

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Avis du 19 août 2026

relatif à la prévention et à la prise en charge des décès dans les lieux de privation de liberté

NOR : CPLX2624756V

Lorsqu'une personne est enfermée sur décision de l'autorité publique, seule sa liberté d'aller et venir est restreinte. Elle continue de jouir des autres libertés et droits fondamentaux internationalement reconnus, dont le droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Dès lors, l'Etat a une obligation de protection de l'intégrité physique et psychique des personnes privées de liberté. S'agissant des détenus, cette obligation est reprise par l'article L. 7 du code pénitentiaire : « *l'administration pénitentiaire doit assurer à chaque personne détenue une protection effective de son intégrité physique en tous lieux collectifs et individuels.* »

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a rappelé à la France, à plusieurs reprises, son obligation de protéger la vie des détenus, gardés à vue et retenus, qui implique de veiller, entre autres, à ce que « *leur santé* » et « *leur bien-être* » soient assurés de manière adéquate et de dispenser avec diligence les soins médicaux de nature à prévenir une issue fatale (1). La CEDH a aussi jugé que l'Etat avait l'obligation de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu contre lui-même en cas d'hospitalisation en service de psychiatrie, en soins libres comme en soins sans consentement (2).

Depuis plusieurs années, le CGLPL reçoit un nombre croissant de signalements relatifs aux décès de personnes privées de liberté. Au-delà d'éventuelles fautes, les dysfonctionnements observés traduisent une difficulté à prévenir les décès en captivité et une incapacité à répondre de manière diligente et adaptée à certains proches endeuillés, alors que l'opacité générale du fonctionnement des lieux d'enfermement suscite de nombreux questionnements.

1. Le nombre de décès dans les lieux de privation de liberté, n'est ni complètement connu, ni rendu public

Plusieurs centaines de personnes privées de liberté meurent chaque année au cours d'une garde à vue, d'un séjour en zone d'attente, en centre de rétention administrative (CRA), en détention ou en établissement de santé mentale. Leur nombre exact n'est pas déterminé, faute de traçabilité et de remontée adéquates des informations.

A cet égard, en 2025, le Comité contre la torture des Nations unies (CAT), après avoir examiné le huitième rapport périodique de la France, a recommandé que celle-ci recueille « *les informations détaillées et des statistiques sur les décès survenus* » et « *leurs causes et l'issue des enquêtes menées* », dans l'ensemble de ces lieux (3).

1.1. Le ministère de la santé

Cette lacune s'explique notamment par l'incapacité du ministère de la santé à indiquer le nombre de patients décédés au cours ou à l'issue de leur hospitalisation en soins sans consentement. Il est impossible d'analyser l'évolution de la fréquence de ces décès, ni leur nature et encore moins leur cause, alors que chaque année, et contrairement aux engagements de la France, le nombre de personnes faisant l'objet de telles mesures augmente constamment : de 77 767 en 2022 à 85 710 en 2024 (4). Le CGLPL constate fréquemment, lors de ses visites, des carences graves dans la prise en charge des patients en soins sans consentement. Plusieurs établissements ont fait face à la mort d'un ou plusieurs patients hospitalisés. Les causes les plus fréquentes sont le suicide, certains de ces patients étant hospitalisés précisément en raison du risque suicidaire, les fausses routes et les occlusions intestinales, favorisées par les effets secondaires de certains médicaments, combinés à une absence de surveillance ou d'examen somatique adéquat. Certains patients meurent alors qu'ils sont isolés, voire placés sous contention. Dans ce cas, la cause exacte du décès est rarement connue, faute de déclaration systématique d'obstacle médico-légal (OML) à la signature du certificat de décès (cf. § 3.1).

1.2. Le ministère de la justice

Le ministère de la justice recense annuellement le nombre de morts au sein des lieux dont il a la responsabilité, sans rendre ces données systématiquement publiques : 270 décès en détention ont été recensés en 2022, 257 en 2023, 274 en 2024 et 275 en 2025 (5) (sans distinguer la proportion de femmes et de mineurs). Le suicide représente chaque année plus de 50 % des décès : 138 en 2022, 150 en 2023, 141 en 2024 et 136 en 2025 (6). Environ 25 % des décès sont de « cause naturelle ». Les 25 % restants se répartissent entre « cause inconnue », « suite d'un incendie volontaire », « autres causes » et « morts violentes ».

La direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP) recense aussi les décès de personnes écrouées non hébergées, mais ne dispose d'aucune information détaillée sur leur cause. Aucune analyse locale de retour d'expérience n'est effectuée.

En cas de mort violente, l'inspection générale de la justice (IGJ) est systématiquement saisie mais en dépit de multiples demandes, le ministère de la justice n'a transmis aucun de ses rapports au CGLPL. Aucune synthèse de ces rapports n'est rendue publique.

D'après les données fournies par la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, le premier et unique décès par suicide d'un mineur en centre éducatif fermé est survenu en juin 2022.

Enfin, une personne est décédée en 2024 au dépôt d'un tribunal judiciaire (7).

1.3. Le ministère de l'intérieur

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le ministère de l'intérieur recense annuellement le nombre de morts dans les locaux de police et de gendarmerie. Il publie chaque année une synthèse de ces données dans les rapports annuels des inspections générales de la police nationale (IGPN) et de la gendarmerie nationale (IGGN).

Dans les locaux de la gendarmerie nationale, deux décès sont survenus en 2022 (un par suicide et un de cause naturelle), et aucun en 2023. En 2024, la gendarmerie a fait face à quatre décès pendant des gardes à vue : deux personnes retrouvées inanimées en cellule, une s'est pendue et la dernière est décédée d'une intoxication par les fumées après avoir incendié son matelas. De janvier à août 2025, aucun décès n'a été enregistré.

