortement d'instaurer une certaine mixité aux activités du programme TOX, par analogie aux thérapies qui se font à l'extérieur.

De manière générale, le Contrôleur externe salue expressément ces programmes et recommande de les élargir autant que possible. Par ailleurs, afin d'assurer la réalisation des cibles socio-éducatives, il demande d'intégrer les objectifs émanant de ces programmes dans le PVI dans la mesure du possible.

4.6.3. Maladies infectieuses.

(71) En 2018, 118 sur 673 détenus souffraient d'une ou de plusieurs maladies infectieuses, l'hépatite C occupant la première place avec près de 83 souffrants (+/- 12% de la population totale).⁶⁰ Dans le milieu carcéral, les maladies infectieuses sont donc un souci de premier ordre.

⁵⁹ CELPL (2010, p. 102).

⁶⁰ Roberty et Meyers (2018, p. 9).

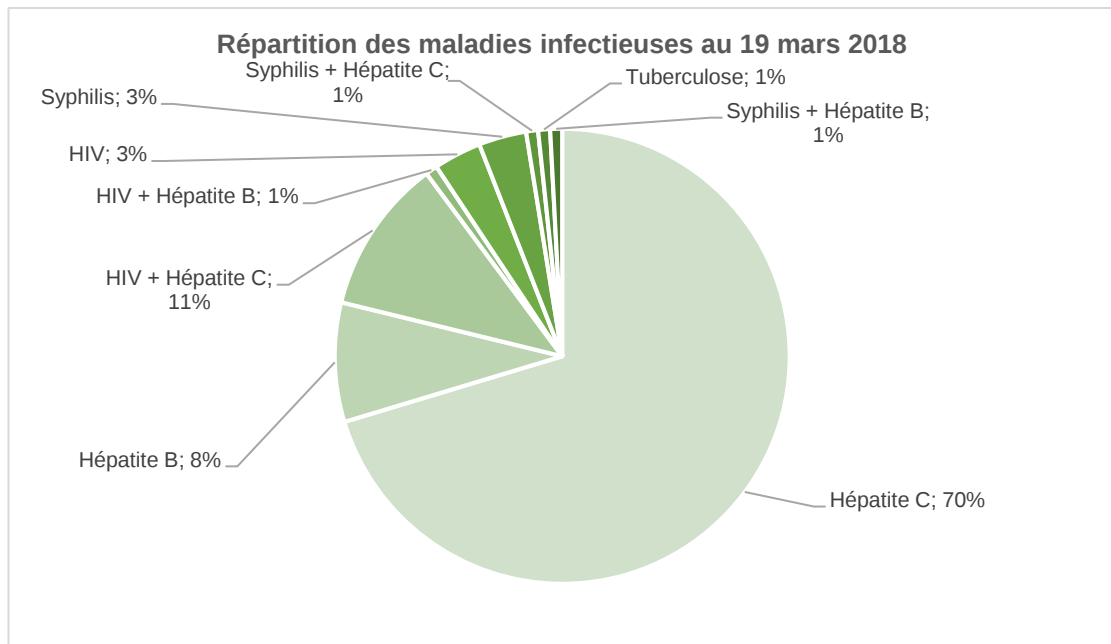


Figure 20: Répartition des maladies infectieuses au 19 mars 2018 (CPL)⁶¹

Le médecin informe immédiatement le détenu si le test d'entrée, ou alors un dépistage ultérieur, révèle une maladie transmissible. Une thérapie lui est offerte si possible.

Néanmoins, les circonstances rendant difficile une prise en charge en milieu carcéral sont nombreuses. Premièrement, il ne semble y avoir qu'une communication très superficielle entre les acteurs du système judiciaire et les médecins en charge. Ainsi, ces derniers n'auraient aucune visibilité sur la durée d'incarcération probable ni sur ce qui est prévu au niveau de l'aménagement des peines (p.ex. transfert au CPG). Bien évidemment, les thérapies doivent impérativement être finalisées dans les temps afin d'éviter tout risque de résistances qui pourraient découler d'une non-continuation de thérapie. Cela engendre la nécessité d'une vision temporelle de l'incarcération du détenu concerné.

Le Contrôleur externe renvoie à sa recommandation sur l'échange d'informations entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des détenus toxicomanes.

(72) La sortie pose grand problème puisqu'aucune visite médicale de sortie n'est prévue, contrairement à la visite obligatoire à l'entrée. Vu l'absence de tout instrument méthodique (kits overdose, adresses, moyens financiers etc.) mis à la disposition d'un détenu quittant les lieux, le risque de consommation clandestine et par là d'infection post-carcérale reste élevé. Ce risque est davantage amplifié par le fait que de nombreux ex-détenus ne disposent pas d'une fiche récapitulative de leurs traitements au moment de leur sortie ou alors ne la partageraient pas avec leur médecin traitant compte tenu de la mention du ministère de la justice sur cette dernière, rendant ainsi les origines de cette fiche parfaitement reconnaissable.

⁶¹ Roberty et Meyers (2018, p. 9).

Le Contrôleur externe recommande de supprimer la mention du Ministère de la Justice sur la fiche médicale, alors qu'elle n'est d'aucune utilité et ne fait que porter préjudice et créer une stigmatisation du patient concerné.

4.6.4. Plan volontaire d'insertion.

(73) La loi du 20 juillet 2018 portant sur la réforme de l'administration pénitentiaire prévoit l'introduction d'un PVI ayant principalement pour but la préparation de la réinsertion du détenu pour prévenir la récidive et pour favoriser la conduite d'une vie post-carcérale responsable.⁶²

Le PVI s'applique uniquement aux condamnés et porte notamment sur des aspects de développement personnel, de son implication *intra-muros* et du déroulement de son incarcération.

Pour pouvoir guider utilement les agents psycho-sociaux dans la conception du PVI, il semble important d'identifier individuellement les raisons et circonstances ayant poussé les détenus au passage à l'acte. Ceci permettrait de déterminer les domaines et priorités pour préparer une intégration réussie : école, travail, relations sociales, toxicomanie, etc.

Le Contrôleur externe soutient de procéder systématiquement à une pareille anamnèse qui permettra d'identifier les besoins et modules adaptés. Idéalement, cette anamnèse devrait être réalisée au CPU, pour que dans le futur le CPL puisse le plus rapidement possible procéder à l'élaboration proprement dite du PVI.

(74) Le SPSE, ultime responsable de la mise en œuvre du PVI, élabore le contenu du PVI en concertation avec le condamné et le cas échéant, avec son agent de probation.

L'accent est mis sur le caractère volontaire du plan d'insertion. Néanmoins, le Contrôleur externe est d'avis que, pour pouvoir porter ses fruits et constituer un réel attrait pour les détenus, le plan doit lier tous les acteurs impliqués dans sa conception et sa mise en œuvre.

Au CPG (10 ETP), le PVI est expliqué à chaque détenu dès son arrivé. Selon nos sources, un peu plus d'une vingtaine de personnes bénéficieraient d'un PVI au CPG. L'offre semble à priori très vaste : cours de détente profonde « Feldenkrais » et autres offres anti-stress, sports et multiples activités socio-pédagogiques font partie intégrante du PVI. En théorie, l'élaboration de 40 PVI serait faisable, mais le bien-fondé de cette potentielle initiative serait remis en cause par le fait que seulement la moitié des détenus du CPG y resteraient plus de 6 mois.⁶³ Il s'ajoute qu'un grand nombre de détenus arrivant au CPG profite immédiatement de la semi-liberté.

⁶² (Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, 2018).

⁶³ Ministère de la Justice (Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, 2018).(Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, 2018).

Compte tenu de cette durée moyenne de séjour plutôt restreinte, le Contrôleur externe salue clairement l'instauration d'une nouvelle plateforme informatique pour le personnel du SPSE dont le « go-live » est prévu pour 2021 et qui servira au final à améliorer les prestations fournies.

(75) L'équipe de contrôle a été informée de problèmes de compatibilité des mesures du PVI et des nombreux rendez-vous qui en découlent avec leurs obligations professionnelles au sein du CPG. Ainsi, certains se plaignaient de véritables tensions avec les superviseurs d'ateliers de travail pouvant entraîner une réduction des paliers attribués aux détenus en question, voire une stagnation.

Le Contrôleur externe rappelle que selon l'article 28 (1) de la LAP, « le travail et les autres activités proposées dans le cadre du plan volontaire d'insertion sont rémunérés sur base du principe de l'équivalence de la rémunération. ».

Le Contrôleur externe demande à la direction du CPG de vérifier ces allégations et de prendre des contremesures dès que possible puisque 20 personnes profitent d'ores et déjà du PVI

(76) Au CPL, la participation au PVI doit être explicitement sollicitée auprès de la Direction par le détenu. Généralement, l'on y déplore la dilution conceptuelle au niveau du public cible et le nombre important de mesures prometteuses mais manquantes, tant au niveau de compétences sociales qu'au niveau de mesures antiviolence. D'autant plus, il est généralement étonnant que l'offre scolaire ainsi que le Programme TOX soient exclus du PVI.

Le Contrôleur externe rappelle qu'il est du devoir des institutions concernées de tout mettre en œuvre pour « [...] préparer l'insertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions. »⁶⁴

Conformément à l'article 28 de la LAP, il incombe de manière générale à l'administration pénitentiaire de prendre toutes les dispositions « pour assurer aux détenus du travail, des formations, les enseignements fondamentaux, du sport, un accès à la culture, ainsi que d'autres activités adaptées, dans le but de favoriser leur insertion ».

Il est dès lors inconcevable que des mesures aussi cruciales que l'offre scolaire et le programme de prise en charge des toxicomanes qui favorisent indubitablement la réinsertion, ne fassent pas partie des mesures de réinsertion offertes.

En plus, le Contrôleur externe se pose des questions sur la compatibilité et continuité des PVI en cas de transferts du CPL vers le CPG (ou l'inverse), compte tenu des limitations inhérentes à chaque cadre. Il souhaite être informé des développements en la matière.

⁶⁴ (Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, 2018).

4.6.5. Sport

(77) L'équipe de contrôle s'est entretenue avec les moniteurs sportifs du CPL et du CPG.

Au CPL, il est à déplorer qu'aucune offre particulière n'est proposée aux détenus toxicomanes.

Le Contrôleur externe est convaincu que les activités sportives adaptées peuvent avoir des effets bénéfiques sur le bien-être des personnes toxicomanes et qu'elles peuvent contribuer à la prévention de la rechute, voire de la consommation. Des études scientifiques prouvent de plus en plus l'impact positif que les activités physiques peuvent avoir sur la santé mentale des personnes et notamment aussi sur la gestion des addictions.⁶⁵

Au CPG, il existe le programme S-TOX qui prévoit, trois après-midis par semaine, des activités à l'extérieur, encadrées par un moniteur sportif affecté au Programme TOX et par ailleurs à la dépendance du CHNP à Manternach, qui sont obligatoires pour les participants.

Le Contrôleur externe apprécie par ailleurs l'offre de sports spécifiques proposées au CPG qui convient parfaitement également aux personnes souffrant de dépendances.

Le Contrôleur externe est conscient qu'il est irréaliste de vouloir instaurer une offre sportive comparable à celle du CPG au CPL. Il est également au courant que le hall sportif du CPL fonctionne déjà à la limite de ses capacités.

Néanmoins, il peut très bien concevoir qu'un module d'activités sportives adaptées aux toxicomanes puisse être intégré dans la prise en charge offerte par le programme TOX et recommande de procéder de la sorte. Un pareil programme sportif pourrait le cas échéant également faire partie des plans volontaires d'insertion.

4.6.6. Services médicaux

(78) Le système pénitentiaire luxembourgeois connaît actuellement deux intervenants médicaux qui ont des visions distinctes, des cultures de travail différentes et des outils pas nécessairement harmonisés. Suivant les informations obtenues, il serait envisagé de confier la prise en charge médicale des détenus au CPU au CHEM.

Pourquoi complexifier la situation par l'inclusion d'un troisième acteur ? Il se n'agit ici nullement d'un soucis d'efficacité, mais plutôt d'efficience et encore plus de continuité dans l'intérêt de tous les concernés. Il est apparent que la transition des prévenus du CPU vers le CPL (et le cas échéant vers le CPG) ne s'avérera guère facile sous ces conditions.

D'ores et déjà, certains intervenants ont fait part à l'équipe de contrôle de leur critique concernant le manque de coordination entre les acteurs médicaux actuels, comment pourrait-on donc s'attendre à un déroulement avec moins de frictions tout en

⁶⁵ Santé Log (2016).

augmentant le nombre d'intervenants ? Cela est particulièrement vrai pour l'implémentation d'une infrastructure informatique adéquate et la compatibilité entre les différentes visions de travail.

Suite à des informations récoltées tout au long de cette mission, le Contrôleur externe invite les responsables politiques et autres acteurs concernés à revoir leur position quant à l'idée de prendre à bord un nouvel acteur dans le milieu de la médecine carcérale. Au vu de ce qui précède, le Contrôleur externe s'exprime en faveur de la création d'une unité de médecine carcérale nationale qui saurait s'appuyer sur de nombreuses années d'expériences faites au CPL et au CPG.

5. La période après l'incarcération

(79) La période après l'incarcération est une phase transitoire décisive dans la vie de chaque ex-détenu (poly)toxicomane puisque les risques accompagnateurs se révèlent bien trop souvent mortels comme l'ont démontré une multitude d'études^{66,67} et ce à maintes reprises, sans pour autant conduire à changement de cap au Luxembourg. Aujourd'hui, il existe peu, voir aucun concept global qui couvrirait la panoplie de mesures nécessaires pour contrecarrer les dangers (rechute et risque d'overdose, exclusion sociale etc.) auxquels sont exposés les gens dès leur sortie de prison. Ces perspectives se révéleront fatales pour nombreux d'entre eux. A titre d'illustration : au Danemark, le risque de mortalité des nouveaux sortants est évalué à 62 fois plus élevé pour les personnes élargies que pour la moyenne de la population non-carcérale.⁶⁸

Dans ce contexte, nous rappelons que le 2^e alinéa de l'article 1^{er} de la loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration prévoit que :

« L'objectif de la mise en œuvre des peines privatives de liberté est de concilier la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions. »

En effet, même si la loi sur la réforme pénitentiaire ne fait (naturellement) aucune référence à la période post-carcérale de par sa nature, il est tout de même évident qu'il ne peut nullement être dans l'intérêt des acteurs concernés que les mesures *intra-muros* mises en place soient anéanties dès la sortie d'un détenu et ce de manière tout à fait évitable.

Même si - à notre connaissance – des études luxembourgeoises sur le sujet n'existent pas, les origines des rechutes et des conséquences néfastes qui en découlent ont majoritairement trois origines, notamment un support médical souvent insuffisant, des ressources économiques limitées qui mènent à ce que les ex-détenus se retrouvent dans un environnement qui encourage la consommation de stupéfiants, ainsi qu'un manque de perspective.⁶⁹

Globalement, le CELPL encourage notamment les ministères de la Justice, de la Santé, du Logement et du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire et celui de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région à définir une vision commune du parcours des ex-détenus (p.ex. par le biais d'une commission interministérielle) et de s'entraider afin d'assurer la mise en œuvre de moyens adéquats afin de réaliser cette vision.

Plus spécifiquement, le CELPL recommande ce qui suit dans les domaines respectifs :

5.1. Santé

(80) Même si nul ne peut nier l'esprit pionnier remarquable ainsi que les résultats obtenus par le biais des différentes campagnes sous l'égide du CHL et/ou du CHNP, il serait tout à fait

⁶⁶ Farrell et Marsden (2008).

⁶⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017, p. 25).

⁶⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017, p. 25).

⁶⁹ Binswanger *et al.* (2012).

opportun de distribuer un « kit overdose » aux détenus à la sortie (après consultation médicale) de sorte à juguler le risque de mortalité des nouveaux sortants.

Le Contrôleur externe recommande d'implémenter une procédure assurant une visite médicale obligatoire pour des raisons de prévention et de santé publique avant la sortie et de combiner cette visite avec la remise d'un « kit overdose » incluant du Naloxone le cas échéant. Si un détenu refuse de se rendre à cette consultation médicale, il devrait signer un formulaire, affirmant qu'il renonce à son droit de bénéficier de cette consultation de sortie. Le Contrôleur rappelle qu'il demande de barrer toute référence au Ministère de la Justice sur ces certificats de sortie.

(81) Outre les mesures ciblant à contrecarrer les risques de l'usage de stupéfiants, il conviendrait également de communiquer davantage les nombreuses offres thérapeutiques extra muros (par exemple au niveau national à Useldange ou Manternach, celles offertes à l'étranger où la JDH détient un registre extensif qui permet de trouver une thérapie adéquate pour la majorité des cas de figures possibles) au public cible. Une étroite collaboration entre la justice et les acteurs sociaux serait un atout pour la prise en charge post-carcérale.

Dans cette optique, le Contrôleur externe incite les services externes à aller se présenter en prison, par exemple par le biais de journées « portes ouvertes » pour présenter leurs services.

Le Contrôleur externe recommande également de préparer une diffusion d'information par le biais du programme TOX. Il invite les responsables du plan d'action drogues de fournir plus d'informations sur la prise en charge des traitements si les bénéficiaires de ces derniers ne sont pas affiliés à la CNS, justement par soucis de protection de santé et de sécurité publique et de cohésion sociale. Il souligne également qu'il faudrait systématiquement recenser/détecter les personnes ayant des problèmes de dépendance longtemps avant leur élargissement et indique d'ores et déjà qu'un relevé de l'origine de l'infraction n'est pas forcément pertinent pour déterminer si un individu souffre d'une dépendance ou non.

(82) Dans un contexte similaire, le Contrôleur externe aimerait également inciter à réflexion sur l'idée d'instaurer un suivi pour les personnes qui souhaitent continuer à consommer, mais qui ont besoin d'aide pour le faire de manière contrôlée et dans les conditions d'hygiène adaptées.

Ainsi, le Contrôleur externe propose d'étudier la possibilité d'instaurer une « wet clinic » qui pourrait permettre de consommer dans un lieu sécurisé semblable au concept de « l'Abrigado » pour les personnes toxicomanes, mais aussi offrir un suivi médical et thérapeutique aux personnes qui ne sont pas encore à mêmes d'abandonner la consommation et de subir un sevrage, condition généralement requise pour les autres thérapies.

(83) En ce qui concerne les aspects de couverture, il semble qu'il y ait de grandes différences en termes d'assurance maladie pour personnes élargies entre le système luxembourgeois et celui de ses voisins même si l'assurance maladie peut être perçue comme « véritable levier

de réinsertion ».⁷⁰ A titre de comparaison, l'article R161-4 du code de la sécurité sociale français prévoit que :

*« Est fixée à douze mois la durée de la période prévue à l'article L. 161-13 pendant laquelle les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général. »*⁷¹, tandis le droit interne reste muet quant à cette problématique.

Dans la même logique, le Contrôleur externe déplore que les enfants à charge des ex-détenus hébergés dans une structure ne sont pas couverts par la caisse de maladie. Les structures ont donc moins d'intérêt à héberger des candidats avec enfants à charge puisque les frais occasionnés ne sont pas couverts et qu'en plus de cela, les enfants « bloquent » des places qui pourraient autrement être occupées par des personnes couvertes. Toute structure bienveillante est donc doublement punie.

Le Contrôleur externe recommande au Ministère de la Santé dans ses attributions d'étudier les possibilités en vue d'une implémentation d'un système similaire à celui mis en place par nos voisins puisqu'il est d'avis que l'assurance maladie est un droit et non pas une option. Il tient à préciser qu'il est tout à fait conscient que certaines œuvres caritatives prennent en charge les coûts de l'assurance maladie, mais faute d'information des détenus, l'Etat semble être un élément beaucoup plus prometteur pour assurer leur couverture.

5.2. Travail

(84) L'accès au travail est un facteur clé de la réintégration, mais constitue également un vrai challenge compte tenu d'un niveau d'éducation généralement bas parmi les détenus, un niveau d'expériences professionnelles piètre, ainsi que d'une vraie stigmatisation suite au séjour dans un centre pénitentiaire. Ces défis sont d'autant plus prononcés pour les consommateurs de stupéfiants qui, même s'ils étaient désireux de travailler et arrivaient à trouver un emploi, confirment souvent ces préjugés selon quelques experts interviewés à travers leur comportement (retards, absences).