Aucun élément n'a été communiqué au CGLPL par le ministre de l'intérieur concernant les décès survenus dans les locaux de la police nationale (8). Les données publiques (9) montrent que quatre personnes sont mortes en 2022, en garde à vue ou en cellule de dégrisement, et quatre en 2023, dont trois en garde à vue et une en CRA. Certaines personnes gardées à vue ou retenues décédées à l'hôpital n'y sont pas comptabilisées. Par exemple, en 2023, le CGLPL a constaté qu'une personne retenue en CRA hospitalisée en psychiatrie y était décédée mais n'a pas été comptabilisée par le ministère de l'intérieur. Cette même année, La Cimade a compté quatre décès en CRA. L'IGPN indique aussi qu'une personne est décédée à l'hôpital d'un traumatisme crânio-facial grave une semaine après avoir porté et reçu des coups au sein d'un véhicule de police.

L'année 2024 est caractérisée par 14 morts dans les locaux de police, soit une augmentation importante. Sept en garde à vue, quatre en cellule de dégrisement, deux en CRA et une en zone d'attente. Comme en 2023, La Cimade a recensé 4 décès dans les CRA dans lesquels elle intervenait (10).

Chaque ministère doit recenser, chaque année le nombre de personnes décédées au cours d'une mesure de privation de liberté, même lorsque le décès intervient à l'hôpital, la nature de ces décès, leur lieu et leur cause. Ces données doivent être analysées et rendues publiques. Une synthèse des rapports et des recommandations de l'inspection générale de la justice doit être publiée après chaque mort violente.

L'analyse des circonstances des décès doit permettre de prendre des mesures correctives à l'échelle locale ou nationale.

2. Les mesures permettant de prévenir les décès en captivité ne sont pas suffisantes

2.1. Des personnes gardées à vue décèdent en geôle par défaut de surveillance ou d'accès aux soins

Il ressort des synthèses de l'IGPN que plusieurs personnes, décédées au cours de leur placement en cellule de dégrisement ou de garde à vue (11), n'ont pas bénéficié d'un examen médical physique et psychique préalable alors qu'il était possible d'évaluer la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue (12). L'une d'entre elles était en rupture de traitement psychiatrique et une autre venait d'être maîtrisée violemment. Plusieurs étaient fortement alcoolisées, cette circonstance motivant justement la mesure.

Les nombreux décès de personnes très alcoolisées ou sous l'emprise de produits toxiques ces quatre dernières années interrogent d'autant plus que les risques associés à un sevrage brutal ou à une consommation excessive d'alcool ou de stupéfiants sont connus, et que l'état d'ébriété altère les capacités nécessaires pour formuler une demande de consultation médicale.

En outre, aucun gendarme n'est présent, la nuit, dans les brigades de gendarmerie. Il est prévu que des agents d'astreinte effectuent des rondes toutes les trois à quatre heures, ce qui n'est pas toujours respecté. Ce défaut de surveillance nocturne des gardés à vue, qui n'ont aucun moyen de prévenir en cas d'urgence, présente un risque évident pour leur intégrité physique et psychique.

Le personnel de police et de gendarmerie doit être informé des risques vitaux liés au sevrage brutal des personnes dépendantes à l'alcool. Systématiquement, les personnes placées en cellule de dégrisement doivent être physiquement examinées par un médecin. Les personnes inconscientes ou non réactives doivent rester sous surveillance médicale permanente.

Une surveillance humaine constante doit être assurée dans les brigades de gendarmerie, notamment la nuit.

2.2. Le nombre de morts violentes en milieu carcéral est alarmant

En quatre ans, de début 2022 à avril 2026, vingt-quatre détenus sont décédés après une agression par un ou plusieurs codétenus, en cellule ou en promenade.

Ces personnes étaient hébergées, dans leur grande majorité, dans des établissements suroccupés dans lesquels l'encellulement individuel est exceptionnel. Plusieurs victimes avaient subi des violences à répétition dans les jours précédant leur décès, sans qu'elles ne soient identifiées ou prises en compte par les agents pénitentiaires. L'une avait par exemple plusieurs côtes cassées. Une autre avait été écorchée vive. Une autre encore avait la mâchoire, le nez et un doigt fracturés. Dans plusieurs cas, la victime comme l'agresseur avaient sollicité un changement de cellule. En vain.

Le nombre alarmant d'homicides au sein des établissements pénitentiaires français doit conduire les autorités à prendre toute mesure de nature à garantir aux détenus un encellulement individuel ou, en cas d'hébergement en cellule double, à les changer d'affectation dès le signalement d'un risque de violences.

Dans la majorité des cas, la déclaration du décès sur place traduit à la fois la violence et la rapidité des faits. Elle révèle également l'impossibilité d'une intervention rapide des agents, en particulier en service de nuit lorsque l'effectif est réduit et que seul le gradé dispose des clés. Dans certains établissements, les cellules sont dépourvues d'interphone. Dans d'autres, aucune réponse n'est donnée aux appels qui ne sont ni tracés ni enregistrés. Les détenus sont contraints de taper à la porte pour attirer l'attention des agents et contactent parfois les services de secours avec un téléphone portable. Dans un cas, l'ouverture de la porte par le gradé accompagné de deux agents a pris environ 45 minutes après la première alerte émise à l'interphone par un voisin de cellule. Dans un autre, un détenu a été tué, la nuit, dans un établissement dépourvu d'interphonie ; les détenus des cellules voisines ont téléphoné au SAMU, qui a contacté l'établissement. La porte a également été ouverte plus de 45 minutes après le premier constat fait à l'œil par un agent.

Dans une autre situation, une agression est survenue en promenade, sans surveillance de la cour au motif d'un fort taux d'absentéisme. En cas de violences en promenade, l'intervention des agents demeure très exceptionnelle et, dans l'immense majorité des cas, la victime doit être acheminée par des codétenus jusqu'à la porte de la cour pour être évacuée.

L'administration pénitentiaire doit respecter la loi qui lui impose d'assurer la sécurité des personnes qui lui sont confiées. Des dispositions doivent être prises pour que le personnel puisse intervenir sans délai et en tout lieu pour protéger les victimes.