Cela est partiellement lié au fait que la mise à disposition de moyens de formation est assez restreinte en milieu pénitentiaire et se limite souvent à des cours menant à l'établissement d'un certificat de compétences au mieux. Même si le Contrôleur externe félicite la provision d'un tel certificat, il souligne sa crainte quant au manque d'une vraie stratégie de mise en œuvre. Ces craintes sont accentuées par le fait que le rapport sur l'éducation nationale au Luxembourg n'évoque pas en un seul mot le termes de « détenus », « prison » ou « milieu carcéral », mais prétend simultanément décrire « le système éducatif du Grand-Duché de Luxembourg dans son intégralité »⁷², ce qui est du moins surprenant compte tenu du fait que la loi sur la réforme pénitentiaire précise que

⁷⁰ Morel (2018, p. 6).

⁷¹ (Code de la sécurité sociale - Article R161-4, 2007).

⁷² Luxembourg Centre for Educational Testing (LUCET) (2018, p. 2).

*« Les cours d'enseignement et de formation dispensés aux détenus sont assurés par des enseignants détachés auprès de l'administration pénitentiaire par le ministre ayant dans ses attributions l'Éducation nationale ».*⁷³

Même s'il est vrai que tout détenu n'est pas obligatoirement désireux de réintégrer le monde professionnel, il importe de mettre l'accent sur les défis inhérents à une autre source de revenu : le REVIS. Ici, le Contrôleur externe critique notamment que les conditions pour pouvoir prétendre au REVIS prévoient une résidence légale au Luxembourg. Or de nombreux ex-détenus ont exprimé leur souhait de pouvoir s'installer au-delà de la frontière pour des raisons économiques. Cet argument s'applique dans la même mesure à la population générale.

Le Contrôleur externe demande à la Ministre de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région d'analyser si des modifications peuvent être apportées à cet égard.

5.3. Logement

(85) Le logement constitue également un problème réel pour nombreux détenus puisque bien trop souvent les anciens liens familiaux n'ont pas tenu face aux séquelles psychologiques causées par la séparation impliquée par l'incarcération ou alors le niveau d'éducation initiale ne leur a tout simplement jamais permis de se « construire » une existence avant l'incarcération. Le manque de formation(s) et la stigmatisation susmentionnée ne changeront guère la mise. Pour de nombreux détenus il ne reste donc que le choix entre la rue et les œuvres sociales.

Néanmoins, les œuvres sociales ne constituent guère une solution « clé en main ». En effet, certains interlocuteurs ont fait part au Contrôleur externe de pratiques du moins douteuses mises en place par certaines de ces œuvres conventionnées par le Ministère de la Famille et de l'Intégration et à la Grande Région. Il serait monnaie courante pour certaines d'entre elles de demander les détails du jugement, le casier judiciaire ainsi que des expertises de tout genre sur le « candidat » et tout cela pour ne même pas leur fournir de motifs sur un refus si dernier se matérialisait.

Le Contrôleur demande au ministère en question de fournir de plus amples informations sur la méthodologie appliquée quant au choix des candidats.

(86) En guise de remarque finale, il est apparent qu'il importerait – outre la définition d'une stratégie commune entre les acteurs impliqués – de mettre en place une équipe pluridisciplinaire qui assurerait le suivi des ex-détenus pendant une période s'étendant sur plusieurs mois après leur élargissement. Cela permettrait non seulement d'acquérir une vue d'ensemble sur le parcours du détenu, mais aussi et surtout à définir et à mettre en œuvre des instruments permettant de contrecarrer (ou bien du moins amoindrir) les circonstances néfastes énoncées tout au long de ce chapitre.

Le Contrôleur externe invite également les ministères concernés à suivre la publication des résultats d'analyse du programme « My first 48 hours » qui a justement pour cible d'identifier les éléments déclenchant une rechute.⁷⁴

⁷³ (Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, 2018).

⁷⁴ Stöver (2019).

6. Conclusions

Le Contrôleur externe a pu s'entretenir avec une grande panoplie d'acteurs du monde pénitentiaire luxembourgeois lui permettant d'acquérir un aperçu global de la problématique des stupéfiants en milieu carcéral.

Si les pratiques couvertes par le présent rapport ont fait apparaître des domaines susceptibles d'amélioration ainsi que certains problèmes qui devraient obligatoirement être résolus à court terme, il n'en reste pas moins qu'aucun dysfonctionnement gravissime n'a pu être constaté.

Certains domaines et pratiques réclament même une reconnaissance particulière, notamment les mérites des équipes médicales pour l'implémentation d'une approche innovatrice en matière de prévention (tatouages, vaccinations, échanges seringues etc.) qui sert aujourd'hui souvent de modèle à l'étranger.

Néanmoins, les défis restent nombreux. Pour des raisons de lisibilité, nous adoptons la même logique que celle adoptée tout au long de ce rapport, à savoir le parcours chronologique du détenu.

Dans le contexte de la *pré-incarcération*, le Contrôleur externe incite les autorités judiciaires à étudier la possibilité d'implémenter davantage de mesures alternatives à l'emprisonnement, notamment celle des tribunaux de traitement de la toxicomanie.

Quant à la période d'incarcération proprement dite, le Contrôleur externe conclut que nombre d'améliorations restent encore nécessaires dans la détection des stupéfiants (portails, équipes cynophiles), le ratio de leur application à des endroits précis (colis vs. buanderie, certains blocs plutôt que d'autres), la mise en œuvre des fouilles (mise à nu), ainsi que la capacité du personnel à détecter des matières illicites changeants fréquemment de substance de base (*Spice* etc.).

Concernant les traitements de substitutions proposés, le Contrôleur externe rappelle qu'un manque de ressources humaines ne justifie pas des procédures défectueuses qui pourraient entraver le contrôle de prise effective des médicaments dans le cadre d'un traitement de substitution et demande d'y remédier dans les meilleurs délais.

Dans le domaine de « l'interrelationnel », le Contrôleur externe recommande aux responsables pénitentiaires d'étudier la possibilité d'améliorer les conditions dans lesquelles ont lieu les visites hors surveillance afin d'assurer un degré minimum d'intimité ce qui n'est assurément pas le cas aujourd'hui.

Le Contrôleur externe demande également aux directions pénitentiaires de rajouter l'offre scolaire et les traitements de substitution au PVI, puisque ces derniers constituent inévitablement des composantes clés de l'encadrement socio-éducatif qui reste déterminant non seulement pour le parcours *intra-muros* du détenu, mais aussi pour son écartement réussi.

De manière générale, le Contrôleur externe incite les responsables pénitentiaires à mettre en place une base de données renseignant notamment les substances illicites trouvées, les tests de dépistages positifs et les sanctions prononcées et régulièrement mise à jour ce qui permettrait d'établir une base factuelle pour une définition de stratégie antistupéfiants au sein des centres pénitentiaires.

Concernant la période d'élargissement, le Contrôleur externe demande aux Ministères concernés de mettre en place un groupe de travail ayant pour cible de définir une vision commune puisque les détenus se trouvent aujourd'hui souvent démunis à leur sortie, tant d'un point de vue d'information médicale, que d'un point de vue couverture sociale et d'accès au logement et au marché du travail.

Bibliographie

Code de la sécurité sociale - Article R161-4, Administrations de sécurité sociale 2007.

Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E. et Steiner, J. F. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(1), 3. doi:10.1186/1940-0640-7-3

Bureau of Justice Assistance (2004). The Future of Drug Courts : How States are Mainstreaming the Drug Court Model. Récupéré le 16 août 2019 de http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/cci-d6-legacy-files/pdf/future_of_drug_courts.pdf

Canada Broadcasting Corporation (2006). Prison tattoo parlours get the axe. Récupéré le 20 juillet 2019 de <https://www.cbc.ca/news/canada/prison-tattoo-parlours-get-the-axe-1.619060>

CELPL (2010). Rapport relatif à l'entrée du détenu en milieu carcéral et à la santé en milieu carcéral. Récupéré le 20 septembre 2019 de <http://celpl.lu/uploads/RV/RV1.zip>

DIE ZEIT (2019). "Die eigentliche Frage ist: Wie können Drogen nicht im Knast sein?". Récupéré le 15 juillet 2019 de <https://www.zeit.de/die-antwort/2019-05/strafvollzug-joern-patzak-gefaengnisleuter-prisonisierung-gefaengniskultur-kriminalitaet-drogen>

Direction de la Santé (2018a). Harm Reduction in prisons : Best practice model in Luxembourg. Récupéré le 16 juillet 2019 de <https://harmreduction.eu/toolbox/presentations?download=71:prison-luxembourg>

Direction de la Santé (2018b). National Drug Report : New Developments, trends and in-depth information on selected issues. Récupéré le 10 juillet 2019 de <http://sante.public.lu/fr/publications/e/etat-drogue-gdl-rapport-relis-2018-fr-en/etat-drogue-gdl-rapport-relis-2018-fr.pdf>

Direction de la Santé - Cellule de Coordination "Drogues" (2015). Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015-2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées. Récupéré le 5 juillet 2019 de <http://sante.public.lu/fr/publications/s/strategie-plan-drogues-2015-2019/strategie-plan-drogues-2015-2019.pdf>

éduscol (2011). La spectrométrie à mobilité ionique pour détecter les stupéfiants et les explosifs. Récupéré le 21 août 2019 de <http://culturesciences.chimie.ens.fr/content/la-spectrometrie-a-mobilite-ionique-pour-detecter-les-stupefiants-et-les-explosifs-1223>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dir.) 2017. *Drogenkonsum in europäischen Haftanstalten : Gesundheitssituation und Hilfeangebote für Drogengebraucher in Haft*. Récupéré le 10 juillet 2019 de https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Veranstaltungen/Drogenkonsum_in_europaeischen_Haftanstalten.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). Base de calcul: Statistical Bulletin. Récupéré le 19 août 2019 de <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/search-by-country>

- Farrell, M. et Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(2), 251–255. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x
- Glasgow Sheriff Court (2003). Glasgow Drug Court : Reference manual. Récupéré le 16 août 2019 de http://www.eurad.net/filestore/PDF/DrugTreatmentCourt_Manual_2003_Glasgow_Scotland.pdf
- Karger, C. (2019, 20 août). Komplexes Räderwerk : Ein Gespräch mit Serge Legil, dem Direktor der Gefängnisverwaltung. *De Journal*, p. 3–5. Récupéré de.
- Loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions. Mémorial (2010).
- Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire Mémorial (2018).
- Lurigo, A. J. (2008). The First 20 Years of Drug Treatment Courts: A Brief Description of Their History and Impact. *Federal Probation*. Récupéré le 12 août 2019 de https://www.uscourts.gov/sites/default/files/72_1_2_0.pdf
- Luxembourg Centre for Educational Testing (LUCET) (2018). Rapport national sur l'éducation au Luxembourg en 2018. Récupéré le 29 août 2019 de https://www.bildungsbericht.lu/media/ul_natbericht_fr_web.pdf
- Marques, D. (2019). Légalisation du cannabis: le Luxembourg enfume l'ONU. Récupéré le 17 juillet 2019 de <https://www.lequotidien.lu/politique-et-societe/le-luxembourg-enfume-lonu/>
- Meyer, D. (2015). New syringe design not particularly effective at curbing spread of Hepatite C virus. Récupéré le 17 juillet 2019 de <https://medicine.yale.edu/news-article/11491/>
- Ministère de la Justice. *Rapport d'activité 2018*. Récupéré le 13 juillet 2019 de http://mj.public.lu/chiffres_cles/rapport_activite2018.pdf
- Ministère de la Justice Canada (2006). Les tribunaux de traitement de la toxicomanie: Méta-analyse : Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive? Récupéré de https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06_7/rr06_7.pdf
- Morel, A. (2018). L'accès des personnes détenues aux assurances maladie et retraite: les marges de progrès pour une meilleure réinsertion à la sortie de prison : Formation initiale. Récupéré le 28 août 2019 de <https://en3s.fr/articles-regards/reac/2019/PRISON.pdf>
- Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies 1972.
- Obradovic, I. (2013). Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire : Revue internationale des expériences. *Psychotropes*, 19(3-4), 173–195. Récupéré le 20 juillet 2019 de <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-3-page-173.htm#>
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2018). Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2018. Récupéré le 8 août 2019 de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_F.pdf

- Organisation mondiale de la santé (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use. Récupéré de https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
- Pharmacie CPL (2019, 27 février). Interview par L. Bertrand et A. Leclère [Support papier]. Schrassig.
- Publications Office of the European Union (2012). *Prisons and Drugs in Europe: The Problem and the responses : Selected Issue 2012*. Luxembourg. Récupéré le 26 juillet 2019 de http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC_399981.pdf
- Removille, N., Origer, A., Couffignal, S., Vaillant, M., Schmit, J.-C. et Lair, M.-L. (2011). A hepatitis A, B, C and HIV prevalence and risk factor study in ever injecting and non-injecting drug users in Luxembourg associated with HAV and HBV immunisations. *BMC Public Health*, 11(1), 351. doi:10.1186/1471-2458-11-351
- Roberty, J. et Meyers, J. (dir.) 2018. *The department of somatic medicine at centre pénitentiaire Luxembourg : Présentation European Centre for Disease Prevention and Control 20 mars 2018*. Récupéré le 25 juin 2019 de.
- Rogers, P. H. et Murrin, M. R. (2000). Effectiveness of Treatment-Based Drug Courts in Reducing Criminal Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 72–96. doi:10.1177/0093854800027001005
- Santé Log (2016). ADDICTIONS aux drogues: Des bénéfices des Activités Physiques Adaptées. Récupéré le 2 septembre 2019 de <https://www.santelog.com/actualites/addictions-aux-drogues-des-benefices-des-activites-physiques-adaptees>
- Sénat - Service des études juridiques (2006). Étude de législation comparée n° 163 - mai 2006 - Le maintien des liens familiaux en prison. Récupéré le 28 août 2019 de https://www.senat.fr/lc/lc163/lc163_mono.html
- Service public fédéral Justice. Types de visite. Récupéré le 8 août 2019 de https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/rendre_visite_a_un_detenu/types_de_visite
- Stöver, H. (2019). My first 48 hours out : Comprehensive approaches to pre and post prison release interventions for drug users in the criminal justice system. Récupéré le 2 septembre 2019 de <https://www.frankfurt-university.de/de/hochschule/fachbereich-4-soziale-arbeit-gesundheit/forschung-am-fb-4/forschungsinstitute/institut-fuer-suchtforschung-isff/forschungsprojekte-isff/my-first-48-hours-out/>
- Tauber, J. et Huddleston, W. C. (1999). Development and implementation of drug court systems. Récupéré le 17 août 2019 de <https://www.ndci.org/wp-content/uploads/Mono2.Systems.pdf>
- Tran, N. T., Dubost, C., Baggio, S., Gétaz, L. et Wolff, H. (2018). Safer tattooing interventions in prisons: a systematic review and call to action. *BMC Public Health*, 18(1), 1015. doi:10.1186/s12889-018-5867-x
- United Nations Office on Drugs and Crime (2005). Drug Treatment Courts Work! Récupéré le 17 août 2019 de https://www.unodc.org/pdf/drug_treatment_courts_flyer.pdf

Annexes

Répertoire des normes internationales et des dispositions de droit interne

Alternatives à la prison ou aménagements des peines.

Au plan national

Code pénal

Art. 22. (L. 13 juin 1994)

1. Si de l'appréciation du tribunal, le délit ne comporte pas une peine privative de liberté supérieure à six mois, il peut prescrire, à titre de peine principale, que le condamné accomplira, au profit d'une collectivité publique ou d'un établissement public ou d'une association ou d'une institution hospitalière ou philanthropique, un **travail d'intérêt général** non rémunéré et d'une durée qui ne peut être inférieure à quarante heures ni supérieure à deux cent quarante heures.
2. Il ne peut être fait application du présent article que lorsque le prévenu est présent. Le président du tribunal, avant le prononcé du jugement, informe le prévenu du droit de refuser l'accomplissement d'un travail d'intérêt général et reçoit sa réponse.
3. (L. 23 juillet 2016) L'exécution du travail d'intérêt général doit être commencée dans les six mois à partir du jour où la décision pénale a acquis force de chose jugée.
4. Ce délai peut être suspendu en cas de motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social.
5. Le travail d'intérêt général doit être exécuté dans les 24 mois à partir du jour où la décision pénale a acquis force de chose jugée.
6. Les modalités d'exécution du travail d'intérêt général sont décidées par le procureur général d'Etat. Celui-ci peut notamment suspendre provisoirement pour motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social, le délai pendant lequel le travail doit être accompli.
7. Un règlement grand-ducal détermine la nature des travaux proposés.
8. Le travail d'intérêt général peut, pour les condamnés salariés, se cumuler avec la durée légale du travail.
9. Les prescriptions légales et réglementaires relatives au travail de nuit, à l'hygiène, à la sécurité, ainsi qu'au travail des femmes et des jeunes travailleurs sont applicables au travail d'intérêt général.

Code de procédure pénale

Art. 107. (L. 6 mars 2006)

Le **contrôle judiciaire** peut être ordonné par le juge d'instruction si l'inculpé encourt une peine d'emprisonnement correctionnel ou une peine plus grave dont le maximum est égal ou supérieur à deux ans d'emprisonnement. Toutefois, si l'inculpé ne réside

pas dans le Grand-Duché, le contrôle judiciaire peut être ordonné si le fait emporte une peine d'emprisonnement correctionnel ou une peine plus grave.

Ce contrôle astreint la personne concernée à se soumettre, selon la décision du juge d'instruction, à une ou plusieurs des obligations ci-après énumérées :

1. Ne pas sortir des limites territoriales déterminées par le juge d'instruction ;
2. Ne s'absenter de son domicile ou de la résidence fixée par le juge d'instruction qu'aux conditions et pour les motifs déterminés par ce magistrat ;
3. Ne pas se rendre en certains lieux ou ne se rendre que dans les lieux déterminés par le juge d'instruction ;
4. Informer le juge d'instruction de tout déplacement au-delà de limites déterminées ;
5. Se présenter périodiquement aux services ou autorités désignés par le juge d'instruction qui sont tenus d'observer la plus stricte discrétion sur les faits reprochés à la personne inculpée ;
6. Répondre aux convocations de toute autorité et de tout service désigné par le juge d'instruction, et se soumettre, le cas échéant, aux mesures de contrôle portant sur ses activités professionnelles ou sur son assiduité à un enseignement ainsi qu'aux mesures socio-éducatives destinées à favoriser son insertion sociale et à prévenir la récidive ;
7. Remettre soit au greffe, soit à un service de police tous documents justificatifs de l'identité et, notamment, le passeport, en échange d'un récépissé valant justification de l'identité.
8. Le modèle du récépissé visé au point 7 de l'article 107 est arrêté par règlement grand-ducal.
9. S'abstenir de conduire tous les véhicules ou certains véhicules et, le cas échéant, remettre au greffe son permis de conduire contre récépissé ; toutefois, le juge d'instruction peut décider que la personne inculpée pourra faire usage de son permis de conduire pour l'exercice de son activité professionnelle.
10. S'abstenir de recevoir ou de rencontrer certaines personnes spécialement désignées par le juge d'instruction, ainsi que d'entrer en relation avec elles, de quelque façon que ce soit ;
11. Se soumettre à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication, sous réserve de l'article 24 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie ;
12. Fournir un cautionnement dont le montant et les délais de versement, en une ou plusieurs fois, sont fixés par le juge d'instruction, compte tenu notamment des ressources et des charges de la personne inculpée ;
13. Ne pas détenir ou porter une arme et, le cas échéant, remettre auprès d'un service de police contre récépissé les armes dont elle est détenteur ;
14. Contribuer aux charges familiales ou acquitter régulièrement les pensions alimentaires.

(L. du 20 juillet 2018) Le juge d'instruction peut placer une personne, soumise aux obligations visées à l'alinéa 2, points 1, 2 et 3, sous **surveillance électronique** au sens de l'article 690.

Art. 195-1. (L. du 20 juillet 2018)

En matière correctionnelle et criminelle, la juridiction ne peut prononcer une peine d'emprisonnement ou de réclusion sans sursis qu'après avoir spécialement motivé le choix de cette mesure. Toutefois, il n'y a pas lieu à motivation spéciale lorsque la personne est en état de récidive légale.