2.3. Des personnes gravement malades demeurent incarcérées sans soins adaptés

S'agissant des soins somatiques, de nombreux établissements pénitentiaires font face à l'insuffisance du dispositif de soins. Dans les maisons d'arrêt, la surpopulation accroît les délais d'accès à l'unité sanitaire et interdit parfois d'évaluer la situation de l'ensemble des arrivants.

Les détenus qui nécessitent des examens ou des soins spécialisés subissent des pertes de chance faute d'escorte pour les acheminer vers un centre hospitalier. Jusqu'à un tiers des consultations médicales spécialisées programmées sont annulées par l'administration pénitentiaire ou par l'unité sanitaire, notamment afin de garantir le départ en urgence d'une autre personne. Ainsi, une personne a vu annuler quatre fois son extraction médicale. L'examen médical a finalement révélé l'existence d'une maladie grave qui aurait pu être détectée six mois plus tôt sans ces annulations (13). Ailleurs, la décision de limiter les extractions médicales d'une personne dialysée à deux par semaine au lieu de trois a mis en danger la vie de l'intéressée jusqu'à ce qu'elle puisse être transférée.

Paradoxalement, même les patients-détenus hospitalisés dans certaines unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) perdent des chances de soins faute de personnel pénitentiaire pour les accompagner vers les plateaux techniques de l'hôpital.

Les patients-détenus doivent bénéficier des extractions médicales programmées, sans délai.

D'autres personnes atteintes de maladies chroniques sont confrontées à l'interdiction, fondée sur des motifs d'ordre et de sécurité, de disposer de leur appareil paramédical en détention (lecteur glycémique, appareil de ventilation non invasive, etc.) malgré un certificat médical. Cette pratique les expose à des risques importants d'atteinte à leur intégrité physique, voire à une mise en jeu de leur pronostic vital.

Les personnes munies d'un certificat médical attestant de la nécessité d'un appareil paramédical, doivent pouvoir en disposer à tout moment, ainsi que du chargeur électrique nécessaire.

Les difficultés d'accès aux soins somatiques sont d'autant plus préoccupantes que le nombre de personnes détenues âgées augmente chaque année : d'après les données publiquement disponibles, 2 869 personnes détenues étaient âgées de 60 ans ou plus au 1^{er} janvier 2022, et 3 574 au 1^{er} janvier 2025 soit + 24,6 % en trois ans. Chaque année, plusieurs d'entre elles meurent sous écrou, en détention ou au sein d'une UHSI (14). Certaines sont détenues en dépit d'expertises médicales établissant l'incompatibilité de leur état avec la détention.

Le CGLPL recommande depuis plusieurs années que les personnes privées de liberté en fin de vie ou dont le pronostic vital est engagé aient le droit de mourir libres et, où qu'elles se trouvent, accompagnées de leurs proches (15).

A cet égard, des inégalités sont observées sur le territoire national. Les détenus atteints de maladie grave et en fin de vie sont généralement pris en charge en UHSI ou à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Les situations complexes, cliniques ou sociales, conduisent régulièrement au rejet d'une demande de suspension de peine pour raison médicale ou de remise en liberté des personnes prévenues en dépit de l'incompatibilité de leur état avec la détention. Des suspensions de peine pour raison médicale ne sont parfois pas exécutées faute de structure d'aval disponible (16) ou obtenues très tardivement, faute de communication entre les services. A l'EPSNF, en 2024, 10 des 12 demandes de suspension de peine pour raison médicale ont été accordées mais deux n'ont pas été mises en œuvre faute de place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans un autre cas, un détenu âgé de 30 ans atteint d'une maladie hépatique grave et placé sous curatelle a bénéficié d'une suspension de peine pour raison médicale la veille de sa mort, alors que son avocat l'avait demandée deux mois plus tôt. L'unité sanitaire avait refusé de transmettre les certificats médicaux requis au juge de l'application des peines, au curateur, et au patient lui-même. Un autre détenu, âgé de 22 ans, est décédé sous écrou après deux jours d'hospitalisation en réanimation, sans aucune suspension de peine. Dans une autre situation, un détenu est décédé sous écrou après avoir été hospitalisé durant cinq jours dans un service de grands brûlés. Dès son arrivée, le médecin avait indiqué que le pronostic vital était « *très engagé* ». Aucune suspension de peine n'a été prononcée alors que son état n'était de toute évidence plus compatible avec la détention.

Si les patients en fin de vie hospitalisés à l'UHSI bénéficient généralement d'un assouplissement des horaires de visite de leurs proches, ces visites restent conditionnées par les règles applicables au domaine pénitentiaire : permis de visite obligatoire, passage sous le portique, interdiction d'entrer avec un téléphone ou un ordinateur. Souvent, ces contraintes pèsent aussi sur les proches des personnes hospitalisées dans un hôpital de secteur du fait d'une maladie grave ou d'une admission en service spécialisé – tel qu'un service de réanimation ou un centre de traitement des grands brûlés.

Durant le séjour des patients-détenus à l'hôpital, une garde statique est assurée devant la porte de la chambre par des agents de police ou de gendarmerie. Sans permis de visite, les visites de la famille ne sont pas toujours autorisées. Ces permis sont parfois établis dans l'urgence, parfois tardivement, voire postérieurement à la mort du détenu.

Le repérage des personnes susceptibles de bénéficier d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale doit être systématique, impliquant l'ensemble des professionnels pénitentiaires et soignants. Les médecins doivent remettre des certificats médicaux directement à la personne détenue ou, avec son accord, à sa famille ou à son avocat.

Lorsque leur état n'est pas compatible avec la détention, les personnes détenues doivent bénéficier dans les plus brefs délais d'une suspension de peine pour raison médicale ou d'une remise en liberté *a fortiori* lorsqu'elles sont en fin de vie ou lorsque le pronostic vital est engagé. Elles doivent pouvoir mourir libres et accompagnées de leurs proches, qui ne doivent pas subir les contraintes inhérentes au milieu carcéral.

2.4. Des personnes hospitalisées en psychiatrie meurent en isolement, parfois attachées

2.4.1. L'accès aux soins

Dans les établissements psychiatriques, la dégradation de la santé mentale combinée à l'opposition du patient aux soins justifie les soins sans consentement.