Art. 621. (L. 26 juillet 1986)

La **suspension** peut être ordonnée, de l'accord du prévenu ou de son avocat, par les juridictions de jugement, à l'exception de la cour d'assises, lorsque le fait ne paraît pas de nature à entraîner comme peine principale un emprisonnement correctionnel supérieur à deux ans et que la prévention est déclarée établie. (L. 27 juin 2008)

(L. 3 mars 2010) La suspension est exclue à l'égard des personnes physiques si, avant le fait motivant sa poursuite, le prévenu a encouru une condamnation irrévocable sans sursis à une peine d'emprisonnement correctionnel ou à une peine plus grave du chef d'infraction de droit commun. La suspension est exclue à l'égard des personnes morales si, avant le fait motivant sa poursuite, elle a encouru une condamnation irrévocable sans sursis à une amende correctionnelle ou à une peine plus grave du chef d'infraction de droit commun.

(L. 26 juillet 1986) La suspension peut être ordonnée d'office, requise par le ministère public ou demandée par le prévenu ou son avocat. (L. 27 juin 2008)

(L. 26 juillet 1986) La décision ordonnant la suspension en détermine la durée qui ne peut être inférieure à un an ni supérieure à cinq ans à compter de la date de la décision. Elle doit être motivée.

Art. 622. (L. 26 juillet 1986)

La décision ordonnant la suspension est prononcée en audience publique.

Dans le cas où la suspension est ordonnée, le prévenu est condamné aux frais et, s'il y a lieu, aux restitutions. La confiscation spéciale est prononcée.

Dans le même cas, la juridiction, saisie de l'action civile, est compétente pour y statuer ; elle statue également sur les dépens.

La suspension exclut l'application des dispositions prévoyant des interdictions, déchéances ou incapacités qui résulteraient d'une condamnation.

Art. 624. ([L. 26 juillet 1986](#))

La décision ordonnant la suspension met fin aux poursuites, si la suspension ne se trouve pas révoquée. La décision est, dans ce cas, rayée d'office du casier judiciaire.

([L. 3 mars 2010](#)) La révocation de la suspension a lieu de plein droit à l'égard des personnes physiques en cas de nouvelle infraction commise pendant le temps d'épreuve et ayant entraîné une condamnation irrévocable à une peine criminelle ou à un emprisonnement correctionnel principal de plus de six mois sans sursis. La révocation de la suspension a lieu de plein droit à l'égard des personnes morales en cas de nouvelle infraction commise pendant le temps d'épreuve et ayant entraîné une

condamnation irrévocable à une amende criminelle ou à une amende correctionnelle principale sans sursis d'un montant supérieur à 18.000 euros.

([L. 3 mars 2010](#)) La révocation de la suspension est facultative à l'égard des personnes physiques si la nouvelle infraction commise pendant le temps d'épreuve a entraîné une condamnation irrévocable à un emprisonnement correctionnel principal sans sursis d'un mois au moins et ne dépassant pas six mois. La révocation de la suspension est facultative à l'égard des personnes morales si la nouvelle infraction commise pendant le temps d'épreuve a entraîné une condamnation irrévocable à une amende correctionnelle principale sans sursis de 3.000 euros au moins et ne dépassant pas 18.000 euros.

Art. 626. ([L. 26 juillet 1986](#))

En cas de condamnation contradictoire à une peine privative de liberté et à l'amende, ou à l'une de ces peines seulement, les cours et tribunaux peuvent ordonner, par la même décision motivée, qu'il sera **sursis à l'exécution** de tout ou partie de la peine.

([L. 3 mars 2010](#)) Le sursis est exclu à l'égard des personnes physiques si, avant le fait motivant sa poursuite, le délinquant a été l'objet d'une condamnation devenue irrévocable, à une peine d'emprisonnement correctionnel ou à une peine plus grave du chef d'infraction de droit commun. Le sursis est exclu à l'égard des personnes morales si, avant le fait motivant sa poursuite, le délinquant a été l'objet d'une condamnation devenue irrévocable, à une amende correctionnelle ou à une peine plus grave du chef d'infraction de droit commun.

Art. 627. ([L. 3 mars 2010](#))

Si pendant le délai de sept ans, s'il s'agit d'une peine criminelle, de cinq ans s'il s'agit d'une peine correctionnelle ou de deux ans s'il s'agit d'une peine de police, à dater du jugement ou de l'arrêt, la personne physique condamnée n'a pas commis une nouvelle infraction ayant entraîné une condamnation à l'emprisonnement ou à une peine plus grave pour crime ou délit de droit commun, la condamnation sera comme non avenue.

Si pendant le délai de sept ans, s'il s'agit d'une peine criminelle ou de cinq ans s'il s'agit d'une peine correctionnelle, à dater du jugement ou de l'arrêt, la personne morale condamnée n'a pas commis une nouvelle infraction ayant entraîné une condamnation à l'amende correctionnelle ou à une peine plus grave pour crime ou délit de droit commun, la condamnation sera comme non avenue.

Dans le cas contraire, la première peine sera d'abord exécutée sans qu'elle puisse se confondre avec la seconde, sous réserve de l'article 629.

Art. 629. ([L. 26 juillet 1986](#))

En cas de condamnation à une peine privative de liberté pour infraction de droit commun, si le condamné n'a pas fait l'objet, pour crime ou délit de droit commun, d'une condamnation antérieure à une peine d'emprisonnement ou s'il n'a été condamné qu'à une peine d'emprisonnement assortie du sursis simple inférieure ou égale à un an, les cours et tribunaux peuvent en ordonnant qu'il sera sursis à l'exécution de tout ou partie de la peine principale pendant un temps qui ne pourra

être inférieur à trois années ni supérieur à cinq années, placer le condamné sous le régime du **sursis probatoire**.

Toutefois au cas où la condamnation antérieure aurait déjà été prononcée avec le bénéfice du sursis probatoire, les dispositions du premier alinéa sont inapplicables.

Si la condamnation antérieure a été prononcée avec le bénéfice du sursis simple, la première peine n'est exécutée, par dérogation aux dispositions de l'article 627, que si la seconde vient à l'être dans les conditions et délais prévus à l'article 631 ou à l'article 631-2. Cette première peine sera comme non avenue si la seconde peine est considérée comme non avenue dans les conditions et délais prévus à l'article 631-3.

Art. 629-1. ([L. 26 juillet 1986](#))

Les décisions ordonnant la **suspension du prononcé** de la condamnation peuvent placer le délinquant sous le régime de la « **suspension probatoire** ».

Art. 630. ([L. 26 juillet 1986](#))

Le régime de la suspension probatoire ou celui du sursis probatoire comporte pour le prévenu ou le condamné l'observation des mesures de surveillance et d'assistance prévues par les articles 633-5 et 633-6 en vue du reclassement social des délinquants, ainsi que l'observation de celles des obligations prévues par l'article 633-7 et qui lui auraient été imposées spécialement par l'arrêt ou le jugement.

Art. 633-5. ([L. 26 juillet 1986](#))

Les mesures de surveillance imposées au prévenu et au condamné placés respectivement sous le régime de la suspension probatoire et sous celui du sursis probatoire sont les suivantes:

1. répondre aux convocations du procureur général d'Etat ou des agents du service central d'assistance sociale;
2. recevoir les visites des agents du service central d'assistance sociale et leur communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de leurs moyens d'existence;
3. justifier éventuellement des motifs de leurs changements d'emploi ou de résidence;
4. prévenir le service central d'assistance sociale des changements de résidence.

Art. 633-6. ([L. 26 juillet 1986](#))

Les mesures d'assistance ont pour objet de susciter et de seconder les efforts du prévenu et du condamné en vue de leur reclassement social et notamment de leur réadaptation familiale et professionnelle.

Elles s'exercent sous la forme de guidance et, s'il y a lieu, de l'aide matérielle apportées par le service central d'assistance sociale ou, sur son intervention, par tout organisme d'assistance ou d'aide sociale.

Art. 633-7. ([L. 26 juillet 1986](#))

La décision plaçant le prévenu sous le régime de la **suspension probatoire** ou le condamné sous celui du **sursis probatoire** peut leur imposer l'observation d'une ou de plusieurs obligations et notamment celles:

1. d'exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle;
2. d'établir sa résidence en un lieu déterminé;
3. de se soumettre à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication;
4. de contribuer aux charges familiales ou d'acquitter régulièrement les pensions alimentaires;
5. de réparer les dommages causés par l'infraction;
6. d'exécuter certains travaux dans l'intérêt de la communauté selon les modalités à fixer par le procureur général d'Etat.

Art. 634. ([L. 12 avril 2015](#))

Les dispositions concernant la **suspension simple** et le **sursis simple** sont applicables respectivement aux prévenus et condamnés n'habitant pas le Grand-Duché de Luxembourg.

Celles concernant la suspension probatoire et le sursis probatoire sont applicables à l'étranger n'habitant pas le Grand-Duché de Luxembourg s'il a sa résidence légale habituelle:

- dans un autre Etat membre de l'Union européenne, ou
- dans un Etat qui a ratifié la Convention européenne pour la surveillance des personnes condamnées ou libérées sous condition , ou
- dans un Etat lié au Grand-Duché de Luxembourg par une convention relative à l'exécution des peines ou à la suspension probatoire.

Art. 673.

(1) Le procureur général d'Etat peut décider l'exécution d'une peine privative de liberté selon les modalités suivantes : **l'exécution fractionnée**, la **semi-liberté**, le **congé pénal**, la **suspension de l'exécution de la peine**, la **libération anticipée**, la **libération conditionnelle** et le placement sous **surveillance électronique**.

(2) Pour l'application de ces modalités, le procureur général d'Etat tient compte de la personnalité du condamné, de son **état de santé**, de son **milieu de vie**, de son **comportement et de son évolution en milieu carcéral**, de ses **efforts en vue de son insertion**, de la **prévention de la récidive**, du risque réel d'un **danger de fuite**, de **l'attitude du condamné à l'égard de la victime** ainsi que de la protection et des intérêts de cette dernière, ou encore du **respect du plan volontaire d'insertion**.

(3) Le procureur général d'Etat peut assortir l'octroi des mesures visées au paragraphe 1^{er} de **mesures d'assistance et de contrôle** du condamné ainsi que de modalités et de conditions à respecter par le condamné en tenant compte des aspects visés au paragraphe 2, et charger le service central d'assistance sociale du contrôle de l'application des modalités et conditions imposées, ainsi que de l'assistance au condamné.

(4) Le procureur général d'Etat peut charger le service central d'assistance sociale de lui transmettre toutes les informations qu'il juge nécessaires avant de prendre une décision. En outre, si le condamné est détenu, le procureur général d'Etat peut saisir la **commission consultative à l'exécution des peines** instituée aux fins d'évaluer

les critères énoncés au paragraphe 2 et de proposer les mesures prévues au paragraphe 3.

La commission consultative est composée du directeur du centre pénitentiaire dont relève le condamné, du membre des services psycho-sociaux et socio-éducatifs pénitentiaires et de l'agent de probation du service central d'assistance sociale en charge du suivi du condamné concerné, ainsi que d'un nombre égal de suppléants. Elle est présidée par le directeur du centre pénitentiaire dont relève le condamné ou son suppléant. Le secrétariat est assuré par un agent de l'administration pénitentiaire. Le président peut inviter toute autre personne susceptible de contribuer utilement à l'exécution de la mission de la commission.

(5) L'aménagement de la peine suivant une ou plusieurs des modalités prévues au paragraphe 1^{er} emporte pour tout condamné l'obligation de répondre aux convocations de toute autorité et de tout service désigné dans la décision ayant accordé cet aménagement.

(6) En cas d'inobservation par le condamné des modalités et conditions attachées à la décision accordant une des mesures prévues au paragraphe 1^{er} ou en cas de nouvelle condamnation, le **procureur général d'État peut révoquer la mesure**. S'il décide de maintenir la mesure, il peut soit modifier les modalités et conditions auxquelles la mesure était soumise, soit y ajouter des modalités et conditions supplémentaires.

(7) En cas de refus d'une demande en vue de l'octroi d'une des modalités d'aménagement de la peine visées au paragraphe 1^{er}, une nouvelle demande en vue de l'octroi de la même modalité d'aménagement de la peine introduite avant l'expiration d'un délai de deux mois est irrecevable, sauf lorsque des éléments nouveaux sont survenus depuis le refus. Ce délai court à partir du jour de la notification de la décision de refus du procureur général d'État ou, en cas de recours, du jour de la notification de l'ordonnance de la chambre de l'application des peines ayant rejeté le recours contre cette décision.

(8) Toute victime d'une infraction pénale au sens de l'article 4-1 qui a manifesté le désir d'être informée d'une mesure visée au paragraphe 1^{er} en est informée par le procureur général d'État. Dans ces cas, la victime est avisée en même temps que le condamné de toute décision du procureur général d'État comportant une mise en liberté, qu'elle soit temporaire ou définitive. La victime est également avisée en cas d'évasion du détenu.

Art. 674.

(1) Le procureur général d'État peut décider d'exécuter une peine privative de liberté inférieure ou égale à six mois sous forme de **travail d'intérêt général** non rémunéré, selon les dispositions de l'article 22 du Code pénal.

(2) Le procureur général d'État peut décider que le condamné commence l'exécution ou subira le restant d'une ou de plusieurs peines privatives de liberté au centre pénitentiaire de **Givenich**. Il peut lui accorder la **semi-liberté** si les conditions prévues par l'article 680 sont remplies.

(3) Lorsque le comportement d'un condamné détenu au centre pénitentiaire de Givenich est devenu incompatible avec son maintien en milieu semi-ouvert pour des faits d'inconduite, d'un risque réel de fuite ou de la commission d'une nouvelle infraction pénale, de nouvelle condamnation ou d'inobservation par le condamné des modalités et conditions prévues à l'article 673, paragraphe 3, pour des raisons médicales ou pour un fait disciplinaire passible du retransfèrement vers un autre centre pénitentiaire, le directeur du centre pénitentiaire de Givenich informe le procureur général d'État qui peut ordonner le **retransfèrement vers un autre centre pénitentiaire**. Cette décision suspend automatiquement les mesures d'aménagement de peine dont bénéficiait le condamné.

Art. 675.

(1) Le procureur général d'État, avant de prendre sa décision quant à l'exécution d'une peine privative de liberté, **peut convoquer la personne condamnée pour un entretien**. Elle peut se faire assister par un avocat.

(2) Sous réserve de l'article 671, le procureur général d'État fixe le jour à partir duquel commence l'exécution de la peine avec les modalités et conditions le cas échéant décidées en application des articles 672 à 674 et en informe le condamné.

Art. 679.

(1) Les peines privatives de liberté inférieures ou égales à un an ainsi que les peines initialement y supérieures mais dont la durée restant à purger est inférieure ou égale à un an peuvent être **exécutées par fractions** d'une durée minimale d'un mois chacune. Pour des peines inférieures ou égales à trois mois, l'exécution peut même se faire par journées séparées pendant les fins de semaines, les jours fériés et la période de congés annuels.

(2) Le travail presté lors de l'exécution fractionnée d'une peine peut, pour les condamnés salariés, se cumuler avec la durée légale du travail.

Art. 680.

(1) La **semi-liberté** est le régime dans lequel le condamné est en droit de quitter régulièrement le centre pénitentiaire pour exercer à l'extérieur une activité professionnelle, pour suivre un enseignement, une formation professionnelle, un traitement médical ou thérapeutique, ou pour toute autre activité reconnue. Le travail presté lors de la semi-liberté peut, pour les condamnés salariés, se cumuler avec la durée légale du travail.

(2) Le procureur général d'État peut décider le transfèrement d'un détenu au centre pénitentiaire de **Givenich** s'il considère que les contraintes plus sévères et inhérentes au régime fermé ne sont pas nécessaires à une exécution régulière de la peine privative de liberté, l'insertion du condamné ou la sécurité publique.

(3) L'octroi de la semi-liberté entraîne le transfèrement du condamné au centre pénitentiaire de Givenich, sauf décision contraire spécialement motivée.

Art. 681.

Le régime de la **semi-liberté** peut être appliqué au condamné dès le premier jour de sa détention.

Art. 682.

Une partie de la **rémunération** est affectée au paiement des réparations des dommages causés par l'infraction, des frais de justice et des amendes, s'il y a lieu. Cette partie est déterminée par le procureur général d'État, le cas échéant sur avis de la commission prévue à l'article 678.

Art. 683.

Le **congé pénal** constitue une autorisation de quitter le centre pénitentiaire, soit pendant une partie de journée, soit pendant des périodes, consécutives ou non, de vingt-quatre heures, ce temps comptant pour la computation de la durée de la peine.

Art. 684.

(1) Un congé pénal peut être octroyé :

- a) au condamné à la réclusion à vie, après une détention d'au moins dix ans,
- b) au condamné en état de récidive légale dont la durée de la peine ou des peines cumulées à subir est égale ou supérieure à vingt ans, après une détention d'au moins dix ans,
- c) au condamné en état de récidive légale dont la durée de la peine ou des peines cumulées à subir est inférieure ou égale à vingt ans, à l'expiration d'une détention de la moitié de cette durée, et
- d) à tous les autres condamnés, à l'expiration de la détention d'un tiers de la peine ou des peines cumulées à subir.

(2) Dans des cas exceptionnels et urgents, des dérogations à ces périodes peuvent être accordées pour des motifs d'ordre administratif, médical, socio-familial ou professionnel.

Art. 685.

Avant une possible libération conditionnelle ou l'élargissement définitif du condamné, une **suspension de l'exécution de la peine** peut être accordée dans l'intérêt de l'insertion du condamné. La suspension de l'exécution de la peine est comptée pour la computation de la durée de la peine.

Art. 686.

(1) Le condamné étranger en séjour irrégulier sur le territoire luxembourgeois et qui a fait l'objet d'une interdiction du territoire peut bénéficier d'une **libération anticipée** sans application du régime de la libération conditionnelle, si toutefois il a exécuté au moins la partie de sa peine prévue à l'article 687, paragraphe 1^{er}.

(2) En cas de non-respect de l'interdiction du territoire, le restant de la peine devient exécutoire sans autre procédure ou formalité.

Art. 687.

- (1) Une **libération conditionnelle** peut être octroyée :
 - a) au condamné à la réclusion à vie, après une détention d'au moins quinze ans ;
 - b) au condamné en état de récidive légale dont la durée de la peine ou des peines cumulées à subir est supérieure à vingt-deux ans et six mois, après une détention de quinze ans ;
 - c) au condamné en état de récidive légale dont la durée de la peine ou des peines cumulées à subir est inférieure ou égale à vingt-deux ans et six mois, après avoir accompli une détention des deux tiers de cette durée, et
 - d) à tous les autres condamnés, après l'expiration de la détention de la moitié de la peine ou des peines cumulées à subir.
- (2) La décision accordant une libération conditionnelle est assortie d'un **temps d'épreuve**. Lorsque la peine en cours d'exécution est une peine correctionnelle, le temps d'épreuve ne peut être inférieur à la durée de la partie de la peine non subie ou de la durée cumulée des peines non subies au moment de la libération ; il peut la dépasser pour la période d'un an au plus. Lorsque la peine en cours d'exécution est une peine criminelle, le temps d'épreuve ne peut être inférieur à cinq ans, ni supérieur à dix ans. Si, à l'expiration du temps d'épreuve, la libération conditionnelle n'a pas été révoquée, la peine est considérée comme subie, sauf si une nouvelle infraction a été commise au cours du temps d'épreuve. En cas de révocation, le restant de la peine devient intégralement exécutoire sans autre formalité ou procédure.
- (3) En cas de révocation de la libération conditionnelle, le procureur d'État du lieu de résidence du condamné de même que celui du lieu où il peut être trouvé peuvent, si nécessaire, faire procéder à l'arrestation du condamné, sauf à en référer, dans les deux jours, au procureur général d'État. Si la révocation est prononcée, son effet remonte au jour de l'arrestation.

Art. 688.

- (1) Peut bénéficier du placement sous **surveillance électronique** le condamné dont la peine privative de liberté est inférieure ou égale à trois ans, ou dont le restant d'une peine initialement supérieure correspond à cette durée, et qui justifie :
 - a) de l'exercice d'une activité professionnelle, même temporaire, du suivi d'un stage, d'un enseignement, ou d'une formation professionnelle dans le cadre de son inscription comme demandeur d'emploi auprès de l'administration de l'emploi, ou
 - b) de sa participation effective à la vie de sa famille, ou
 - c) de la nécessité de suivre un traitement médical ou thérapeutique.
- (2) Le placement sous surveillance électronique peut être combiné avec les autres modalités d'exécution des peines prévues au présent chapitre. L'application de la mesure est décidée après une enquête sociale, à effectuer par le service central d'assistance sociale, et une enquête technique, à la demande du procureur général d'État. Le placement sous surveillance électronique est compté pour la computation de la durée de la peine.