Le CGLPL constate régulièrement que des personnes hospitalisées en soins sans consentement ne bénéficient d'un examen somatique complet ni aux urgences ni à l'admission dans le service de psychiatrie. Or, cet examen permet d'éliminer toute cause somatique aux troubles constatés et de disposer de l'ensemble des éléments médicaux nécessaires à la prise en charge des patients.

En outre, alors qu'aucune personne « *ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* » (17), certains professionnels de santé font état de la discrimination visant les patients en soins sans consentement lorsqu'ils nécessitent des soins somatiques dans les services d'accueil des urgences comme au cours de l'hospitalisation.

Ces difficultés sont parfois reconnues comme un facteur de risque ayant entraîné un décès. Dans un établissement de santé, la direction de la qualité a identifié une différence de prise en charge pour deux patients hospitalisés en psychiatrie lors de leur passage aux urgences, et a considéré qu'il s'agissait d'un facteur ayant contribué à la survenue de leur décès. Ailleurs, une patiente est décédée d'une occlusion intestinale : faute de protocole clair, elle n'avait pas été prise en charge assez rapidement par le SAMU à la suite d'une « *incompréhension* ». Deux ans plus tard, le protocole envisagé entre les différents services du centre hospitalier pour renforcer la prise en charge somatique des patients n'avait toujours pas vu le jour.

L'accès aux soins somatiques des personnes hospitalisées en soins sans consentement doit être garanti à tout moment et sans aucune discrimination.

Le CGLPL constate que des décès surviennent parfois dans un contexte de défaut d'accès aux soins psychiatriques. Dans de nombreux établissements, les patients n'ont pas de psychiatre référent et sont vus par plusieurs psychiatres au cours d'un même séjour. Dans un établissement, l'analyse effectuée par la direction de la qualité à la suite d'un décès souligne « *l'absence de prise en charge psychiatrique* » du patient depuis son arrivée dans le service, soit pendant un mois. Il est précisé : « *les soignants sont livrés à eux-mêmes et se sentent abandonnés et les patients ne bénéficient en réalité d'aucun suivi psychiatrique ou psychologique.* » Il arrive, lorsque les effectifs médicaux et paramédicaux d'une unité sont au complet, que des décès surviennent alors que l'unité est suroccupée ou que des soignants sont en renfort dans d'autres unités.

De nombreux établissements de santé mentale sont suroccupés. Les chambres hôtelières des patients placés à l'isolement sont utilisées pour l'accueil de nouveaux patients, alors qu'elles devraient être conservées en prévision de la fin de la mesure d'isolement. Les soignants, dont l'effectif n'est pas adapté à la suroccupation, doivent alors prendre en charge un nombre de patients plus important que prévu. En outre, des sorties trop précoces sont parfois décidées pour répondre aux demandes d'admission.

Dans certains établissements tous les soignants en exercice n'ont pas de formation spécifique au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire alors qu'ils prennent en charge des personnes précisément hospitalisées pour ce motif. Le non-renouvellement de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence dans les délais prévus par

les textes a aussi été observé. Dans un établissement, des soignants ont indiqué ne pas avoir été formés aux gestes et soins d'urgence depuis six ans, et certains depuis plus de dix ans.

Le nombre de soignants doit être adapté au nombre et à l'état des patients hospitalisés.

Les soignants prenant en charge des personnes hospitalisées en soins sans consentement doivent être spécifiquement formés au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire.

2.4.2. Les modalités de la surveillance

La conception, l'architecture ou l'aménagement des locaux sont susceptibles d'influer sur les conduites suicidaires. Dans les unités de grande taille, qui peuvent accueillir jusqu'à quarante patients, il est plus difficile de lutter contre le phénomène de la contagion suicidaire (18) entre les patients et d'assurer la surveillance régulière des personnes suicidaires. Malgré le retrait des objets dangereux, le mobilier et les accessoires demeurent souvent inadaptés : absence de patères et de poignées anti-suicide ; cordons de douche ou de télévision apparents. Tous les établissements ne sont pas dotés de matériel anti-suicide tels que les couvertures, les vêtements lestés, indéchirables et impliables, qui permettraient notamment d'éviter l'isolement et la contention dans les situations de crise suicidaire aiguë.

Aucun espace d'apaisement susceptible d'offrir un environnement rassurant aux patients présentant un état clinique instable, anxieux, agité, ou délirant ne permet d'éviter l'isolement, et parfois la contention.

Ces constats sont souvent aggravés par des défauts de surveillance médicale ou paramédicale ou de traçabilité. Dans un établissement de santé mentale, une personne de 47 ans à l'état de santé somatique préoccupant a été trouvée morte un matin dans son lit ; faute de mention dans son dossier médical, il n'a pas été possible de s'assurer de la surveillance paramédicale nocturne. Un autre patient s'est suicidé en chambre d'isolement à l'aide des sangles de contention qui avaient été laissées accrochées au lit.

Certains patients à l'isolement et sous contention ne sont pas surveillés du tout contrairement à la loi et alors que ces pratiques comportent des risques accrus, voire mortels. Fréquemment, les analyses produites *post-mortem* montrent que ces risques, inhérents aux pratiques coercitives, n'ont pas été pris en compte. Il arrive notamment que des patients soient attachés sans recevoir d'anticoagulant de nature à prévenir les phlébites.

Dans certains établissements, les patients isolés ou attachés n'ont aucun moyen d'appel.

Le CGLPL a été informé, lors d'une visite dans un établissement de santé mentale, qu'un patient était mort un an auparavant de cause inconnue alors qu'il était placé à l'isolement et attaché. Un courrier d'une famille adressé au CGLPL a permis d'établir qu'un autre patient, isolé depuis plusieurs mois, était mort attaché. Dans les deux cas, aucun obstacle médico-légal n'a été soulevé et aucune autopsie n'a été effectuée en dépit du caractère inexpliqué de ces décès.