Art. 689.

- (1) Le placement sous surveillance électronique emporte pour le condamné l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné dans la décision de placement hormis des périodes fixées par celle-ci, et l'obligation de s'absenter de ces lieux pendant les périodes où il est censé participer aux activités visées à l'article 688, paragraphe 1^{er}. Les périodes et les lieux sont fixés en tenant compte de l'exercice d'une ou de plusieurs de ces activités.
- (2) Lorsqu'un lieu à désigner n'est pas le domicile ou la résidence habituelle du condamné, la décision de placement sous surveillance électronique ne peut être prise qu'avec l'accord du maître des lieux.

Art. 690.

- (1) Le contrôle de l'exécution de la mesure est assuré au moyen d'un procédé électronique permettant de vérifier à distance le respect des obligations et interdictions imposées par la décision de placement, ce qui peut comporter, en cas de nécessité, la localisation géographique du condamné en temps réel. La mise en œuvre de ce procédé peut conduire à imposer au condamné, pendant toute la durée du placement sous surveillance électronique, le port d'un dispositif intégrant un émetteur et un localisateur géographique, ou l'un des deux.
- (2) La mise en œuvre technique du procédé électronique visé au paragraphe 1^{er} peut être confiée à une personne de droit privé.

Au plan international

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

13. Les détenus infectés par le VIH ne devraient pas être exclus du bénéfice de mesures telles que le placement dans des foyers ou centres de semi-liberté, ou tout autre type de prison ouverte ou à sécurité réduite.
14. Dans toute la mesure du possible, les détenus infectés par le VIH en phase terminale devraient pouvoir bénéficier de mesures de libération anticipée et recevoir un traitement approprié en dehors de la prison.
20. Des **mesures alternatives à l'emprisonnement** en vue d'inciter les toxicomanes à se faire traiter dans des institutions sanitaires ou sociales devraient être davantage utilisées par les tribunaux ou les autres autorités compétentes.

Les toxicomanes devraient être encouragés à suivre de tels programmes sanitaires.

Déclaration du Groupe Pompidou sur les coûts et les conséquences des politiques de contrôle des drogues (P-PG (2017) 9 final 29 octobre 2018)

9. Le principe de réaction proportionnée aux infractions liées aux drogues tend de plus en plus à s'imposer et figure dans plusieurs documents d'orientation importants tels que le rapport des Nations Unies intitulé « Report of the International Narcotics Control Board for 2016 ». De nombreux intervenants européens n'ont cessé de proposer et favoriser des alternatives aux peines coercitives. Le récent Plan d'action antidrogue de l'UE pour la période 2017-2020 appelle explicitement au recours à des peines alternatives pour les délinquants toxicomanes. Des réactions proportionnées et un recours accru aux sanctions alternatives peuvent garantir la légitimité des politiques de contrôle des drogues et le soutien continu à celles-ci.

Plan d'action antidrogue de l'UE pour la période 2017-2020⁷⁵

5. Améliorer l'efficacité de la coopération judiciaire et de la législation au sein de l'Union européenne
22. *Actions* : Au niveau des ÉM, prévoir et appliquer, le cas échéant, dans le respect de leur cadre juridique, des solutions de remplacement à l'imposition de sanctions coercitives pour les délinquants toxicomanes, telles que les suivantes:
- a. éducation
 - b. (sursis assorti d'une obligation de) traitement
 - c. suspension des enquêtes ou des poursuites
 - d. Réadaptation et guérison
 - e. postcure et réinsertion sociale.

Calendrier : 2017- 2020

Instance responsable : ÉM Groupe de travail du Conseil (GHD DROIPEN)

Indicateurs :

- Augmentation de la disponibilité et mise en œuvre renforcée de solutions de remplacement aux sanctions coercitives pour les délinquants toxicomanes dans les domaines de l'éducation, du traitement, de la réadaptation, de la postcure et de l'insertion sociale
- Renforcement du suivi, de la mise en œuvre et de l'évaluation des solutions de remplacement aux sanctions coercitives
- Type et nombre de solutions de remplacement aux sanctions coercitives prévues et mises en œuvre par les ÉM
- Informations relatives à l'efficacité du recours à des solutions de remplacement à l'imposition de sanctions coercitives

⁷⁵ Plan d'action antidrogue de l'UE (2017-2020) (2017/C215/02)
<https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan-action-antidrogues-ue-2017-2020.pdf>

Mécanismes de collecte de données/d'évaluation : Rapports de l'OEDT/Ensemble de rapports nationaux dans le cadre du réseau Reitox Rapports des ÉM

Prévention.

Au plan national

Code de procédure pénale

Art. 670.

L'exécution des peines privatives de liberté favorise, dans le respect des intérêts de la société et des droits des victimes, l'insertion des condamnés ainsi que la prévention de la récidive.

Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire (LAP)

Art. 23.

- (1) Les permis de visite des condamnés sont délivrés par le directeur du centre pénitentiaire. Les visites des prévenus sont autorisées par le magistrat compétent ; elles requièrent, en outre, la délivrance d'un permis de visite délivré par le directeur du centre pénitentiaire.
- (2) Les **visites** ont lieu soit **en la présence, soit hors la présence d'un membre du personnel de l'administration pénitentiaire**. Les détenus incarcérés dans un même centre pénitentiaire peuvent se rencontrer dans le cadre des visites.
- (3) Au centre pénitentiaire de Givenich, les visites sont organisées d'office sous forme de sorties temporaires du centre.
- (4) Les visites ou sorties temporaires ne peuvent être interdites ou restreintes par décision du directeur que dans l'intérêt du bon ordre et de la sécurité du centre pénitentiaire et de tiers ou si l'insertion du condamné risque d'en être compromise.
- (5) **Un règlement grand-ducal détermine les modalités de l'exercice des visites et des sorties temporaires.**

Art. 24.

- (1) **L'accès** aux centres pénitentiaires **et la communication** avec les détenus, sans préjudice des dispositions de l'article 37, **sont libres** pour l'exercice de leurs fonctions ou l'accomplissement de leurs missions aux autorités judiciaires, au médiateur et au comité luxembourgeois des droits de l'enfant (ORK), aux députés, ainsi qu'aux personnes dûment déléguées par ces autorités et institutions, aux agents consulaires et diplomatiques des autres pays, de même qu'au personnel de l'administration pénitentiaire et du service central d'assistance sociale. Tous les autres visiteurs ne sont admis que conformément à l'article 23.
- (2) L'accès du détenu à son avocat au centre pénitentiaire est garanti.
- (3) **Les modalités d'exécution du présent article sont déterminées par règlement grand-ducal.**

Art. 37.

- (1) **L'accès de toute personne**, y compris de celles visées à l'article 24, à un centre pénitentiaire **peut être soumis à un contrôle de sécurité et de sûreté** de la personne, de son identité, de ses bagages et effets personnels, ainsi que du véhicule et de son chargement lorsque ce véhicule entre dans l'enceinte du centre pénitentiaire. Ce contrôle ne peut pas porter sur des dossiers, documents ou pièces qui sont couverts par un secret professionnel ou qui relèvent du secret de l'instruction. Les porte-documents ou autres récipients dans lesquels se trouvent les dossiers, documents ou pièces concernés ne peuvent faire l'objet que d'un contrôle visuel sommaire permettant de constater qu'ils ne contiennent pas d'objets, matières et substances prohibés par la loi ou interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, à l'exclusion de tout contrôle qui permettrait de prendre connaissance du contenu des dossiers, documents ou pièces concernés.
- (2) Les visiteurs au sens de l'article 23 peuvent être soumis à une **fouille simple** et, le cas échéant, à une **fouille intégrale** prévues par l'article 38 pour les raisons y indiquées. Les autres personnes demandant accès à un centre pénitentiaire peuvent uniquement être soumises à une fouille simple.
- (3) L'accès au centre pénitentiaire est refusé à toute personne qui ne se soumet pas aux contrôles prévus par le présent article.
- (4) Le présent article ne s'applique pas aux agents des services de secours, d'incendie et de sauvetage dans l'exercice de leurs missions, ni aux agents de la Police chargés de l'extraction et du transfèrement des détenus ou en cas d'intervention en application de l'article 46.

Art. 38.

- (1) Sur ordre du directeur du centre pénitentiaire chaque détenu est soumis à une **fouille simple** lorsqu'un ou plusieurs **indices ou des informations** permettent de présumer que le détenu dissimule sur son corps des objets, matières ou substances dont la possession est prohibée par la loi ou interdite par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2. La **fouille simple** est réalisée au moyen d'une palpation du corps ou à l'aide de moyens de détection électronique sans que le détenu ait à se dévêtir partiellement ou intégralement.
- (2) Une **fouille intégrale**, comportant l'obligation pour le détenu de se dévêtir partiellement ou intégralement, peut être ordonnée lorsque les moyens utilisés dans le cadre de la fouille simple sont insuffisants. La fouille intégrale consiste dans le contrôle visuel de la surface nue du corps, de l'intérieur de la bouche et des oreilles, ainsi que des aisselles et de l'entre-jambes du détenu.
- (3) Pour des raisons dûment motivées tenant à l'existence d'indices ou d'informations visé au paragraphe 1er, le détenu peut être soumis à une **fouille intime** qui consiste dans le contrôle des cavités ou ouvertures corporelles autres que celles visées au paragraphe 2, le détenu étant dévêtu partiellement ou intégralement.

Les fouilles intimes sont effectuées, sur réquisition du directeur du centre pénitentiaire, par un **médecin autre que le médecin traitant du détenu contrôlé**.

- (4) Les fouilles intégrales et les fouilles intimes sont effectuées à l'abri des regards de tierces personnes.

Le **dévétement intégral du détenu** lors des fouilles intégrale et intime ne peut se faire qu'**en deux temps**. Les fouilles simples sont effectuées par deux membres du personnel de l'administration pénitentiaire dont un au moins du même sexe que le détenu. Les fouilles intégrales et intimes sont effectuées par deux membres au moins du personnel de l'administration pénitentiaire du même sexe que le détenu. Les membres du personnel de l'administration pénitentiaire effectuant les fouilles prévues par le présent article sont désignés parmi ceux qui ont suivi une **formation spéciale** les préparant à cette tâche.

- (5) Les **fouilles** prévues par le présent article peuvent être effectuées soit lors de l'**admission** du détenu au centre pénitentiaire, soit lors de **chaque entrée ou sortie** du détenu, soit **pendant son séjour** au centre pénitentiaire. Elles doivent être effectuées dans le respect de la dignité humaine et éviter toute humiliation des détenus fouillés. Les vêtements, bagages et effets personnels des détenus sont soumis aux dispositions de l'article 37, paragraphe 1er, et de l'article 39.
- (6) **Les modalités d'exécution des fouilles prévues par le présent article sont déterminées par règlement grand-ducal.**

Art. 39.

Les **cellules**, avec tous les objets et effets qui s'y trouvent, peuvent être soumis à des **contrôles de sûreté et de sécurité**.

Les modalités d'exécution des contrôles prévus par le présent article sont déterminées par règlement grand-ducal.

Art. 40.

- (1) Sur décision du directeur du centre pénitentiaire, les **objets, matières et substances trouvés** lors d'une fouille ou d'un contrôle d'un détenu ou de sa cellule sont traités comme suit :
- (a) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances prohibés par la loi, ils sont remis aux autorités compétentes.
- (b) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances qui sont interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, sans pour autant être prohibés par la loi et dont l'appartenance à un détenu a pu être établie, ils sont conservés par l'administration pénitentiaire pour être remis au détenu lors de sa libération.
- (c) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances qui sont interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, sans pour autant être prohibés par la loi et dont l'appartenance à un détenu n'a pas pu être établie, ils sont pris sous consigne pour une durée de six mois avant d'être éliminés. Si un

détenu a raisonnablement établi que l'objet, la matière ou la substance concernés lui appartiennent, les dispositions du point (b) s'appliquent.

- (2) Par dérogation aux dispositions des points (b) et (c) du paragraphe 1er, les denrées alimentaires et les objets, matières ou substances périssables ou insalubres sont éliminés immédiatement.
- (3) Le traitement des objets, matières et substances conformément aux paragraphes 1 et 2 est sans préjudice de poursuites disciplinaires ou pénales éventuelles.

Art. 41.

- (1) Les détenus peuvent être soumis à des **tests de dépistage** de substances prohibées par la loi ou interdites par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, lors de chaque entrée et sortie du centre pénitentiaire, de même que, pendant leur séjour au centre pénitentiaire. Les tests sont ordonnés par le directeur du centre pénitentiaire.
- (2) Les tests de dépistage destinés aux mêmes fins peuvent être effectués concernant des substances susceptibles de constituer des substances visées au paragraphe 1er découvertes lors des contrôles effectués en application de l'article 39.

Cour d'appel Luxembourg, 20 avril 2016 :

« (...) »

Même si l'alcool et la drogue font – des dires de l'Etat – partie du quotidien du milieu carcéral, la Cour retient qu'un détenu ivre agressant les codétenus en salle commune n'est pas le signe d'un fonctionnement normal des services pénitentiaires dans le cadre de leur devoir de surveillance, l'état alcoolisé de celui-ci n'ayant légitimement pu leur échapper. ».

Encore faut-il que ce dysfonctionnement soit en relation causale avec le dommage accru à A. (...)

Note du Contrôleur externe : ceci n'a pas été retenu dans le présent arrêt de la Cour d'appel

- Au plan international

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

10. La politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle. Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait pouvoir dispenser des soins médicaux, psychiatriques et dentaires, et mettre en œuvre des **programmes d'hygiène et de traitement préventif**, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie le reste de la population. Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire devraient pouvoir faire appel à des **spécialistes**. Si un second avis est nécessaire, il incombe au service de santé de le solliciter.

28. Des **explications** devraient être données sur les avantages du dépistage volontaire et anonyme des maladies transmissibles, et sur les risques que présentent les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et la contamination par le VIH ; les personnes qui acceptent de subir un test doivent avoir accès à une consultation médicale de suivi.
29. Le **programme d'éducation à la santé** devrait avoir pour but d'encourager le développement de styles de vie sains et permettre aux détenus de prendre des décisions opportunes concernant leur santé et celle de leur famille, de préserver et de protéger leur intégrité personnelle, de diminuer les risques de dépendance et de rechute. Cette approche devrait inciter les détenus à participer à des programmes de santé dans lesquels leur sont enseignés de façon cohérente des stratégies et des comportements destinés à réduire au minimum les risques pour leur santé.
36. Des **mesures prophylactiques appropriées** devraient être prises afin de **prévenir les maladies sexuellement transmissibles** en milieu pénitentiaire.
42. La **vaccination** étant l'unique méthode efficace de prévention contre la propagation de l'hépatite B, elle devrait être proposée aux détenus et au personnel. Les hépatites B et C étant transmises par usage intraveineux des drogues et par contamination par le sang ou le sperme, il importe de dispenser l'information nécessaire et de mettre en place des **moyens de prévention appropriés**.
44. Le médecin exerçant en milieu pénitentiaire devrait encourager les détenus à suivre des programmes d'assistance sociale et psychothérapique afin de prévenir les risques de toxicomanie, de consommation abusive de médicaments et d'alcoolisme.
46. Si un détenu subit une cure de désintoxication, le médecin devrait l'encourager à faire usage de tous les dispositifs existants pour éviter une rechute, aussi bien durant son incarcération qu'après sa sortie de l'établissement pénitentiaire.

3^e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part

52. Les services de santé des prisons ne devraient pas limiter leur intervention aux prestations de soins à des détenus malades. Ils devraient également être investis d'une **responsabilité de médecine sociale et préventive**.
54. Un service de santé dans une prison doit s'assurer qu'une **information sur les maladies transmissibles** (en particulier hépatite, sida, tuberculose, affections dermatologiques) est diffusée régulièrement, tant à l'intention des détenus que du personnel pénitentiaire. Le cas échéant, un contrôle médical de l'entourage (co-détenus, personnel pénitentiaire, visiteurs fréquents du détenu en question) doit être mis en œuvre.
55. En ce qui concerne plus particulièrement le sida, des **conseils adéquats** devraient être fournis avant et, si nécessaire, après tout test de dépistage. Il faut assurer au personnel pénitentiaire une formation suivie portant sur les **mesures préventives** à prendre et les conduites à observer concernant la

séropositivité au V.I.H., avec indication de **consignes appropriées quant à la non- discrimination et à la confidentialité.**

57. La **prévention des suicides** constitue un autre domaine relevant de la compétence d'un service de santé pénitentiaire. Celui-ci devrait assurer une sensibilisation à ce problème au sein de l'établissement ainsi que la mise en place de dispositifs appropriés.
58. Le contrôle médical lors de l'admission, et la procédure d'accueil dans son ensemble, ont un rôle important à jouer dans ce domaine ; effectué convenablement, ce processus peut permettre d'identifier au moins un certain nombre de sujets à risque et atténuer en partie l'anxiété éprouvée par tous les détenus nouvellement arrivés.
En outre, tout fonctionnaire pénitentiaire, quel que soit son travail, doit être rendu **attentif aux signes de risque suicidaire** - ce qui implique d'être formé à les reconnaître. A cet égard, il est à noter que les périodes précédant ou suivant immédiatement un procès et quelquefois la période proche de la libération se caractérisent par une augmentation du risque de suicide.
59. Une personne identifiée comme présentant un risque de suicide doit être placée, aussi longtemps que nécessaire, en observation particulière. En outre, de telles personnes ne devraient pas avoir un accès facile à des objets leur permettant de se suicider (barreaux des fenêtres, verre brisé, ceintures, cravates, etc.).

Des mesures devraient également être prises pour assurer une **bonne circulation de l'information** - tant au sein d'un établissement donné que, si nécessaire, entre des établissements (et plus particulièrement entre leurs services de santé respectifs) - au sujet des personnes ayant été identifiées comme potentiellement à risque.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

6. Un **effort d'information particulier** devrait être réalisé, tant auprès des personnels des établissements pénitentiaires que des détenus, pour s'assurer de leur connaissance des **modes de transmission** du VIH ainsi que du **respect des règles d'hygiène et des précautions de nature à réduire les risques de contamination** durant leur détention et après leur sortie.

Les autorités sanitaires et pénitentiaires devraient s'attacher à fournir des informations et, si nécessaire, des conseils personnalisés sur les pratiques à risque.

Il est souhaitable de mettre à la disposition des détenus le **matériel d'information dans une langue qu'ils peuvent comprendre** et, si nécessaire, en tenant compte de leur origine culturelle.

7. Le souci de prévention du VIH/sida devrait conduire les autorités pénitentiaires et sanitaires à rendre accessibles les **préservatifs** aux détenus pendant l'incarcération et avant les sorties provisoires ou définitives. A cet égard, il convient de laisser à chaque Etat le soin de choisir la voie la plus appropriée : service médical, vente en cantine ou tout autre moyen adapté en fonction de l'évolution des mentalités, du type de population incarcérée et du fonctionnement propre à chaque établissement pénitentiaire.
17. Les responsables des établissements pénitentiaires devraient adopter, autant que possible, des mesures tendant à **empêcher l'introduction illicite de drogue et de matériels d'injection dans les prisons**. Toutefois, de telles mesures ne devraient pas remettre en cause l'évolution consistant à mieux intégrer l'institution pénitentiaire dans son environnement social et économique.
18. La prévention commande de mettre en place et de développer des **programmes d'éducation** pour la santé afin de minimiser les risques et notamment d'y inclure des informations sur la nécessité de désinfecter le matériel d'injection ou d'avoir recours à du matériel à usage unique.

Un **désinfectant** devrait être mis à la disposition des détenus, non seulement pour les prémunir contre les maladies transmissibles, mais aussi pour leur donner les moyens de suivre les règles d'hygiène.
21. Dans le cadre du programme de **visites non surveillées**, les détenus et leur famille, conjoint ou partenaires doivent se voir proposer des informations, des consultations-conseils et un soutien dans le domaine du VIH/sida.

Des **moyens de prévention et de contraception**, conformément à la législation en vigueur dans la communauté, devraient être mis à la disposition des détenus et de leurs partenaires.
23. Des **programmes d'éducation pour la santé** adaptés aux besoins des détenus, notamment des jeunes détenus pour les inciter à des attitudes et à des comportements favorables à la prévention des maladies transmissibles, y compris du VIH/sida, devraient être mis en œuvre.
27. La **lutte contre les maladies transmissibles**, y compris le VIH/sida, nécessite en priorité des mesures de prévention et d'information de nature à sensibiliser et à responsabiliser le public.
28. La **sanction de la propagation des maladies transmissibles** et du VIH/sida devrait être envisagée dans le cadre des incriminations déjà existantes et l'intervention du droit pénal devrait être considérée comme l'ultima ratio.
29. Une telle intervention du droit pénal devrait tendre à sanctionner ceux qui, en dépit des campagnes d'information et de sensibilisation en vue d'éviter la propagation du VIH/sida, ont néanmoins porté atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou à la santé d'autrui.
30. Les responsables des services de santé ou les opérateurs sanitaires qui ont violé les normes et les pratiques tendant à empêcher la diffusion des maladies transmissibles ou qui n'accomplissent pas leur devoir de soigner des personnes

infectées par le VIH/sida, devraient relever de sanctions disciplinaires et, le cas échéant, des règles pénales en vigueur.

CEDH

Dans sa décision en l'affaire **Marro et autres c. Italie** (requête no 29100/07), la Cour européenne des droits de l'homme déclare, à l'unanimité, la requête irrecevable. Cette décision est définitive.

L'affaire concerne la mort d'un détenu toxicomane par overdose.

La Cour considère que les autorités italiennes avaient seulement **l'obligation de mettre en œuvre des mesures adéquates afin d'empêcher le trafic de stupéfiants en milieu carcéral**. En l'espèce, aucun manquement n'a pu être constaté de la part du personnel pénitencier. En effet, le personnel pénitencier avait mis en œuvre de nombreuses mesures (fouilles, inspection des colis, etc.) pour lutter contre l'introduction de drogue en milieu carcéral. Compte tenu de la marge d'appréciation dont jouissent les autorités, la Cour conclut donc **qu'on ne saurait engager la responsabilité de l'État du seul fait qu'un détenu ait pu avoir accès à des stupéfiants**.

Prise en charge (en milieu carcéral).

Au plan national

Dispositions générales :

Loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire :

Art. 21.

- (1) L'administration pénitentiaire assure **le suivi psycho-social et l'encadrement socio-éducatif** de tous les détenus.
- (2) L'élaboration et la mise en oeuvre du **plan volontaire d'insertion** sont de la compétence des centres pénitentiaires. Au sein d'un centre pénitentiaire, l'élaboration et la mise en oeuvre du plan volontaire d'insertion sont coordonnées par le service psycho-social et socio-éducatif.
- (3) **Chaque condamné se voit proposer un plan volontaire d'insertion** qui a comme objet de déterminer les mesures à prendre pendant la détention afin de favoriser son insertion.
- (4) L'élaboration du plan volontaire d'insertion est entamée **dès la condamnation définitive** et avec la participation du condamné et en coordination avec l'agent de probation du service central d'assistance sociale compétent pour ce dernier. Le contenu du plan volontaire d'insertion peut porter sur :
 - (a) des programmes de développement des compétences du condamné relatives à son employabilité et à son assiduité au travail ;
 - (b) des programmes d'enseignement ou de formation ;
 - (c) des **programmes de suivi psychosocial et d'encadrement socio-éducatif** ;
 - (d) des **programmes de suivi psychothérapeutique ou psychologique** ;
 - (e) l'indemnisation et la réparation des torts causés aux victimes.
- (5) D'un commun accord entre le condamné et les services psycho-sociaux et socio-éducatifs, le plan volontaire d'insertion peut encore porter sur **d'autres aspects** que ceux visés au paragraphe 4 s'il s'avère que la prise en compte de ces aspects est favorable à la réalisation de l'objectif visé à l'article 1er, paragraphe 2.
- (6) Le plan volontaire d'insertion est matérialisé par un **document revu périodiquement** et adapté, le cas échéant, en concertation avec le condamné et avec l'agent de probation du service central d'assistance sociale compétent pour lui, en fonction du déroulement de la détention, de la participation active et de l'évolution du condamné.
- (7) Le directeur du centre pénitentiaire de **Givenich** peut autoriser des **sorties temporaires** accompagnées à des condamnés lorsqu'il est dans l'intérêt de leur insertion qu'ils participent à des mesures de suivi psychologique ou psychothérapeutique ou à des activités éducatives, socio-pédagogiques, sportives ou culturelles, de travail, de formation ou d'enseignement, organisées

à l'extérieur du centre pénitentiaire ou qu'ils effectuent des démarches administratives en vue de leur libération. La durée de la sortie temporaire accompagnée est déterminée par le directeur du centre pénitentiaire sans qu'elle ne puisse commencer avant 6.00 heures et se terminer après 22.00 heures.

Art. 26.

- (1) Chaque détenu a droit dans une mesure suffisante et appropriée aux **soins** correspondant au mieux à son état de santé. L'administration pénitentiaire veille à **l'équivalence des prestations de soins de santé** fournis à chaque détenu par rapport auxquels il pourrait prétendre en l'absence de son incarcération. Les prestations ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale. L'administration pénitentiaire organise l'accès aux soins et prend en charge les coûts et frais y afférents. En fonction des soins requis, ceux-ci peuvent être prestés à l'intérieur ou à l'extérieur du centre pénitentiaire.
- (2) Sans préjudice des soins visés au paragraphe 1er, chaque détenu peut se faire soigner dans les locaux du centre pénitentiaire par le **médecin de son choix** conformément aux dispositions légales et réglementaires du droit commun applicables en matières de santé et de sécurité sociale.
- (3) Pour assurer la prise en charge des soins visés au paragraphe 1er, y compris ceux qui requièrent un transfert vers un hôpital, l'administration pénitentiaire peut avoir recours aux prestations des professionnels de santé du secteur hospitalier et extra-hospitalier. À l'extérieur, les tarifs des prestations sont déterminés conformément au Code de la sécurité sociale. À l'intérieur, le ministre règle l'organisation des soins de santé dispensés aux détenus par le biais de conventions à négocier avec les prestataires.
- (4) Les prestations de soins de santé sont documentées par le médecin traitant du détenu dans un dossier médical. Sans préjudice du secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal ou de toute autre obligation de confidentialité professionnelle, le médecin traitant du détenu ainsi que tous les autres professionnels le cas échéant tenus à un secret professionnel ou à une obligation de confidentialité peuvent **échanger avec l'administration pénitentiaire les informations indispensables** lorsqu'il est dans l'intérêt du détenu concerné, des autres détenus, du personnel ou de la sécurité, de la salubrité du centre pénitentiaire ou des autres personnes ayant des contacts physiques avec les détenus, y compris en ce qui concerne la lutte contre des maladies contagieuses.
- (5) Les dispositions de droit commun relatives aux **droits des patients** s'appliquent aux détenus, sauf les exceptions prévues par la présente loi.

Art. 28.

- (1) Au sein des centres pénitentiaires, toutes les dispositions sont prises pour assurer aux détenus du travail, des formations, les enseignements fondamentaux, du sport, un accès à la culture, ainsi que d'autres **activités**

adaptées, dans le but de favoriser leur insertion. Le travail et les autres activités proposées dans le cadre du plan volontaire d'insertion sont rémunérés sur base du principe de l'équivalence de la rémunération.

(...)

Art. 56.

Il est inséré dans la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé « centre hospitalier neuropsychiatrique » un article 2-1 nouveau, libellé comme suit :

« Art. 2-1.

- (1) L'établissement gère une **unité de psychiatrie socio-judiciaire** qui est implantée sur le site du centre pénitentiaire de Luxembourg. L'unité est gérée de façon indépendante par rapport au centre pénitentiaire de Luxembourg.
- (2) L'unité accueille les personnes placées en application de l'article 71 du Code pénal ainsi que les personnes détenues dans un centre pénitentiaire faisant l'objet d'une admission et d'un placement au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.
- (3) L'unité peut accueillir par ailleurs les détenus visés à l'article 71-1 du Code pénal et les **détenus nécessitant des soins psychologiques ou psychiatriques particuliers** qui ne peuvent être dispensés convenablement au sein du centre pénitentiaire. Ces détenus y sont admis sur décision du directeur de l'établissement au vu d'un certificat médical, n'ayant pas plus de trois jours et attestant la nécessité de l'admission, délivré par un médecin après examen du détenu concerné.
- (4) L'unité est compétente pour assurer sa sécurité intérieure, seule sa sécurité extérieure étant assurée par le centre pénitentiaire de Luxembourg. Lorsque la gravité ou l'ampleur d'un incident survenu ou redouté à l'entrée ou à l'intérieur de l'unité ne permet pas d'assurer le rétablissement ou le maintien de la sûreté et de la sécurité par les seuls moyens de son personnel, le directeur de l'établissement ou celui qui le remplace requiert auprès du directeur du centre pénitentiaire de Luxembourg l'assistance de l'administration pénitentiaire, sans préjudice d'un recours à la Police, conformément à l'article 46, paragraphes 1 et 2, de la loi du 20 juillet 2018 portant réforme de l'administration pénitentiaire, lorsque la gravité ou l'ampleur de l'incident le justifie.
- (5) Les modalités de coopération fonctionnelle, technique et infrastructurelle entre l'unité de psychiatrie socio-judiciaire et le centre pénitentiaire de Luxembourg sont déterminées par une convention à conclure entre le ministre ayant l'administration pénitentiaire dans ses attributions et l'établissement.

Fouilles et contrôles :

Art. 36.

- (1) Le directeur de chaque centre pénitentiaire est responsable de la sûreté et de la sécurité de son centre.
- (2) Sans préjudice des objets, matières et substances prohibés par la loi, un règlement grand-ducal détermine les objets, matières et substances dont la possession est interdite dans les centres pénitentiaires, tant pour le personnel que pour les détenus et les tierces personnes, ainsi que les mesures et modalités administratives y afférentes à prendre. Ne peuvent être interdits que les objets, matières et substances dont la présence dans un centre pénitentiaire est susceptible de compromettre le bon ordre, la sécurité et la sûreté du centre pénitentiaire, ou de mettre en danger la vie ou l'intégrité physique des personnes, ou qui sont incompatibles avec les missions assignées par la présente loi aux centres pénitentiaires. Les objets, matières et substances interdits peuvent varier en fonction du centre pénitentiaire concerné.

Art. 37.

- (1) L'accès de toute personne, y compris de celles visées à l'article 24, à un centre pénitentiaire peut être soumis à un contrôle de sécurité et de sûreté de la personne, de son identité, de ses bagages et effets personnels, ainsi que du véhicule et de son chargement lorsque ce véhicule entre dans l'enceinte du centre pénitentiaire. Ce contrôle ne peut pas porter sur des dossiers, documents ou pièces qui sont couverts par un secret professionnel ou qui relèvent du secret de l'instruction. Les porte-documents ou autres récipients dans lesquels se trouvent les dossiers, documents ou pièces concernés ne peuvent faire l'objet que d'un contrôle visuel sommaire permettant de constater qu'ils ne contiennent pas d'objets, matières et substances prohibés par la loi ou interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, à l'exclusion de tout contrôle qui permettrait de prendre connaissance du contenu des dossiers, documents ou pièces concernés.
- (2) Les visiteurs au sens de l'article 23 peuvent être soumis à une fouille simple et, le cas échéant, à une fouille intégrale prévues par l'article 38 pour les raisons y indiquées. Les autres personnes demandant accès à un centre pénitentiaire peuvent uniquement être soumises à une fouille simple.
- (3) L'accès au centre pénitentiaire est refusé à toute personne qui ne se soumet pas aux contrôles prévus par le présent article.
- (4) Le présent article ne s'applique pas aux agents des services de secours, d'incendie et de sauvetage dans l'exercice de leurs missions, ni aux agents de la Police chargés de l'extraction et du transfèrement des détenus ou en cas d'intervention en application de l'article 46.

Art. 38.

- (1) Sur ordre du directeur du centre pénitentiaire chaque détenu est soumis à une fouille simple lorsqu'un ou plusieurs indices ou des informations permettent de présumer que le détenu dissimule sur son corps des objets, matières ou substances dont la possession est prohibée par la loi ou interdite par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2. La fouille simple est

réalisée au moyen d'une palpation du corps ou à l'aide de moyens de détection électronique sans que le détenu ait à se dévêtir partiellement ou intégralement.

- (2) Une fouille intégrale, comportant l'obligation pour le détenu de se dévêtir partiellement ou intégralement, peut être ordonnée lorsque les moyens utilisés dans le cadre de la fouille simple sont insuffisants. La fouille intégrale consiste dans le contrôle visuel de la surface nue du corps, de l'intérieur de la bouche et des oreilles, ainsi que des aisselles et de l'entre-jambes du détenu.
- (3) Pour des raisons dûment motivées tenant à l'existence d'indices ou d'informations visé au paragraphe 1er, le détenu peut être soumis à une fouille intime qui consiste dans le contrôle des cavités ou ouvertures corporelles autres que celles visées au paragraphe 2, le détenu étant dévêtu partiellement ou intégralement.

Les fouilles intimes sont effectuées, sur réquisition du directeur du centre pénitentiaire, par un médecin autre que le médecin traitant du détenu contrôlé.

- (4) Les fouilles intégrales et les fouilles intimes sont effectuées à l'abri des regards de tierces personnes.

Le dévêtement intégral du détenu lors des fouilles intégrale et intime ne peut se faire qu'en deux temps. Les fouilles simples sont effectuées par deux membres du personnel de l'administration pénitentiaire dont un au moins du même sexe que le détenu. Les fouilles intégrales et intimes sont effectuées par deux membres au moins du personnel de l'administration pénitentiaire du même sexe que le détenu. Les membres du personnel de l'administration pénitentiaire effectuant les fouilles prévues par le présent article sont désignés parmi ceux qui ont suivi une formation spéciale les préparant à cette tâche.

- (5) Les fouilles prévues par le présent article peuvent être effectuées soit lors de l'admission du détenu au centre pénitentiaire, soit lors de chaque entrée ou sortie du détenu, soit pendant son séjour au centre pénitentiaire. Elles doivent être effectuées dans le respect de la dignité humaine et éviter toute humiliation des détenus fouillés. Les vêtements, bagages et effets personnels des détenus sont soumis aux dispositions de l'article 37, paragraphe 1er, et de l'article 39.
- (6) Les modalités d'exécution des fouilles prévues par le présent article sont déterminées par règlement grand-ducal.

Art. 39.

Les cellules, avec tous les objets et effets qui s'y trouvent, peuvent être soumis à des contrôles de sûreté et de sécurité. Les modalités d'exécution des contrôles prévus par le présent article sont déterminées par règlement grand-ducal.

Art. 40.

- (1) Sur décision du directeur du centre pénitentiaire, les objets, matières et substances trouvés lors d'une fouille ou d'un contrôle d'un détenu ou de sa cellule sont traités comme suit :
 - (a) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances prohibés par la loi, ils sont remis aux autorités compétentes.

- (b) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances qui sont interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, sans pour autant être prohibés par la loi et dont l'appartenance à un détenu a pu être établie, ils sont conservés par l'administration pénitentiaire pour être remis au détenu lors de sa libération.
- (c) Lorsqu'il s'agit d'objets, matières et substances qui sont interdits par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, sans pour autant être prohibés par la loi et dont l'appartenance à un détenu n'a pas pu être établie, ils sont pris sous consigne pour une durée de six mois avant d'être éliminés. Si un détenu a raisonnablement établi que l'objet, la matière ou la substance concernés lui appartiennent, les dispositions du point (b) s'appliquent.
- (2) Par dérogation aux dispositions des points (b) et (c) du paragraphe 1er, les denrées alimentaires et les objets, matières ou substances périssables ou insalubres sont éliminés immédiatement.
- (3) Le traitement des objets, matières et substances conformément aux paragraphes 1 et 2 est sans préjudice de poursuites disciplinaires ou pénales éventuelles.

Art. 41.

- (1) Les détenus peuvent être soumis à des tests de dépistage de substances prohibées par la loi ou interdites par règlement grand-ducal pris sur base de l'article 36, paragraphe 2, lors de chaque entrée et sortie du centre pénitentiaire, de même que, pendant leur séjour au centre pénitentiaire. Les tests sont ordonnés par le directeur du centre pénitentiaire.
- (2) Les tests de dépistage destinés aux mêmes fins peuvent être effectués concernant des substances susceptibles de constituer des substances visées au paragraphe 1er découvertes lors des contrôles effectués en application de l'article 39.

Au plan international

Dispositions générales

Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)

Règle 67

(...)

- 4. Si le détenu est en **possession de médicaments ou de stupéfiants au moment de son admission**, le médecin ou un autre professionnel de la santé ayant les qualifications requises décideront de l'usage à en faire.

3^e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part

63. Le service de santé peut également contribuer à **limiter la désorganisation des liens sociaux et familiaux** qui accompagnent le plus souvent l'incarcération. Il doit soutenir - en collaboration avec les services sociaux concernés - les mesures qui favorisent les contacts des détenus avec le monde extérieur : espaces de visites bien aménagés ; visites des familles ou du (de la) conjoint(e)/ partenaire, dans des conditions appropriées ; permissions de sortie préparées dans un contexte familial, professionnel, éducatif, socio-culturel.

Selon les circonstances, le médecin pénitentiaire peut agir afin d'obtenir, pour le détenu et sa famille, le versement ou le maintien de prestations d'assurance sociale.

68. Dans la population carcérale et la clientèle d'un service de santé pénitentiaire se trouvent en permanence **une certaine proportion de déséquilibrés et de marginaux** qui décrivent des situations familiales dévastatrices, des **toxicomanies de longue date**, des conflits divers avec des autorités ou d'autres misères sociales. Certains sont violents, d'autres suicidaires, d'autres encore présentent des comportements sexuels inacceptables. La plupart du temps, ils sont **incapables de se contrôler et de se soigner**.

69. La demande de ces détenus n'est pas réellement d'ordre médical, mais le médecin pénitentiaire peut favoriser à leur intention le **développement de programmes socio-thérapeutiques**, dans des unités pénitentiaires organisées de façon communautaire et soigneusement encadrées.

De telles unités peuvent réduire l'humiliation, le mépris de soi et la haine, développer le sens des responsabilités et **préparer une certaine forme de réinsertion**. L'intérêt direct de ces programmes est également de faire appel à la collaboration active et à l'engagement du personnel pénitentiaire.

70. Des exemples typiques sont ceux de détenus qui présentent un pronostic fatal à court terme, ceux qui souffrent d'une **affection grave dont le traitement ne peut être conduit correctement dans les conditions de la détention** ainsi que ceux qui sont sévèrement handicapés ou d'un grand âge. La détention continue de telles personnes en milieu pénitentiaire peut créer une situation humainement intolérable. Dans des cas de ce genre, il appartient au médecin pénitentiaire d'établir un rapport à l'intention de l'autorité compétente, afin que les dispositions qui s'imposent soient prises.

71. Le personnel soignant de toute prison est un personnel potentiellement à risque. Son devoir de traiter des patients (les détenus malades) peut souvent entrer en conflit avec des considérations de gestion et de sécurité pénitentiaires. Cette situation peut faire apparaître des dilemmes éthiques et des choix difficiles. Afin de garantir leur **indépendance dans les soins de santé**, le CPT considère qu'il est important que le statut de ce personnel soit aligné aussi étroitement que possible sur celui des services de santé dans la communauté en général.

72. Quel que soit le statut en vertu duquel le médecin pénitentiaire exerce son activité, ses **décisions cliniques ne doivent dépendre que de critères professionnels**.

La qualité et l'efficacité des prestations médicales doivent être évaluées par une instance médicale qualifiée. De la même manière, les ressources disponibles doivent être gérées par une telle autorité et non par des instances responsables des finances ou de la sécurité.

73. **Un médecin pénitentiaire est un médecin-traitant.** Par conséquent, afin de préserver la relation médecin/patient, il ne doit pas être appelé à certifier qu'un détenu est apte à subir une punition. Il ne doit pas non plus procéder à des fouilles ou à des examens corporels demandés par une autorité, sauf urgence lorsqu'un autre médecin ne peut être requis.
74. Il est également à noter que la liberté professionnelle du médecin pénitentiaire est limitée par la condition carcérale elle-même : il ne peut choisir librement ses malades, car les détenus n'ont pas d'autre voie sanitaire à leur disposition. Son obligation demeure, même si le patient se met en contradiction avec les règles médicales ou s'il a recours à des menaces ou des violences.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

15. Des **ressources financières et humaines suffisantes** devraient être disponibles pour les services sanitaires des établissements pénitentiaires afin de répondre non seulement au problème des maladies transmissibles et du VIH/sida, mais aussi de l'ensemble des problèmes de santé que connaissent les détenus.
16. Les personnes privées de liberté ne peuvent faire l'objet de recherches médicales que si celles-ci permettent d'attendre un bénéfice direct significatif pour leur santé.