Faute de statistiques, le nombre exact de décès de patients isolés et attachés reste inconnu.

Dans les « nouvelles orientations pour améliorer les lois visant à lutter contre les atteintes aux droits humains dans les soins de santé mentale », publiées le 9 octobre 2023, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut-commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies (HCDH) demandent aux Etats de mettre fin aux pratiques coercitives « *telles que la détention sans consentement, le traitement forcé, l'isolement et les moyens de contention* ». Ils soulignent qu'un nombre croissant de données probantes montrent comment les pratiques coercitives ont un impact négatif sur la santé physique et mentale, aggravant souvent l'état existant d'une personne tout en la privant de ses systèmes de soutien. En annonçant son intention de mettre fin à la pratique de l'isolement à l'horizon de 2030, la France se conforme à cet objectif de manière très partielle et sans célérité. Les risques vitaux liés à la pratique de la contention justifient qu'il y soit mis fin sans attendre. D'ici-là, les risques identifiés par les données probantes que citent l'OMS et le HCDH commandent à tout le moins que le décès d'un patient placé sous contention fasse systématiquement l'objet d'investigations médico-légales (*cf.* § 3).

L'impact négatif de la contention sur la santé physique et mentale des personnes qui y sont soumises et les mécanismes de patients attachés doivent conduire les établissements de santé mentale à mettre fin à la contention mécanique de leurs patients sans attendre l'échéance retenue par le Gouvernement pour l'interdiction générale de cette pratique.

A défaut, tout décès d'un patient isolé ou placé sous contention doit être signalé au parquet.

Faute de personnel, il est rare que les patients isolés ou attachés bénéficient d'une surveillance humaine constante. Ils sont le plus souvent laissés seuls et surveillés de manière plus ou moins régulière, voire vidéo-surveillés, de manière assez illusoire car la surveillance des écrans n'est pas constante.

Conformément à la loi, les modalités de surveillance médicale et infirmière doivent être strictes et clairement définies par le médecin qui décide de la mesure de placement à l'isolement et de contention. La surveillance paramédicale doit être tracée dans les dossiers médicaux des patients. La vidéosurveillance ne saurait se substituer à la surveillance physique des soignants, à leur présence et aux interactions relationnelles. Les personnes qui nécessitent une surveillance constante doivent être accompagnées par un soignant.

2.5. Des personnes sont maintenues en rétention administrative malgré un certificat médical d'incompatibilité

Les CRA accueillent souvent des personnes dont l'état de santé est fragile, voire incompatible avec la rétention. Des certificats médicaux d'incompatibilité sont régulièrement établis par les médecins des unités médicales. Toutefois, ils sont rarement pris en compte par les préfetures et les juges qui statuent sur la mesure de rétention.

Par exemple dans un CRA, sur 34 personnes ayant bénéficié de ces certificats en 2025, seulement 2 ont été libérées. Ainsi le CGLPL a rencontré une personne retenue souffrant d'un cancer du foie, et munie d'un tel certificat, non pris en compte. Dans le même établissement, une personne retenue est décédée à l'hôpital sous le double statut de retenue et d'hospitalisée sans consentement; elle avait pourtant bénéficié de deux certificats médicaux d'incompatibilité de son état avec la rétention, non pris en compte.

Les certificats médicaux attestant de l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec la rétention doivent entraîner la levée de la mesure.

2.6. Le passage d'un lieu de privation de liberté à un autre peut entraîner des ruptures d'information médicale dont découlent des pertes de chance

Une même personne peut être privée de liberté successivement dans plusieurs lieux, par exemple les étrangers détenus acheminés en CRA dès leur levée d'écrou, des détenus transférés d'un établissement pénitentiaire à un autre ou des patients qui passent de la prison à la psychiatrie. Au cours de ses visites, le CGLPL a constaté des défauts de transmission des dossiers médicaux ou l'annulation de rendez-vous avec des spécialistes. Ces ruptures sont susceptibles de mettre les intéressés en danger. Par exemple, une personne détenue atteinte de pathologies cardiaque et psychiatrique, a été emmenée en CRA, où elle a fait une tentative de suicide. Acheminée à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris puis hospitalisée en soins sans consentement, elle est décédée à l'hôpital dans son sommeil. L'équipe médicale ne disposait pas de son dossier médical complet, notamment de ses antécédents. Aucune enquête n'a été ordonnée pour clarifier les causes exactes de sa mort, alors que cette personne était privée de liberté à double titre (cf. § 3).

S'agissant d'une hospitalisation, les constats sont les mêmes que ceux faits dans les prisons en matière d'escortes (cf. § 2.4). En 2024, une personne est décédée le 37^e jour de son séjour en CRA, après un séjour en détention. Sept jours avant son décès, elle aurait dû bénéficier d'une consultation médicale spécialisée, annulée faute d'escorte policière; la consultation a été reprogrammée la semaine suivante, mais l'intéressé a fait un malaise fatal quelques heures avant de s'y rendre.

La préfecture doit informer l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire du placement en rétention des sortants de prison. Les données médicales et les rendez-vous spécialisés nécessaires doivent être intégralement transmis entre unités sanitaires lors du transfert d'une personne privée de liberté entre deux lieux d'enfermement afin de garantir la continuité d'une prise en charge soignante de qualité.

3. Les décès dans les lieux de privation de liberté ne sont pas systématiquement considérés comme suspects

3.1. Certains établissements s'affranchissent régulièrement de l'obligation de déclaration d'un obstacle médico-légal à la levée du corps

Le Comité contre la torture de l'ONU recommande à la France de « *veiller à ce que tous les décès survenus en détention donnent lieu sans tarder à une enquête efficace et impartiale menée par une entité indépendante, y compris à un examen médico-légal indépendant, conformément au Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux et, s'il y a lieu, appliquer les sanctions correspondantes et accorder une indemnisation équitable et adéquate aux familles* ».

L'article 74 du code de procédure pénale prévoit qu'« *en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. [...] Sur instructions du procureur de la République, une enquête aux fins de recherche des causes de la mort est ouverte* ».