Les principes éthiques en matière de recherche sur les êtres humains devraient être strictement appliqués, particulièrement en ce qui concerne le consentement éclairé et la confidentialité. Toutes les recherches menées en prison devraient être soumises à l'approbation d'une commission d'éthique ou à une autre procédure garantissant le respect de ces principes.

La recherche sur la prévention, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles parmi la population pénitentiaire devrait être encouragée à condition qu'une telle recherche apporte des informations qui ne sont pas disponibles dans des recherches menées dans la communauté.

Les détenus devraient avoir le **même accès aux traitements nouveaux** que les personnes vivant dans la communauté pour toutes les maladies liées au VIH/sida.

Une surveillance épidémiologique concernant le VIH/sida, y compris le dépistage anonyme non corrélé, ne peut être envisagée que si de telles méthodes sont utilisées dans la communauté et si leur application à la population pénitentiaire est susceptible de s'avérer bénéfique pour les détenus.

Les détenus devraient être informés en temps utile de l'existence de toutes les études épidémiologiques menées dans la prison où ils se trouvent.

La publication et la communication des résultats des recherches doivent garantir une confidentialité entière sur l'identité des détenus qui ont participé à de telles études.

24. Les **détenus étrangers infectés par le VIH/sida** devraient recevoir les mêmes prestations en ce qui concerne l'information, les consultations-conseils et les soins que les autres détenus.
26. Des **raisons humanitaires** peuvent conduire les pouvoirs publics à **surseoir à l'exécution d'une mesure d'expulsion** pour les détenus étrangers infectés par le VIH/sida lorsque ceux-ci sont : gravement malades ou en phase terminale.

Déclaration du Groupe Pompidou sur les coûts et les conséquences des politiques de contrôle des drogues (P-PG (2017) 9 final 29 octobre 2018)

1. Il existe un vaste consensus sur le fait que **l'objectif global des politiques en matière de drogues** est de promouvoir la santé et le bien-être de l'humanité et de diminuer les problèmes individuels, socio-économiques, de santé publique et de sécurité résultant des stupéfiants et des substances psychotropes grâce à la prévention et au traitement, ainsi que de réduire la culture, la production, la fabrication et le trafic illicites. La conception et le contenu concrets des politiques nationales en matière de drogues varient en fonction des différences dans la nature des problèmes nationaux liés aux drogues et des ressources disponibles, mais également en fonction des approches différentes dans les réponses aux problèmes liés aux drogues.
2. Toutes les politiques, quel que soit leur but ou leur intention, engendrent des **coûts** sous la forme de dépenses publiques et peuvent engendrer des effets non souhaités ou intentionnels, qui ne sont pas pour autant imprévisibles et peuvent être anticipés. La disponibilité limitée des données peut rendre difficile l'analyse des dépenses publiques liées aux drogues. De nombreux pays ne disposent pas de budgets distincts pour les dépenses liées aux drogues, car celles-ci sont incluses dans des catégories budgétaires plus larges. Une amélioration des estimations des dépenses publiques, de l'information et de la sensibilisation pourrait aider les responsables politiques à planifier les interventions pertinentes et à allouer les fonds nécessaires aux autorités chargées de la mise en œuvre des politiques.

3. Les **estimations des dépenses publiques** sont importantes pour évaluer si les résultats attendus ou désirés de la politique en question sont effectivement reflétés dans la pratique, et elles constituent un outil nécessaire pour effectuer des évaluations rigoureuses des politiques. Les études sur les dépenses publiques devraient inclure toutes les activités et approches politiques appropriées et peuvent être particulièrement pertinentes en temps d'austérité.
4. Des estimations des dépenses affectées en matière de demande et d'offre peuvent permettre des comparaisons entre pays.
5. Une évaluation rigoureuse des dépenses des politiques en matière de drogues contribuera également à améliorer la transparence et la responsabilité des institutions publiques.
6. Jusqu' à présent, les estimations des dépenses publiques dans ce domaine sont peu nombreuses et les données disponibles sont limitées. Les estimations ont été pour la plupart produites au niveau national sur la base de définitions variables, sans méthodologie commune ni données comparables. Il existe également une incertitude quant aux modèles économiques les plus appropriés à utiliser. Ces facteurs constituent des obstacles à une application plus large de l'évaluation des politiques et de l'analyse coût-efficacité sur le terrain.
7. **L'ensemble des conséquences prévisibles devraient être prises en considération au moment de prendre des décisions politiques**, afin que des effets non-souhaités puissent dans la mesure du possible être évités.
8. Certaines de ces conséquences concernent la santé et peuvent avoir des effets directs sur la morbidité et la mortalité ou bien affecter la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. Elles peuvent toucher des groupes de non-usagers de drogues, comme les patients ayant besoin de médicaments antidouleur ou de soins palliatifs, en raison d'un accès restreint aux médicaments adéquats. Des effets économiques et sociaux existent également.
10. La politique de contrôle des drogues et les droits de l'homme sont liés. En vertu des conventions du Conseil de l'Europe et des Nations Unies, il incombe aux États de **protéger et de promouvoir les droits et libertés fondamentaux**, en particulier le **droit à la vie** et à la **dignité humaine**, le droit à la **protection de la santé** et à un **accès équitable à des services de soins de santé de bonne qualité**, **l'interdiction de toute discrimination**, ainsi que le **droit des enfants d'être protégés contre les drogues et les substances psychoactives**. Les États membres doivent veiller à ce que les politiques en matière de drogues respectent ces conventions.
11. Afin d'aider les États membres à **évaluer les coûts et les conséquences des politiques en matière de drogues**, les Correspondants permanents proposent ce qui suit :
 - i. Améliorer les méthodes d'estimation par de nouveaux développements méthodologiques, convenir des bonnes pratiques et rechercher des données fiables, comparables, réparties par sexe et par âge, qui permettent de mieux évaluer les dépenses publiques en matière de drogues et l'impact de l'ensemble des actions en cours dans chaque pays. L'élaboration de lignes directrices pour la collecte de données et la modélisation économique des évaluations pourrait être envisagée.

- ii. Classer les dépenses publiques en fonction de l'objet auquel elles sont destinées en utilisant un système de classification cohérent, comme la Classification internationale des fonctions des administrations publiques (CFAP).
- iii. Favoriser la coopération internationale dans le but de faciliter les améliorations nécessaires en soutenant la mise en réseau d'experts et la coopération entre les institutions compétentes, en particulier le Groupe Pompidou et l'OEDT, afin de mettre au point des outils d'orientation et d'évaluation pratiques à l'intention des décideurs politiques.
- iv. Encourager les États membres à prendre en compte l'ensemble des conséquences possibles des politiques de drogue lors de l'élaboration de stratégies antidrogues.
- v. Améliorer les systèmes d'échange d'informations entre pays sur les évolutions les plus récentes et sur la manière appropriée d'y répondre dans la pratique.

Politiques en matière de drogues et droits de l'homme en Europe : Gérer les tensions et maximiser les complémentarités

Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants www.coe.int/pompidou

- Après un examen des principes généraux proposés, le document présente un cadre large pour comprendre la place des droits de l'Homme dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques en matière de drogues. Il explore ensuite trois critères relatifs aux droits de l'Homme : le principe de **proportionnalité** (appliqué à la criminalisation de la possession et au dépistage aléatoire de la dépendance aux drogues en milieu scolaire); le **droit à la santé** (appliqué au traitement de la dépendance aux drogues et à la réduction des risques); et le **principe d'équivalence** (appliqué au traitement de la dépendance aux drogues et à la réduction des risques en prison). Il examine également la dimension « droits de l'Homme » des décisions de financement, notamment en rapport avec l'évaluation des risques initiale.

(...)

- La **proportionnalité** s'applique non seulement à la légitimité des restrictions à des droits, mais aussi au fait de savoir si l'Etat a pris des mesures proportionnées à la réalisation d'obligations positives. A ce propos, le fait de ne pas respecter une obligation positive peut être proportionnée, lorsqu'il est examiné à côté des effets sur autrui, ou de la charge financière ou autre sur l'Etat par rapport aux dommages subis par l'individu⁷⁶. Cela ne signifie pas qu'on peut se soustraire aux obligations positives, comme le montre la jurisprudence⁷⁷. Cependant, tous

⁷⁶ Rees c. Royaume-Uni, n° 9532/81, 17 octobre 1986, paragraphe 37; Abdulaziz, Cabales et Balkandali c. Royaume-Uni, nos 9214/80, 9473/81, 9474/81, 28 mai 1985, paragraphe 66; Appleby et autres c. Royaume-Uni, n° 44306/98, 6 mai 2003, paragraphe 40.

⁷⁷ Gaskin c. Royaume-Uni, n° 10454/83, 7 juillet 1989, paragraphe 49; B. c. France, n° 13343/87, 25 mars 1992, paragraphe 63; Goodwin c. Royaume-Uni, n° 28957/95, 11 juillet 2002, paragraphe 93; Van Kück c. Allemagne, n° 35968/97, 12 juin 2003, paragraphes 84 et 85.

les Etats du Conseil de l'Europe ont des obligations internationales parallèles en rapport avec les droits économiques, sociaux et culturels. Certains de ces droits sont aussi énoncés dans la Charte sociale européenne, mais les normes et les critères sont davantage développés dans le droit international relatif aux droits de l'Homme et sont bien adaptés à l'élaboration de politiques. Ici, nous passons des tensions entre les droits de l'Homme et le contrôle des drogues à des complémentarités (potentielles).

- En vertu du droit à la santé, le cadre «DAAQ» (Disponibilité - Accessibilité - Acceptabilité - Qualité) requiert que les **services de santé** soient **disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité suffisante**⁷⁸.
- La **disponibilité** renvoie à l'existence d'une quantité suffisante de services de santé. Les services en question doivent exister.
- L'**accessibilité** renvoie à la capacité des personnes à bénéficier de ces services. Elle couvre l'accessibilité géographique et économique, ainsi que la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques de certains groupes (non-discrimination).
- L'**acceptabilité** renvoie à la nécessité que les services soient appropriés d'un point de vue éthique, et respectueux des droits de l'Homme. En termes simples, les soins de santé qui s'apparentent à des mauvais traitements ne satisfont pas au critère. Cela met en jeu un éventail d'autres droits connexes au droit à la santé, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants. L'acceptabilité renvoie aussi à la nécessité de tenir compte de la pertinence culturelle et des considérations de genre.
- Enfin, les services doivent être d'une **qualité suffisante**. Cela signifie qu'ils ne doivent pas être arbitraires, et doivent se fonder sur des preuves médicales et scientifiques. Cela implique le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications en vertu de l'article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁷⁹.
- Il importe de souligner qu'en dehors de certaines obligations fondamentales, les droits économiques, sociaux et culturels sont soumis au principe de la **réalisation progressive**⁸⁰. En d'autres termes, leur mise en œuvre devrait être améliorée de façon graduelle. Ce principe, qui relève à la fois du processus et du résultat, sous-tend le critère DAAQ. L'idée d'une réalisation progressive reconnaît les contraintes en termes de ressources et le fait que la mise en œuvre des droits économiques et sociaux s'inscrit sur le long terme. Cependant, elle contient aussi une importante présomption contre les mesures rétrogrades⁸¹, et requiert une **allocation budgétaire suffisante**, « au maximum» des «

⁷⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, op. cit., paragraphe 12.

⁷⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales: Maurice, 8 juin 2010, E/C.12/MUS/CO/4, paragraphe 27. Voir également, [Le] Droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications, Rapport de la Rapporteuse spéciale dans le domaine des droits culturels, Farida Shaheed, A/HRC/20/26, 14 mai 2012.

⁸⁰ Article 2(1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966; article 24(4) de la Convention relative aux droits de l'enfant 1990; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3 : La nature des obligations des Etats parties, E/1991/23, 14 décembre 1990, paragraphe 9; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, E/C.12/2000/4, paragraphes 30 et 31.

⁸¹ . Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3 : La nature des obligations des Etats parties, op. cit., paragraphe 9; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, op. cit., paragraphe 32.

ressources disponibles »⁸², pour la réalisation du droit en question. Ce point aussi est essentiel pour une évaluation au plan des droits de l'Homme. Il est particulièrement important, eu égard à la très faible proportion du financement des politiques en matière de drogues consacré à la réduction des risques et au traitement, par rapport à la répression en matière de drogues, en particulier par ces temps d'austérité où les soins de santé et la protection sociale supportent souvent le gros des coupes budgétaires.⁸³

Fouilles et contrôles

Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

- 54.1 Le personnel doit suivre des **procédures détaillées** lorsqu'il fouille :
- a) des endroits où des détenus vivent, travaillent et se rassemblent ;
 - b) des détenus ;
 - c) des visiteurs et leurs effets ; et
 - d) des membres du personnel.
- 54.2 Les situations dans lesquelles ces fouilles s'imposent, ainsi que leur nature, doivent être définies par le **droit interne**.
- 54.3 Le personnel doit être **formé à mener ces fouilles** en vue de détecter et de prévenir les tentatives d'évasion ou de dissimulation d'objets entrés en fraude, tout en respectant la dignité des personnes fouillées et leurs effets personnels.
- 54.4 Les personnes fouillées **ne doivent pas être humiliées** par le processus de fouille.
- 54.5 Les personnes peuvent uniquement être fouillées par un membre du personnel du **même sexe**.
- 54.6 Aucun examen des **cavités corporelles** ne peut être effectué par le personnel pénitentiaire.
- 54.7 Un **examen intime** dans le cadre d'une fouille ne peut être réalisé que par un médecin.

⁸² Article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Article 4 de la CDE.

⁸³ Groupe Pompidou, Déclaration sur la protection de la santé publique par la prestation de services essentiels dans le cadre des politiques en matière de drogues dans un contexte d'austérité. Adopté lors de la 73e réunion des Correspondants Permanents les 26 et 27 novembre 2013. Voir également Comité européen des Droits sociaux, Introduction générale aux Conclusions XIX-2 (2009), selon laquelle « la crise économique ne doit pas se traduire par une baisse de la protection des droits reconnus par la Charte [sociale européenne]. Les gouvernements se doivent dès lors de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte que ces droits soient effectivement garantis au moment où le besoin de protection se fait le plus sentir. » Cela a été souligné dans l'affaire GENOP-DEI et ADEDY c. Grèce, réclamations n° 65/2011 et n° 66/2011, décisions sur le bien-fondé du 23 mai 2012, paragraphe 16.

- 54.8 Tous les détenus doivent **assister à la fouille de leurs effets personnels**, à moins que les techniques de fouille ou le danger potentiel que cela représente pour le personnel ne l'interdise.
- 54.9 L'obligation de protéger la sécurité et la sûreté doit être mise en balance avec le **respect de l'intimité des visiteurs**.
- 54.10 Les **procédures de contrôle des visiteurs professionnels** – avocats, travailleurs sociaux, médecins, etc. – doivent être établies en accord avec leurs organisations représentatives, de manière à trouver un équilibre entre la sécurité et la sûreté d'une part et le droit à la confidentialité des communications entre ces praticiens et leurs clients ou patients d'autre part.

Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)

Règle 50

Les lois et règlements régissant les fouilles des détenus et des cellules doivent être conformes aux obligations découlant du droit international et tenir compte des règles et normes internationales, sachant qu'il est nécessaire d'assurer la sécurité au sein de l'établissement pénitentiaire. Les fouilles doivent être menées dans le **respect de la dignité humaine et de l'intimité de la personne fouillée**, ainsi que des principes de la proportionnalité, de la légalité et de la nécessité.

Règle 51

Les fouilles ne doivent pas être un moyen de harceler ou d'intimider un détenu, ou de porter inutilement atteinte à sa vie privée. À des fins de responsabilisation, l'administration pénitentiaire doit conserver des **registres appropriés sur les fouilles**, en particulier sur les fouilles intégrales, les investigations corporelles internes et les fouilles de cellules, ainsi que sur les motifs de ces fouilles, l'identité des personnes qui les ont effectuées et les éventuels résultats obtenus.

Règle 52

1. Les fouilles personnelles, y compris les fouilles intégrales et les investigations corporelles internes, ne doivent être effectuées que si elles sont **absolument nécessaires**. Les administrations pénitentiaires doivent être encouragées à trouver des solutions de remplacement aux fouilles personnelles et à y recourir. Les fouilles personnelles doivent être effectuées en privé et par un personnel qualifié du même sexe que le détenu.
2. Les **investigations corporelles internes** ne doivent être effectuées que par des professionnels de la santé ayant les qualifications requises autres que le personnel médical principalement chargé des soins dispensés au détenu ou, pour le moins, par du personnel ayant suivi une formation adaptée, dispensée par des professionnels de santé, sur les normes d'hygiène et de sécurité à respecter.

Règle 53

Les détenus doivent pouvoir accéder aux **documents relatifs à leur procès**, ou être autorisés à les garder en leur possession, sans que l'administration pénitentiaire ne puisse y avoir accès.

CEDH :

*Shennawy c. France*⁸⁴:

35. Des conditions générales de détention – dans lesquelles s'inscrivent les modalités des fouilles imposées au détenu – peuvent s'analyser en un traitement contraire à l'article 3, tout comme une fouille corporelle isolée (ibidem, § 36 ; Valašinas c. Lituanie, no 44558/98, CEDH 2001-VIII ; Iwańczuk c. Pologne, no 25196/94, 15 novembre 2001, et Yankov c. Bulgarie, no 39084/97, § 110, CEDH 2003-XII (extraits)).

Ainsi lorsque, comme en l'espèce, un individu soutient qu'il a subi un traitement inhumain ou dégradant à raison de fouilles auxquelles il a été soumis en détention, la Cour peut être amenée à examiner les modalités de celles-ci à l'aune du régime de privation de liberté dans lequel elles s'inscrivent, afin de prendre en compte les effets cumulatifs des conditions de détention subies par l'intéressé (Van der Ven, précité, §§ 49 et 62-63).

36. S'agissant spécifiquement de la **fouille corporelle des détenus**, la Cour n'a aucune difficulté à concevoir qu'un individu qui se trouve obligé de se soumettre à un traitement de cette nature se sente de ce seul fait atteint dans son intimité et sa dignité, tout particulièrement lorsque cela implique qu'il se dévêtisse devant autrui, et plus encore lorsqu'il lui faut adopter des postures embarrassantes (Frérot, précité, § 38).
37. Des **fouilles intégrales systématiques, non justifiées et non dictées par des impératifs de sécurité**, peuvent créer chez les détenus le sentiment d'être victimes de mesures arbitraires. Le **sentiment d'arbitraire**, celui d'**infériorité** et l'**angoisse** qui y sont souvent associés, et celui d'une profonde **atteinte à la dignité** que provoque l'obligation de se déshabiller devant autrui et de se soumettre à une inspection anale visuelle, peuvent caractériser un degré d'humiliation dépassant celui, tolérable parce qu'inéluctable, que comporte inévitablement la fouille corporelle des détenus (Frérot, précité, § 47 ; Khider c. France, no 39364/05, § 127, 9 juillet 2009).
38. Un tel traitement n'est pourtant **pas en soi illégitime** : des fouilles corporelles, même intégrales, peuvent parfois se révéler nécessaires pour assurer la sécurité dans une prison – y compris celle du détenu lui-même –, défendre l'ordre ou prévenir les infractions pénales (Francesco Schiavone c. Italie (déc.), no 65039/01, 13 novembre 2007 ; Ciupercescu c. Roumanie, no 35555/03, § 116, 15 juin 2010).

Il n'en reste pas moins que les fouilles corporelles doivent, **en sus d'être « nécessaires »** pour parvenir à l'un de ces buts, être **menées selon des « modalités adéquates »**, de manière à ce que le degré de souffrance ou

⁸⁴ Voir aussi not. Iwańczuk c. Pologne; Valasinas c. Lituanie; Frerot c. France

d'humiliation subi par les détenus ne dépasse pas celui que comporte inévitablement cette forme de traitement légitime. A défaut, elles enfreignent l'article 3 de la Convention.

Il va en outre de soi que **plus importante est l'intrusion dans l'intimité du détenu fouillé à corps** (notamment lorsque ces modalités incluent l'obligation de se dévêtir devant autrui, et de surcroît lorsque l'intéressé doit prendre des postures embarrassantes), **plus grande est la vigilance qui s'impose** (Frérot, précité, § 38).