Le code pénitentiaire prévoit en outre, en cas de décès d'une personne détenue, que « *si la personne détenue s'est suicidée ou est décédée d'une mort violente, ou encore si la cause du décès est inconnue ou suspecte, les dispositions de l'article 74 du code de procédure pénale sont applicables.* »

En pratique, le médecin qui constate le décès et en signe le certificat doit relever un « obstacle médico-légal à la levée du corps » (OML) afin que le corps reste à la disposition des services enquêteurs et de l'autorité judiciaire, qui doivent être informés sans délai par l'autorité responsable du lieu.

L'opportunité de déclarer un OML est laissée à l'appréciation du médecin qui constate le décès. Or, il peut parfois être responsable de la prise en charge du patient avant son décès, ce qui présente un risque de non-déclaration, notamment en cas de décès dans les établissements de santé mentale. *A contrario*, il est parfois extérieur à l'établissement (par exemple le médecin du SAMU) et ne connaît pas le statut du patient. Aucune disposition légale ne détaille les situations ni les lieux dans lesquels l'OML doit systématiquement être requis. Les établissements de santé mentale ne mettent en œuvre la procédure décrite dans l'article précité qu'en cas de suicide: dans l'immense majorité des établissements visités, l'OML n'est systématique que dans cette hypothèse. Ainsi, l'autorité judiciaire n'est pas informée de tous les décès de patients hospitalisés en soins sans consentement, alors que ces personnes sont aussi placées sous l'entière responsabilité de l'Etat. Aucune autopsie n'est réalisée, et les éventuelles responsabilités des soignants ou de l'établissement ne peuvent être établies. L'analyse des registres des décès et des documents internes communiqués au CGLPL dans les suites de certains de ces événements traduit pourtant des dysfonctionnements graves. Par exemple, dans un cas, des éléments médicaux étaient consignés dans le dossier médical d'un autre patient (19). Dans un autre cas, les soignants avaient omis de tracer certains détails de

la découverte du corps d'un patient attaché au moment de son décès, au motif que ces éléments – susceptibles de révéler des erreurs dans la prise en charge – pourraient heurter la sensibilité des proches en cas de consultation du dossier médical. Aucun OML n'a donc été relevé. Dans un troisième cas, une allergie médicamenteuse connue de l'équipe soignante ne figurait pas dans le dossier médical, un traitement nocif pour le patient a donc pu être prescrit. Ce patient est décédé, sans que l'établissement n'ait consigné la date exacte de sa mort, l'hôpital dans lequel il était mort, et encore moins les causes exactes de sa mort, qui n'a pas été signalée à l'autorité judiciaire.

En revanche, l'OML est systématiquement relevé en cas de décès dans des locaux de police ou de gendarmerie.

En cas de décès d'une personne à l'hôpital précédemment retenue en CRA, l'OML est généralement relevé.

En cas de décès dans un établissement pénitentiaire, l'OML est en général relevé, mais quelques exceptions ont été observées. Un médecin a, par exemple, signé un certificat de décès sans OML après un suicide en 2023 ; l'autorité judiciaire a toutefois été informée du décès. Un autre n'a pas coché la case « obstacle médico-légal » mais a demandé une recherche de la cause du décès. Dans une UHSI, le personnel médical prévient l'autorité judiciaire de l'imminence d'un décès lorsqu'un patient atteint d'une maladie grave ou incurable est en fin de vie, afin d'éviter l'ouverture d'une enquête en recherche des causes de la mort.

En cas d'autopsie, les directions des établissements pénitentiaires et de santé n'ont pas connaissance des conclusions, sauf si la famille, informée, décide de les communiquer ou d'engager un contentieux.

Tout décès dans un lieu de privation de liberté doit être considéré comme suspect, au sens de l'article 74 du code de procédure pénale, et jusqu'à preuve du contraire. L'obstacle médico-légal à la levée du corps doit systématiquement être requis :

- en cas de décès d'une personne privée de liberté ;
- en cas de décès inattendu d'une personne sous écrou non hébergée mais précédemment détenue ;
- en cas de décès inattendu d'une personne en soins libres précédemment hospitalisée en soins sans consentement ou non hospitalisée mais faisant l'objet d'un programme de soins ;
- en cas de décès d'un patient placé sous contention ;
- en cas de décès dans un hôpital d'une personne détenue ou retenue à la suite de faits ou d'une pathologie constatés en captivité.

Les conclusions de l'enquête en recherche des causes de la mort doivent être communiquées aux autorités locales afin qu'elles puissent mettre en œuvre les actions correctrices requises.

3.2. L'information, le contrôle et le soutien de l'autorité hiérarchique et de tutelle sont insuffisants

3.2.1. Les agences régionales de santé

Outre le fait que l'autorité judiciaire n'est pas toujours alertée de l'ensemble des décès de cause inconnue ou suspecte, certains établissements de psychiatrie visités ne déclarent pas tous les décès survenus dans leur service en « *événement indésirable grave associé aux soins* » (EIGAS) à l'agence régionale de santé (ARS) compétente, ce qui signifie que l'autorité de tutelle n'est pas systématiquement informée des dysfonctionnements les plus graves au sein des établissements de psychiatrie de son ressort : ces décès passent inaperçus. Dans un établissement, entre 2018 et 2023, neuf décès ont été déclarés dans un délai variant d'un jour à six mois, dont huit suicides et une mort de cause inconnue, six décès n'ont pas été déclarés à l'ARS, dont deux à la suite de fausses routes, trois de cause inconnue et un suicide. Deux suicides dans la même unité ont apparemment été déclarés par le responsable de cette unité mais la direction de la qualité ne disposait ni de la copie des retours sur expérience (RETEX), ni des déclarations à l'ARS.

Lorsque les décès sont correctement déclarés, des analyses approfondies de leurs causes sont effectuées, par des RETEX formalisés ou des revues de mortalité-morbidité (RMM), mais les préconisations formulées en conclusion sont rarement mises en œuvre dans des délais satisfaisants, alors qu'elles visent à remédier aux dysfonctionnements systémiques et à prévenir tout futur événement de même nature. Il n'est pas rare que d'une conclusion à l'autre, les mêmes constats et mêmes préconisations soient formulées.

En outre, les établissements de santé dont dépendent les médecins qui exercent en unité sanitaire au sein d'établissements pénitentiaires n'analysent que rarement les facteurs de risques ou éventuels dysfonctionnements systémiques susceptibles d'avoir concouru aux décès de patients-détenus, alors qu'il s'agit d'une recommandation formulée depuis plusieurs années par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'IGJ (20). Ils ne signalent pas non plus d'EIGAS à l'ARS alors qu'un défaut de soins ne peut être exclu.

Les établissements de santé doivent systématiquement signaler à l'agence régionale de santé les décès de personnes privées de liberté, qu'elles soient hospitalisées en soins sans consentement, retenues ou détenues. Les plans d'actions établis à l'issue de l'analyse des causes susceptibles d'avoir concouru au décès doivent être mis en œuvre sans délai.

3.2.2. Les directions interrégionales des services pénitentiaires

Les chefs d'établissement peuvent solliciter l'organisation d'un RETEX postérieurement à un décès d'une autre nature qu'un suicide (21) mais ce n'est pas systématique. Des comptes-rendus professionnels sont rédigés par les agents et le chef d'établissement adresse un rapport d'incident à la direction interrégionale des services pénitentiaires. Ces rapports évoquent rarement la prise en charge de l'intéressé au cours de sa détention et les éventuels facteurs de risque à corriger, qu'il s'agisse de problématiques structurelles ou de gestes professionnels

inadaptés. Ils ne mentionnent pas systématiquement les modalités d'information des proches et de l'avocat (cf. § 4.2).

3.2.3. Le contrôle hiérarchique des forces de police et de gendarmerie

Les décès survenus au sein d'un CRA font l'objet d'un RETEX organisé localement, qui n'associe toutefois pas systématiquement le personnel de santé. Les décès survenus dans les locaux de police ou de gendarmerie ne font pas l'objet de RETEX formalisés mais sont analysés par les inspections générales respectives, dont les conclusions ne figurent toutefois pas dans les rapports annuels.

4. La prise en charge postérieure au décès

4.1. *Le respect dû au défunt n'est pas toujours garanti*

Les Nations Unies rappellent que l'administration pénitentiaire doit traiter la dépouille d'une personne décédée en cours de détention avec respect et dignité (22). Pourtant, après l'intervention des secours et des forces de police, des personnes inanimées ont été laissées allongées sur la cursive, sans aucune protection. Dans un cas, un agent a effectué sa ronde nocturne en contournant un corps sans vie. Dans un autre, l'équipe pénitentiaire a pris l'initiative de recouvrir la personne décédée avec un drap.

Lorsque le corps sans vie d'une personne privée de liberté est découvert, il doit être traité avec respect et dignité et ne pas rester à la vue des tiers.

4.2. *L'information des proches n'est pas toujours digne*

L'annonce du décès d'une personne privée de liberté à ses proches est particulièrement sensible. La qualité des premières informations sur les circonstances du décès est fondamentale pour prévenir les soupçons souvent suscités chez les proches du défunt. Or, cette annonce n'est encadrée juridiquement que lorsqu'une personne décède dans un établissement pénitentiaire, et uniquement en cas de suicide (23).

Le chef d'établissement doit informer sans délai (24) les proches du détenu décédé. D'après les témoignages recueillis lors des visites du CGLPL, il est parfois difficile d'identifier la personne à prévenir, d'obtenir ses coordonnées et de la contacter par téléphone : 45 des 184 RETEX communiqués au CGLPL n'abordent pas la question de l'information des proches ; 20 des 139 autres font état de difficultés relatives à l'identification des personnes à prévenir ou l'obtention de leurs coordonnées.

S'il existe des situations où le détenu est isolé, n'a aucun proche ou ne souhaite simplement pas désigner quelqu'un, dans d'autres cas cette information n'a pas été dûment recherchée lors de l'écrou. Certains détenus se voient refuser la possibilité de consulter ou de recharger leur téléphone portable à l'arrivée et sont dans l'impossibilité de renseigner le numéro de téléphone de la personne à prévenir. Des familles se présentent parfois au parloir sans avoir été préalablement informées du décès de leur proche. Plusieurs avocats ont aussi signalé au CGLPL ne pas avoir été informés du décès de leur client dans un délai raisonnable. Le recours à un interprète n'est pas systématique lorsque la famille est allophone.

L'hospitalisation des détenus en réanimation sans levée d'écrou entraîne parfois des difficultés. Dans un cas, un membre de la famille a été informé par le chef d'établissement de l'hospitalisation dans un état grave de son proche détenu, mais lorsqu'il a tenté de joindre l'hôpital, il lui a été répondu que son proche n'y était pas hospitalisé, en application d'un protocole prévoyant qu'aucune information ne soit transmise à des tiers en cas d'hospitalisation de personnes détenues. Dans un autre cas, le décès d'une personne détenue hospitalisée en réanimation a été annoncé à ses proches par l'hôpital à l'occasion d'une demande de don d'organes.

En cas de décès dans un établissement de santé, les familles ou les proches sont prévenus par tous moyens appropriés par le médecin ayant assuré la prise en charge du patient. L'information des proches est généralement diligente, mais tout comme en établissement pénitentiaire, des dysfonctionnements surviennent parfois faute de coordonnées des personnes à prévenir en cas de décès (proches, curateur, tuteur). Dans un cas, le tuteur d'un majeur protégé a été informé de son décès mais n'avait connaissance ni de son hospitalisation, ni de son placement sous le régime des soins sans consentement. Une famille a été informée du décès d'un proche sans qu'un rendez-vous soit proposé. Dans le cas d'un décès par suicide, l'équipe qui en a informé la famille n'a pas été en mesure d'indiquer où était le corps de la patiente, ne sachant pas dans quel institut médico-légal il avait été transféré. Des proches ont indiqué avoir été informés du décès d'un patient par le service des pompes funèbres. Enfin, les proches d'une personne morte en chambre d'isolement, sans que l'autorité judiciaire n'en ait été informée, ont refusé l'autopsie faute d'informations transparentes concernant les circonstances du décès. Les proches de personnes qui décèdent au cours d'une hospitalisation en psychiatrie ne disposent bien souvent que de peu d'éléments de compréhension et s'en remettent entièrement aux équipes soignantes ; sans que cela puisse être qualifié de fréquent, l'information qui leur est donnée peut être déloyale.