Prise en charge médicale

i. Dispositions générales

Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)

Règle 25

1. Chaque prison doit disposer d'un **service médical** chargé d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des détenus, une **attention particulière** étant accordée à ceux qui ont des **besoins spéciaux ou des problèmes de santé qui constituent un obstacle à leur réinsertion**.
2. Ce service doit être doté d'un **personnel interdisciplinaire** comprenant un **nombre suffisant de personnes qualifiées** agissant en pleine **indépendance clinique**, et disposer de compétences suffisantes en psychologie et en psychiatrie. Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste ayant les qualifications requises.

Règle 30

Un médecin ou un autre professionnel de la santé ayant les qualifications requises, tenu ou non de faire rapport au médecin, doit **voir chaque détenu**, lui **parler** et **l'examiner aussitôt que possible après son admission** et ensuite **aussi souvent que nécessaire**. Un soin particulier sera pris pour :

- a) Cerner les besoins en matière de soins de santé et prendre toutes les mesures de traitement nécessaires ;
- b) (...)
- c) Repérer toute manifestation de tension psychologique ou autre due à l'emprisonnement, y compris, notamment, le risque de suicide ou d'automutilation, ainsi que de **symptômes de manque liés à la consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool** ; et prendre toutes les mesures individualisées, thérapeutiques ou autres, qui s'imposent ;
- d) Dans le cas des détenus susceptibles d'être atteints de **maladies contagieuses**, prévoir leur isolement clinique et leur offrir un traitement adapté pendant la période de contagion ;

e) (...)

Règle 118

Le prévenu doit être autorisé à recevoir la visite et les soins de son **propre médecin** ou dentiste si sa demande est raisonnablement fondée et s'il a les moyens d'assumer les dépenses qui en découlent.

Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) (Résolution 65/229 de l'Assemblée générale, annexe, adoptée le 21 décembre 2010)

a) Examen médical à l'admission

[Complète la règle 24 de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus]

Règle 6

L'examen médical des détenues doit être complet, de manière à déterminer leurs besoins en matière de soins de santé primaires et à faire apparaître :

- a) La présence de **maladies sexuellement transmissibles** ou de **maladies transmissibles par le sang** ; selon les facteurs de risque, il peut aussi être offert aux détenues de se soumettre à un **test de dépistage du VIH**, précédé et suivi d'un soutien psychologique ;
- b) (...)
- c) (...)
- d) La présence d'une **dépendance à la drogue** ;
- e) (...)

Commentaires :

Règle 6

La Règle 24 des Règles minima prévoit qu'un médecin doit voir et examiner chaque détenu aussitôt que possible après son **admission** et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement, particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires.

L'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement (Principe 24) prévoit également qu'un examen médical approprié devrait être offert à toute personne détenue ou emprisonnée le plus rapidement possible après son admission dans le lieu de détention ou d'emprisonnement et que, par la suite, les soins et traitements médicaux devraient être dispensés lorsque que cela s'avère nécessaire.

Il est essentiel que tous les détenus subissent un examen médical et un **dépistage général** dès leur entrée, sur base individuelle, afin de s'assurer qu'ils reçoivent immédiatement un traitement approprié pour tout problème de santé. Le médecin qui exécute ce dépistage devrait idéalement être **indépendant des autorités pénitentiaires** afin d'assurer un **rapport médical impartial et objectif**. Les détenues, provenant généralement de milieux désavantagés économiquement et socialement, et de nombreuses femmes dans les pays à faibles revenus souffrent de différents problèmes de santé qui peuvent ne pas être traités dans la communauté. Dans de nombreux pays, les femmes se heurtent à des discriminations et des obstacles supplémentaires en ce qui concerne l'accès dans leur communauté aux services de soins de santé adéquats en raison de leur sexe. Les détenues ont donc souvent de plus grands besoins en soins de santé primaires en comparaison aux hommes. Pour ces raisons, il est indispensable qu'elles subissent un dépistage général à leur entrée en prison afin de leur assurer un traitement approprié.

Des **informations** sur les soins de santé primaires et sur la protection contre les maladies infectieuses devraient être fournies lors de ce dépistage⁸⁵.

Règle 6 (1)

La violence à l'égard des femmes, en particulier la violence sexuelle, a de nombreuses conséquences à court et à long terme sur la santé sexuelle et génésique reproductive des femmes. En tant que telles, les femmes représentent un groupe à haut risque pour ce qui est des maladies sexuellement transmissibles et génésiques. Il est essentiel de diagnostiquer toutes les maladies génésiques et sexuellement transmissibles le plus tôt possible et de fournir un traitement approprié. Sur le plan du **dépistage du VIH**, il est essentiel de garantir aux détenues le droit de ne pas être soumises sans leur **consentement éclairé** à des tests de dépistage du VIH/sida ou à des interventions ou traitements médicaux, et de leur garantir expressément le droit de refuser de se soumettre à de telles analyses et à de tels traitements⁸⁶.

Règle 6 (2)

Dans l'évaluation des risques, l'examen devrait tenir compte des **antécédents de santé mentale** du détenu, de sa **dépendance à la drogue et/ou à l'alcool** et de ses **tentatives d'automutilation et de suicide**. Dans un certain nombre de pays, les recherches indiquent qu'à leur entrée en prison, les besoins en soins de santé mentale sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, qu'elles sont plus enclines à être dépendantes à la drogue et présentent des taux plus élevés de

⁸⁵ Les examens médicaux entrepris à l'entrée des lieux de détention de la police n'ont pas à être aussi complets que ceux recommandés dans la Règle 6, qui s'applique avant tout aux lieux de détention préventive et aux prisons. L'objectif principal de l'examen médical en garde à vue est de fournir les soins médicaux d'urgence nécessaires et de prévenir les mauvais traitements et les abus, donc d'enregistrer l'état de santé du détenu et de ses besoins, et, en particulier, s'il ou elle présente des blessures lors de son admission.

⁸⁶ UNODC, OMS, ONUSIDA, Le VIH/Sida: Prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire, Cadre pour une intervention nationale efficace, Lines, R. et Stöver, H., 2006, p. 19. Voir aussi Conseil de l'Europe, Comité des Ministres, Recommandation N° R (93) 6 concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison, Règle 3 et CPT 3e Rapport général, CPT/INF (93) 12, paragraphe 55.

tentatives d'automutilation. Dans au moins un pays, les recherches indiquent des niveaux plus élevés de suicide chez les femmes détenues que chez les hommes. Les recherches dans certains pays indiquent que les détenus qui se sont suicidés souffraient d'une forme de handicap mental ou de toxicomanie (ou les deux) à leur entrée en prison. Des études relatives au **suicide** des détenus ont aussi indiqué que les condamnations de longue durée, le recours à la cellule individuelle, les déficiences mentales, **l'abus de stupéfiants** et les antécédents de tendances suicidaires sont associés à un risque accru de suicide⁸⁷. Les recherches ont aussi montré une prévalence plus élevée d'antécédents d'automutilation parmi les détenus qui se suicident, en comparaison avec la population générale, ainsi que des niveaux plus élevés d'idées suicidaires parmi ceux qui s'automutilent en prison⁸⁸. Il convient donc de considérer que les détenus qui s'automutilent présentent des risques plus élevés de tentative de suicide que les autres détenus.

Règle 6 (4)

Des recherches ont révélé que, dans un certain nombre de pays, une large proportion de femmes qui entrent en prison souffrent d'une dépendance à la drogue. Les infractions liées à la drogue représentent une de plus grandes catégories d'infractions commises par les femmes et les drogues sont souvent la cause décisive de leur comportement délinquant⁸⁹. Des recherches indiquent également que les femmes détenues sont davantage susceptibles d'être dépendantes aux drogues dures que les détenus⁹⁰. Il est donc important de **diagnostiquer tout besoin de traitement contre la dépendance à la drogue dès l'admission en prison**, afin de fournir les services de soins de santé requis aussi tôt que possible durant la détention et l'emprisonnement, en tenant compte de ce que la dépendance à la **drogue est un facteur sous-jacent qui peut conduire à la délinquance** et, dès lors, à la **récidive après la libération, si elle n'est pas traitée**.

Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

41.1 Chaque prison doit disposer des services d'au moins un **médecin généraliste**.

41.2 Des dispositions doivent être prises pour s'assurer à tout moment qu'un médecin diplômé interviendra sans délai en cas d'**urgence**.

⁸⁷ Matsching T., Frühwald S et Frottier P., Suicide behind bars, an international review, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung, Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH Wien, Österreich. Psychiatr Prax. 2006 Jan; 33 (1):6-13

⁸⁸ McArthur, M., Camilleri, P. et Webb, H., Strategies for Managing Suicide and Self-harm in Prisons, Australian Institute of Criminology, 1999, p. 1.

⁸⁹ Par exemple, on estime qu'au moins 75% des femmes arrivant en prison en Angleterre et au Pays de Galles ont des problèmes liés à la drogue au moment de leur arrestation et une autre estimation soutient que 75% des femmes entrant dans les prisons européennes ont une consommation problématique de drogue et d'alcool (voir OMS/Europe, La santé dans les prisons, le Guide de l'OMS sur la santé en prison (2007) et Les femmes en prisons, un examen des conditions dans les États membres du Conseil de l'Europe, Conseil Quaker des affaires européennes, p. 12 : , citant « Les besoins de soins de santé des femmes en prison : l'écart entre les politiques et la mise en œuvre » présentation de MacDonald M. dans « Qu'est-ce qui fonctionne avec les délinquantes », juin 2005).

⁹⁰ Un examen des conditions dans les États Membres du Conseil de l'Europe, Conseil Quaker des affaires européennes, p. 12.

- 41.3 Les prisons ne disposant pas d'un médecin exerçant à plein temps doivent être régulièrement visitées par un médecin exerçant à temps partiel.
- 41.4 Chaque prison doit disposer d'un personnel ayant suivi une **formation médicale appropriée**.
- 41.5 Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins de dentistes et d'ophtalmologues diplômés.
- 42.1 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son **admission** et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire.
- 42.2 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit examiner les détenus s'ils le demandent **avant leur libération** et doit sinon examiner les détenus aussi souvent que nécessaire.
- 42.3 Lorsqu'il examine un détenu, le médecin, ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin, doit accorder une attention particulière :
- a) au respect des règles ordinaires du **secret médical** ;
 - b) au diagnostic des maladies physiques ou mentales et aux mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant ;
 - c) à la consignation et au signalement aux autorités compétentes de tout signe ou indication permettant de penser que des détenus auraient pu subir des violences ;
 - d) aux **symptômes de manque** consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool ;
 - e) à l'identification de toute pression psychologique ou autre tension émotionnelle due à la privation de liberté ;
 - f) à l'isolement des détenus suspectés d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux, et à l'administration d'un traitement approprié aux intéressés ;
 - g) au non-isolement des détenus pour la seule raison qu'ils sont séropositifs ;
 - h) à **l'identification des problèmes de santé physique ou mentale qui pourraient faire obstacle à la réinsertion de l'intéressé après sa libération** ;
 - i) à la détermination de la capacité de l'intéressé à travailler et à faire de l'exercice ; et
 - j) à la conclusion d'accords avec les services de la collectivité afin que **tout traitement psychiatrique ou médical indispensable à l'intéressé puisse être poursuivi après sa libération**, si le détenu donne son consentement à cet accord.
- 43.1 Le médecin doit être chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus et doit voir, dans les conditions et au rythme prévus par les normes hospitalières, les détenus malades, ceux qui se plaignent d'être malades ou blessés, ainsi que tous ceux ayant été spécialement portés à son attention.

- 43.2 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit prêter une attention particulière à la santé des détenus dans des conditions d'isolement cellulaire, doit leur rendre visite quotidiennement ; et doit leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire.
- 43.3 Le médecin doit présenter un rapport au directeur chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle d'isolement cellulaire.
44. Le médecin ou une autorité compétente doit faire des inspections régulières, si nécessaire collecter des informations par d'autres moyens et conseiller le directeur concernant :
- a) la quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments et de l'eau ;
 - b) l'hygiène et la propreté de la prison et des détenus ;
 - c) les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de la prison ; et
 - d) la qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus.
- 45.1 Le directeur doit tenir compte des rapports et conseils du médecin ou de l'autorité compétente mentionnés dans les Règles 43 et 44 et, s'il approuve les recommandations formulées, prendre immédiatement des mesures pour les mettre en œuvre.

Règle 42

A l'instar de la Recommandation no R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, le principe qui sous-tend le devoir des médecins exerçant en milieu pénitentiaire est la **prestation de soins médicaux et de conseils appropriés** à toutes les personnes détenues dont ils sont cliniquement responsables. En outre, les évaluations cliniques relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux. La Règle 42 précise que la tâche des praticiens commence dès qu'une personne est admise en prison. Il existe plusieurs raisons importantes pour lesquelles les détenus devraient se voir proposer un **examen médical à leur arrivée dans l'établissement**. Cet examen doit:

- permettre au personnel médical d'identifier tout état pathologique préexistant et de s'assurer que le traitement adapté est bien dispensé,
- permettre d'apporter un **soutien adapté aux personnes susceptibles de souffrir des effets du sevrage à l'égard de la drogue**,
- contribuer à identifier des traces de violences éventuelles subies antérieurement à leur admission, et
- permettre au personnel formé à cet effet d'évaluer l'état mental d'un détenu et d'offrir un soutien approprié aux personnes susceptibles de s'automutiler.

Un examen médical ne pourra être considéré comme manifestement inutile que s'il n'est requis ni par l'état de santé du détenu, ni par des besoins de santé publique.

(...)

Après ce premier examen, le médecin devrait **visiter tous les détenus aussi souvent que leur santé le requiert**. Ce point est particulièrement important pour les détenus qui peuvent souffrir de maladies mentales ou de troubles mentaux, qui doivent faire face aux **symptômes de manque dus à l'arrêt de la consommation de drogue ou d'alcool**, ou qui ressentent une tension émotionnelle particulière du fait de leur incarcération. La Recommandation no R(98) 7 du Comité des Ministres met l'accent sur les soins apportés aux détenus alcooliques ou toxicomanes et appelle l'attention sur les recommandations du Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) du Conseil de l'Europe. Dans un arrêt d'avril 2003 (*McGlinchey et autres c. Royaume-Uni*, Requête no 50390/99, arrêt du 29/04/2003), la Cour européenne des Droits de l'Homme a conclu à une violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme au regard du traitement médical d'une personne héroïnomane décédée au cours de sa détention.

Note du Contrôleur externe : il s'agit d'un cas de soins médicaux déficients, l'aspect toxicologique est secondaire.

(...)

Dans l'un de ses rapports pays par pays, le CPT a fait observer l'insuffisance de la fourniture de médicaments antituberculeux, ce qui est d'une importance vitale puisque la fourniture sporadique de ces médicaments peut conduire à l'apparition d'une **tuberculose résistant aux antibiotiques**, et invoqué le principe selon lequel les autorités pénitentiaires sont explicitement tenues de dispenser les médicaments régulièrement (Rapport au Gouvernement letton, CPT/Inf(2001)27). Il convient de procéder à des aménagements si des raisons d'ordre clinique le requièrent afin d'isoler ces détenus, dans leur propre intérêt et pour la sécurité des autres personnes. La Recommandation no R (98) 7 du Comité des Ministres estime que la **vaccination** contre l'hépatite B devrait être proposée aux détenus ainsi qu'au personnel.

Ces dernières années ont vu augmenter le nombre des détenus porteurs du VIH.

Dans certains pays, la réponse a été l'**isolement** automatique desdits détenus. Il n'existe aucune justification d'ordre clinique pour agir de la sorte et cette pratique devrait être évitée. A ce propos, on peut se référer aux normes présentées dans la Recommandation no R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison.

La Recommandation no R (98) 7 du Comité des Ministres renforce ce point et souligne qu'un **test VIH** ne devrait être effectué qu'avec le consentement du détenu concerné et de façon anonyme.

Les directives de l'Organisation mondiale de la santé (directives de l'OMS sur l'infection au VIH et le sida dans les prisons, Genève, 1993) stipulent sans ambiguïté que les **tests du VIH** ne devraient pas être obligatoires et que les détenus contaminés ne devraient pas être isolés des autres, sauf en cas de maladie nécessitant de bénéficier de soins médicaux spécialisés.

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

1. Lors de leur **admission** dans un établissement pénitentiaire et ultérieurement, pendant leur séjour, les détenus devraient avoir accès, si leur état de santé le nécessite, à tout moment et sans retard, à un médecin ou à un(e) infirmier(ère) diplômé(e), quel que soit leur régime de détention. Tous les détenus devraient bénéficier d'une visite médicale d'admission. L'accent devrait être mis sur le dépistage des troubles mentaux, l'adaptation psychologique à la prison, les **symptômes de sevrage** à l'égard des drogues, des médicaments ou de l'alcool et les affections contagieuses et chroniques.
2. Pour répondre aux besoins sanitaires des détenus, les grands établissements pénitentiaires devraient disposer de médecins et d'infirmiers qualifiés à plein temps, en fonction du nombre et de la rotation des détenus et de leur état moyen de santé.
3. Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait assurer au minimum des consultations ambulatoires et des soins d'urgence. Lorsque l'état de santé des détenus exige des soins qui ne peuvent être assurés en prison, tout devrait être mis en œuvre afin que ceux-ci puissent être dispensés en toute sécurité dans des établissements de santé en dehors de la prison.
4. Les détenus devraient, si nécessaire, avoir **accès à un médecin** à toute heure du jour et de la nuit. Dans chaque établissement, une **personne compétente pour donner les premiers soins** devrait en permanence être présente. En cas d'urgence grave, le médecin, un membre du personnel soignant et la direction devraient être alertés. La participation active et l'engagement du personnel de surveillance sont primordiaux.
5. Un accès à des consultations et à des conseils psychiatriques devrait être garanti. Dans les grands établissements pénitentiaires, une équipe psychiatrique devrait être présente. A défaut, dans les petits établissements, des consultations devraient être assurées par un psychiatre hospitalier ou privé.

(...)

7. L'administration pénitentiaire devrait faire le nécessaire pour établir les contacts et la collaboration qui s'imposent avec les institutions médicales publiques et privées. Dans la mesure où certains **détenus toxicomanes, alcooliques ou dépendants aux médicaments** ne peuvent pas être traités de façon appropriée dans les prisons, il convient d'envisager de faire appel à des **consultants extérieurs**, faisant partie des services d'aide spécialisés œuvrant au sein de la communauté en général, qui pourront donner des conseils, voire assurer des soins.
37. Les **tests de dépistage pour le VIH** devraient être réalisés seulement avec le consentement des détenus, de manière anonyme et conformément à la loi. Des conseils approfondis devraient être donnés avant et après le test.
39. Aucune forme de ségrégation ne devrait être prévue à l'encontre des personnes séropositives pour le VIH, sous réserve des dispositions contenues au paragraphe 40.

40. Les malades du **sida** qui développent des **infections graves** devraient recevoir un traitement dans le service de santé pénitentiaire, sans toutefois qu'une mesure d'isolement strict ne soit prise d'office. Les malades qu'il faut protéger contre les maladies infectieuses transmises par d'autres patients ne devraient être isolés que si une telle mesure va dans leur intérêt et doit les empêcher de contracter des infections intercurrentes, notamment lorsque leur système de défense immunitaire est sévèrement déficitaire.

(...)

43. Les **soins dispensés aux détenus alcooliques et dépendants aux médicaments** nécessitent d'être renforcés en tenant compte notamment des services offerts aux toxicomanes, tels que ceux recommandés par le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants (Groupe Pompidou). A cette fin, il importe de proposer une formation adéquate au personnel médical et pénitentiaire, et d'améliorer la coopération avec les conseillers extérieurs afin de veiller au suivi thérapeutique des détenus à leur sortie de prison.
47. La personne détenue devrait pouvoir consulter un **conseiller spécialisé interne ou externe** à l'établissement pénitentiaire qui puisse lui apporter le soutien nécessaire pendant le déroulement de sa peine et une assistance postpénitentiaire. De tels conseillers devraient également pouvoir intervenir dans le cadre de la formation en cours d'emploi du personnel de surveillance.
48. S'il y a lieu, les personnes détenues devraient pouvoir recevoir leur traitement prescrit « en main propre ». Cependant, les **médicaments** dont la prise en **overdose** peut se révéler dangereuse ne devraient pas leur être remis; ils devraient leur être administrés au fur et à mesure, selon la posologie prescrite.
49. Le médecin exerçant en milieu pénitentiaire devrait, le cas échéant, dresser une **liste de toutes les substances et médicaments habituellement prescrits** dans le service médical, en collaboration avec le pharmacien responsable. La prescription médicale devrait rester du seul ressort de la profession médicale, et les **médicaments ne devraient être distribués que par le personnel autorisé**.

3^e rapport général du CPT, *CPT/Inf(93)12-part*

33. A l'**entrée** en prison, tout détenu devrait être vu sans délai par un membre du service de santé de l'établissement. Dans les rapports établis à ce jour, le CPT a recommandé que chaque détenu nouvellement arrivé bénéficie d'un entretien avec un médecin et, si nécessaire, soit soumis à un examen médical aussi tôt que possible après son admission. Il faut ajouter que dans certains pays, le contrôle médical à l'admission est effectué par un infirmier diplômé qui fait rapport à un médecin ; cette dernière approche peut parfois être considérée comme le moyen de faire au mieux avec le personnel disponible.⁹¹

⁹¹ Cette exigence a été reformulée ultérieurement comme suit: chaque détenu nouvellement arrivé doit bénéficier d'un entretien adéquat avec un médecin et faire l'objet d'un examen médical aussitôt que possible après son admission ; sauf circonstances exceptionnelles, cet entretien / examen devrait se dérouler le jour de l'admission, en

Il est également à recommander qu'une **note ou une brochure informative** soit remise au nouvel arrivant, portant sur l'existence et le fonctionnement du service de santé et rappelant les mesures d'hygiène essentielles.

34. Pendant son incarcération, un **détenu doit en tout temps pouvoir recourir à un médecin**, quel que soit le régime de détention auquel il est soumis (en ce qui concerne plus particulièrement l'accès au médecin pour les prisonniers placés à l'isolement, voir paragraphe 56 du 2^e Rapport général : CPT/Inf (92) 3). L'organisation du service de santé doit permettre de **répondre aux demandes de consultation aussi rapidement que nécessaire**.

Tout détenu doit **pouvoir faire appel confidentiellement au service de santé**, par exemple sous la forme d'un message sous pli fermé. En outre, le **personnel de surveillance ne doit pas trier les demandes de consulter un médecin**.

En ce qui concerne le dispositif d'**urgence**, un médecin doit pouvoir être atteint en permanence. Par ailleurs, une personne en mesure de fournir les premiers soins doit toujours être présente dans les locaux pénitentiaires. Elle doit être dotée dans toute la mesure du possible d'une qualification reconnue d'infirmier.

Un suivi approprié devrait être assuré par le personnel soignant, notamment à l'égard des traitements administrés en consultation ambulatoire ; dans de nombreux cas il n'est **pas suffisant que le suivi médical soit laissé à l'initiative du détenu**.

38. al. 2 Une **supervision** appropriée de la **pharmacie** et de la **distribution des médicaments** doit être assurée. En outre, la préparation des médicaments doit être confiée à un personnel qualifié (pharmacien, infirmier, etc.)
39. Un **dossier médical** doit être établi pour chaque patient, contenant des informations diagnostiques ainsi qu'un relevé suivi de l'évolution et des examens spéciaux réalisés. En cas de **transfert**, le dossier **doit être porté à la connaissance des médecins successifs**.

De plus, des **registres journaliers** doivent être tenus par les équipes de soins, dans lesquels sont mentionnés les événements particuliers qui se rapportent aux patients. De tels registres fournissent une vue générale de la situation sanitaire dans la prison et mettent en relief tout problème spécifique qui surgit.

40. Le bon fonctionnement d'un service de santé demande que médecins et personnel soignant puissent **se rencontrer régulièrement et se constituer en équipe de travail**, sous la responsabilité d'un médecin-chef.
41. En comparaison avec les taux statistiques observés dans la population générale, un nombre élevé de personnes incarcérées présentent des symptômes d'ordre psychiatrique. Par conséquent, un **médecin qualifié en psychiatrie** doit être attaché au service de santé dans chaque prison, et

particulier en ce qui concerne les établissements de détention provisoire. Un tel contrôle médical à l'admission pourrait aussi être effectué par un infirmier diplômé qui ferait rapport à un médecin.

certains infirmiers doivent avoir reçu une formation dans ce domaine.

La dotation en personnel médical et soignant, ainsi que la disposition des lieux de détention, doivent garantir la possibilité de **programmes pharmacologiques, psychothérapeutiques et ergothérapeutiques** suivis.

42. Le CPT souhaite insister sur le rôle important que doit jouer l'administration pénitentiaire dans la **détection précoce des détenus souffrant d'un désordre psychiatrique** (dépression, état réactionnel, etc.), en vue de permettre les aménagements appropriés de leur environnement. Cette activité peut être encouragée par une formation sanitaire adéquate de certains membres du personnel de surveillance.

43. Un **détenu malade mental** doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Cette structure pourrait être soit un hôpital psychiatrique civil, soit une unité psychiatrique spécialement équipée, établie au sein du système pénitentiaire.

D'un côté, il est souvent avancé que des raisons d'éthique conduisent à hospitaliser les détenus malades mentaux en dehors du système pénitentiaire, dans des institutions qui relèvent de la santé publique. D'un autre côté, il peut être soutenu que la création de structures psychiatriques au sein du système pénitentiaire permet d'assurer les soins dans des conditions optimales de sécurité et de renforcer l'activité des services médicaux et sociaux au sein de ce système.

Quelle que soit l'option prise, la **capacité d'accueil de l'unité psychiatrique doit être suffisante**. Il existe trop souvent un délai d'attente prolongé lorsqu'un transfert est devenu nécessaire. Le transfert de la personne en question dans une unité psychiatrique doit être considéré comme une question hautement prioritaire.

45. La liberté du consentement comme le **respect de la confidentialité** relèvent des droits fondamentaux de l'individu. Ces conditions sont aussi à la base de la confiance qui est nécessaire dans la relation entre médecin et malade, spécialement en milieu de détention, alors que le libre choix du médecin n'est pas possible pour les détenus.

46. Le patient doit pouvoir **disposer de toutes informations utiles** (si nécessaire sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre **connaissance du contenu de son dossier médical** pénitentiaire, à moins d'une contre-indication justifiée d'un point de vue thérapeutique.

Il doit pouvoir demander la **transmission de ces informations** à sa famille, à son avocat ou à un médecin de l'extérieur.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

1. Il apparaît nécessaire et urgent de déterminer, dans chaque Etat, une **politique cohérente de lutte contre le VIH/sida en milieu pénitentiaire**.

Cette politique devrait être développée en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales et être intégrée dans une politique plus large visant à combattre les maladies transmissibles en milieu pénitentiaire.

Il convient de promouvoir les **méthodes et les procédures de prévention** de l'infection par le VIH/sida dans les établissements pénitentiaires.

L'éducation et l'information en matière de santé, conçues au bénéfice de tous les détenus et du personnel, devraient être partie intégrante des politiques pénitentiaires.

2. Le **bilan de santé systématique réalisé au profit des entrants** en milieu carcéral doit prévoir des mesures de détection des maladies intercurrentes, y compris des maladies infectieuses qui peuvent être traitées, notamment la tuberculose. Ce bilan est, par ailleurs, l'occasion d'une action d'éducation sanitaire et permet de responsabiliser les détenus par rapport à leur propre santé.
3. Le **test de dépistage volontaire pour le VIH/sida**, accompagné des conseils adéquats avant et après sa réalisation, devrait être disponible. Le personnel de santé, sous la responsabilité d'un médecin, devrait expliquer aux détenus, avant que ce test ne soit pratiqué, les conséquences de ses résultats et leur communiquer le résultat du test, dans le respect de la confidentialité, sauf si les détenus le refusent.

Dans l'état actuel des connaissances, le **dépistage obligatoire des détenus devrait être proscrit** car il serait inefficace et discriminatoire, et, par conséquent, non conforme à l'éthique.

11. Tous les moyens nécessaires au respect des règles d'hygiène devraient être mis à la disposition du personnel pénitentiaire et des détenus.
12. Les détenus séropositifs devraient bénéficier d'un **suivi médical et de consultations-conseils** au cours de leur séjour carcéral, notamment lors de la notification des résultats du test.

ii. Équivalence des soins

Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)

Règle 24

1. L'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des **soins de même qualité** que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires **sans frais et sans discrimination** fondée sur leur statut juridique.

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

38. L'**isolement** d'une personne atteinte d'une maladie infectieuse ne se justifie que si une telle mesure est également prise à l'extérieur du cadre pénitentiaire pour le même motif médical.
45. Le **traitement des symptômes de sevrage de la toxicomanie, de l'alcoolisme et de la dépendance aux médicaments** dans les établissements pénitentiaires devrait s'effectuer de la même manière que dans le milieu extérieur à la prison.

3^e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part

- b. Le service de santé pénitentiaire doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers, ainsi que les régimes alimentaires, la physiothérapie, la rééducation ou toute autre prise en charge spéciale qui s'impose, dans des **conditions comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre**. Les **effectifs** en personnel médical, infirmier et technique, ainsi que la dotation en locaux, installations et équipements, doivent être établis en conséquence.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

4. Les détenus devraient bénéficier, à chaque stade de l'infection par le VIH/sida, des **mêmes traitements médicaux et psychosociaux** que ceux qui sont dispensés aux autres membres de la communauté. Ils devraient, de manière générale, avoir accès aux prestations de santé équivalant à celles de la communauté.

Le développement de la **coopération avec les systèmes sanitaires nationaux ou régionaux** permettrait de faciliter la prise en charge médicale des détenus séropositifs et sidéens, ainsi que leur suivi médical à l'entrée et après la libération.

9. Les **mesures de ségrégation et d'isolement**, ainsi que les restrictions aux activités de travail, de sports et de loisirs n'étant pas nécessaires à l'égard des personnes séropositives dans la communauté, la même attitude doit être adoptée à l'égard des détenus séropositifs.

Lorsque des détenus manifestent des violences à caractère sexuel à l'égard d'autres détenus ou plus généralement font preuve d'un comportement générateur de risques à l'égard d'autres détenus ou du personnel, des mesures disciplinaires ou un isolement cellulaire sont néanmoins justifiés indépendamment du statut sérologique VIH/sida.

10. Les détenus devraient bénéficier d'installations sanitaires conformes aux normes de la communauté, disponibles dans tous les secteurs concernés des établissements pénitentiaires.
22. Des **programmes d'éducation sanitaire** devraient être adaptés aux besoins spécifiques des détenues.

Les **détenues séropositives enceintes** doivent faire l'objet d'une prise en charge et d'une aide équivalant à celles dont bénéficient les femmes à l'extérieur. Elles devraient disposer d'une information aussi complète que possible sur les risques d'infection de l'enfant à naître et, si la législation nationale le prévoit, avoir le choix de procéder à une interruption volontaire de grossesse.

Un **enfant séropositif** né d'une mère incarcérée devrait pouvoir rester auprès d'elle si celle-ci le souhaite, conformément aux dispositions de la réglementation pénitentiaire, et bénéficier de soins médicaux dans des services spécialisés.

Politiques en matière de drogues et droits de l'homme en Europe : Gérer les tensions et maximiser les complémentarités

Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants

- Les prisons posent des défis spécifiques au plan des politiques, et divers critères relatifs aux droits de l'Homme leur sont applicables. Vu que l'emprisonnement constitue une punition, par exemple, les conditions carcérales sont souvent abordées sous l'angle de l'interdiction des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en vertu de l'article 3 de la CEDH⁹².

D'une importance cruciale pour les politiques en matière de drogues, le **principe d'équivalence** est un critère spécifique relatif aux droits des prisonniers. En substance, les normes de soins de santé dans les prisons devraient être équivalentes à celles appliquées dans la communauté. Ce principe a été réaffirmé dans le contexte de nombreuses affaires examinées par la Cour

⁹² Par exemple, Kalashnikov c. Russie, n° 47095/99, 15 juillet 2002; Modarca c. Moldova, n° 14437/05, 10 mai 2007.

européenne, et figure dans plusieurs normes du Conseil de l'Europe⁹³. La peine imposée pour l'infraction commise, c'est la détention et non la dégradation de l'état de santé. Aussi une personne ne devrait-elle pas achever sa période de détention par l'Etat dans un état de santé pire que celui où elle se trouvait au moment où elle a commencé cette période à cause de conditions de détention médiocres ou de négligences de l'Etat.

- C'est donc là un critère clé pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la politique du système pénitentiaire relative à la dépendance aux drogues. Les **programmes d'aiguilles et de seringues** et les **thérapies aux agonistes opioïdes** constituent des exemples des problèmes qui se posent. Ces problèmes sont particulièrement importants, vu la surreprésentation des usagers de drogues dans la population carcérale, la poursuite de la consommation de drogues en prison, le risque accru de contracter des maladies transmissibles dans les espaces fermés, et le risque accru de décès par overdose après la sortie. Dans la communauté, des programmes d'aiguilles et de seringues (PAS) et des thérapies aux agonistes opioïdes (TAO) – également appelées thérapies de substitution aux opiacés (TSO) – sont disponibles dans presque tous les Etats du Conseil de l'Europe. Les agonistes opioïdes figurent sur la liste modèle de médicaments essentiels (LME) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) eu égard à leur efficacité pour traiter la dépendance aux opioïdes et réduire les cas de décès par overdose. Le Comité européen pour la prévention de la torture recommande sans cesse leur administration à une plus grande échelle dans les prisons⁹⁴. Les programmes d'aiguilles et de seringues occupent depuis longtemps une place centrale dans l'action mondiale contre le VIH et protègent contre tout un éventail d'autres dommages pour la santé, tels que l'hépatite C et les abcès. Les deux interventions sont perçues comme des **conditions requises pour la réalisation progressive du droit à la santé**⁹⁵. Appliqué dans la communauté, le cadre DAAQ est aussi introduit dans les prisons en vertu du principe d'équivalence. A ce titre, lorsque les TAO et les PAS sont disponibles dans la communauté, ils devraient être disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité suffisante dans les prisons également, même si ces services doivent être adaptés aux exigences des enceintes pénitentiaires.
- Cependant, ces services sont souvent sujets à controverse lorsqu'ils concernent le milieu carcéral⁹⁶. Certains pays n'admettent pas du tout les TAO dans les prisons. (A ce propos, il convient de noter que l'arrêt de la prise de médicaments en raison d'un emprisonnement peut constituer une peine cruelle, inhumaine ou

⁹³ Règles pénitentiaires européennes, Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres, 11 janvier 2006; aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Recommandation R(98)7 du Comité des Ministres, 1998; Les normes du CPT, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), CPT/Inf/E(2002)1-Rev.2006; Khudobin c. Russie, n° 59696/00, 26 octobre 2006, paragraphe 93.

⁹⁴ CPT, Rapport sur la visite en Irlande du 25 janvier au 5 février 2010, CPT/Inf (2011) 3 (en anglais), paragraphe 75; Rapport sur la visite en Bosnie-Herzégovine du 29 septembre au 9 octobre 2015 (en anglais), en date du 24 mars 2016, paragraphe 110. Voir également Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Mendez, A/HRC/22/53, 1er février 2013, paragraphe 73.

⁹⁵ Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé 2010, op cit. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales : Fédération de Russie, 1er juin 2011, E/C.12/RUS/CO/5, paragraphe 29.

⁹⁶ Shelley c. Royaume-Uni, n° 23800/06, 4 janvier 2008

dégradante⁹⁷). Dans d'autres pays, les TAO peuvent être poursuivis en prison, mais ne peuvent pas y être entamées. Il s'agit là de normes nettement différentes, qui ne sont pas équivalentes aux droits dans la communauté. Dans d'autres pays encore, certaines prisons autorisent ce traitement et d'autres pas. Cela constitue un problème d'accessibilité, vu que la qualité des soins de santé dépend du lieu d'incarcération de la personne. Dans la majorité des pays où il existe des programmes d'aiguilles et de seringues dans la communauté à des fins de santé, de tels programmes ne sont pas disponibles dans les prisons.

- Les autorités pénitentiaires peuvent invoquer des impératifs de sécurité et l'objectif de ne pas laisser des drogues entrer dans les prisons, mais ceux-ci ne peuvent pas, à première vue, supplanter l'impératif de droits de l'Homme de garantir des soins de santé équivalents. Comme dans d'autres domaines, il devrait y avoir ici un préjugé en faveur de ce principe fondé sur les droits.

iii. Secret professionnel et secret médical

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

13. Le **secret médical** devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale.

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

18. Aucun détenu ne devrait être transféré dans un **autre établissement pénitentiaire** sans un **dossier médical complet**. Le dossier devrait être transféré dans des conditions garantissant sa **confidentialité**. Les détenus concernés devraient être informés que leur dossier médical sera transféré. Ils devraient pouvoir y opposer leur refus, conformément à la législation nationale.

3e rapport général du CPT, CPT/Inf(93)12-part

50. Le **secret médical** doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Les dossiers des patients doivent être conservés sous responsabilité médicale.
51. Tous les examens médicaux des détenus (lors de leur admission ou ultérieurement) doivent s'effectuer **hors de l'écoute et - sauf demande contraire du médecin - hors de la vue du personnel pénitentiaire**. En outre, les détenus doivent être examinés **individuellement** et non collectivement.
56. Le CPT souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'existe aucune justification médicale à la ségrégation de détenus séropositifs pour le V.I.H. qui sont des

⁹⁷ Voir, par exemple, CPT, Rapport sur la visite en Bosnie-Herzégovine, op. cit., paragraphe 110, selon lequel la thérapie de substitution ne devrait en aucun cas être interrompue brutalement.

porteurs sains.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison

8. Les **informations relatives à l'état de santé** des détenus sont **confidentielles**.

Le médecin peut communiquer ces informations aux autres membres de **l'équipe médicale** et, exceptionnellement, aux **administrateurs pénitentiaires**, dans la mesure où celles-ci sont **strictement nécessaires** pour assurer le traitement du détenu ou le contrôle de la santé des détenus et du personnel dans le respect de la déontologie médicale et des dispositions juridiques. En principe, cette communication devrait être subordonnée au **consentement** de l'intéressé.

Elle ne peut être donnée qu'en application des principes appliqués dans la communauté en général.

Le statut sérologique VIH/sida n'est pas en général considéré comme une information nécessaire.

25. L'infection par le VIH/sida ne devrait pas constituer un obstacle au transfèrement des détenus sur la base soit d'un accord bilatéral, soit de la Convention du Conseil de l'Europe sur le transfèrement des personnes condamnées.

Le rapport médical sur le condamné susceptible d'être transféré dans son **pays d'origine** devrait être transmis directement par le service médical pénitentiaire de l'Etat de condamnation au **service médical pénitentiaire de l'Etat d'exécution**, étant entendu que ce rapport est protégé par le secret médical.

Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC) - Conseil de coopération pénologique (PC-CP)

Projet de code d'éthique européen pour le personnel pénitentiaire

Strasbourg, le 18 mai 2011 PC-CP (2011) 7 rév pc-cp/docs 2011\pc-cp (2011) 7 f rév

31. Les **informations de nature confidentielle** dont le personnel pénitentiaire serait en possession doivent rester confidentielles, à moins que l'exercice des fonctions ou les besoins de la justice n'exigent absolument le contraire.
32. Une attention particulière doit être accordée à l'obligation de respecter les principes du **secret médical**.

Prise en charge post-pénitentiaire.

Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

La Règle 42.2 prévoit que si un détenu est libéré avant la fin de son traitement, il est important que le médecin établisse un **lien avec les services médicaux extérieurs** afin de permettre au détenu de **poursuivre son traitement après la libération**. Ce point est particulièrement important lorsque le détenu libéré souffre d'une maladie infectieuse telle que la tuberculose ou lorsqu'une maladie ou une malformation mentale ou physique est susceptible de faire obstacle à la réussite de sa réinsertion au sein de la société.

Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela)

Règle 24

2. Les services de santé devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la **continuité du traitement et des soins**, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie.

Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

18. (...)

Il convient de **remettre par écrit aux sortants de prison toute information médicale utile**, à l'attention de leur médecin traitant.

Recommandation No R (93) 6 du Comité des Ministres aux Etats Membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison (adoptée par le Comité des Ministres le 18 octobre 1993, lors de la 500^e réunion des Délégués des Ministres)

5. La prise en charge médicale, le soutien psychologique et le suivi social permettant leur insertion postpénale devraient être organisés pour les détenus séropositifs.
12. al. 2 Les autorités sanitaires des établissements pénitentiaires devraient prendre les **dispositions nécessaires à la mise en place d'un suivi médical et psychologique des détenus après leur libération** et les encourager à en bénéficier.