Afin de garantir l'information des proches, de l'avocat, ou du mandataire en cas de décès, toutes les diligences doivent être accomplies dès l'arrivée dans un lieu d'enfermement, notamment le recueil des coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence.

Les personnes chargées d'annoncer aux proches le décès d'une personne privée de liberté doivent être formées à cette mission. Ces informations doivent être préalablement vérifiées et données dans les plus brefs délais, de manière complète et loyale, dans une langue maîtrisée par l'interlocuteur.

La méconnaissance des lieux et de leur fonctionnement entraîne parfois pour les proches ou la famille des intéressés des suspicions légitimes quant aux circonstances du décès. Quel que soit le lieu de privation de liberté, les proches doivent porter plainte avec constitution de partie civile pour obtenir communication des conclusions de l'enquête. Cette obligation fait peser sur eux la responsabilité d'entreprendre des démarches et aggrave le sentiment d'opacité entourant les circonstances du décès et les suites données.

Au cours des années 2024 et 2025, le CGLPL a reçu de nombreux signalements à cet égard. Dans un cas, la compagne d'un détenu décédé trois mois plus tôt n'avait pas réussi à se faire assister par un avocat pour l'accompagner dans ses démarches, faute de moyens financiers. Par conséquent, elle n'a pas pu se faire communiquer le rapport d'autopsie. Dans un autre cas, un consulat a signalé au CGLPL que la famille d'une personne détenue étrangère décédée en 2015 n'avait pas réussi, plus de dix ans plus tard, à obtenir les informations relatives à l'évolution de l'enquête judiciaire et ses conclusions. Dans une autre situation, une famille a demandé des actes d'enquête supplémentaires de la part du médecin légiste, qui n'avait procédé qu'à un examen visuel du corps.

La France a pourtant été condamnée par la CEDH dès 2004, soit il y a plus de 20 ans, pour avoir violé l'article 2 de la Convention, du fait de l'impossibilité pour la requérante d'être impliquée dans l'information pour recherche des causes du décès de son concubin – mort en CRA – et d'accéder à cette information. La Cour avait affirmé : *« Dans tous les cas où un détenu décède dans des conditions suspectes, l'article 2 met à la charge des autorités l'obligation de conduire d'office, dès que l'affaire est portée à leur attention, une "enquête officielle et effective" de nature à permettre d'établir les causes de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition. Les autorités ne sauraient laisser aux proches du défunt l'initiative de déposer une plainte formelle ou d'assumer la responsabilité d'une procédure d'enquête [...]. Dès lors qu'elles ont connaissance d'un décès intervenu dans des conditions suspectes, les autorités doivent, d'office, mener une enquête, à laquelle les proches du défunt doivent, d'office également, être associés »* (25).

En cas de décès dans un lieu de privation de liberté, les ayants droit ou les proches de la personne décédée doivent d'office être associés à l'enquête, informés de son évolution et de ses conclusions, dans un délai raisonnable.

Les enquêtes en recherche des causes de la mort doivent permettre d'éteindre les suspicions que la méconnaissance des lieux de privation de liberté peut engendrer. Au cours de ses visites, le CGLPL a constaté que le pôle de médecine légale d'un centre hospitalier a évoqué un projet de *« consultation post-autopsie »* destinée à expliquer aux proches du défunt les méthodes et résultats de l'autopsie. Les proches des détenus décédés dans l'établissement pénitentiaire rattaché à ce centre hospitalier seront inclus dans ce dispositif.

Les doutes sont parfois alimentés par l'absence ou les carences d'information sur la prise en charge des personnes décédées, ce qui entraîne des questionnements quant à d'éventuelles négligences en matière de repérage du risque et de surveillance. En détention, il n'est pas rare de constater que les observations consignées sur Genesis (26), qui doivent être renseignées quotidiennement par les agents pénitentiaires, ne le sont pas du tout, notamment dans les établissements surpeuplés, ce qui obère toute possibilité de décrire les conditions de prise en charge quotidienne des défunts aux proches qui en font la demande. Dans un cas, seules trois observations étaient tracées alors que la personne avait séjourné sept mois dans l'établissement.

En psychiatrie, les familles de patients décédés rencontrent parfois des difficultés similaires, notamment lorsque des consignes médicales leur interdisent de communiquer avec leur proche durant l'hospitalisation, ou lorsqu'elles n'ont pas été désignées comme personnes de confiance. L'accès au dossier médical du proche décédé est parfois difficile (27). Ceci est d'autant plus problématique que ces décès font rarement l'objet d'une enquête en recherche des causes de la mort (cf. *supra*).

*
* *

Chaque année, des centaines de personnes meurent dans les lieux où elles sont enfermées et donc sous la garde d'autorités normalement et légalement garantes de leur intégrité. En prison, ils et elles sont plus de 270 à mourir ainsi, dont la moitié par suicide. Quant aux meurtres carcéraux, ils augmentent de manière alarmante, au rythme de la surpopulation qui ronge les cellules. Dans les services de psychiatrie, en soins sans consentement, leur nombre est inconnu, le ministère de la santé s'avérant incapable de les recenser, mais il est fréquent que le CGLPL soit saisi de ces décès par les familles ou qu'il les constate au cours d'une visite. Le plus souvent, les causes en sont de graves carences dans le suivi des patients, notamment lors d'isolement et surtout de contention. En 2025, on comptait 14 morts dans les locaux de police, gendarmerie et dans les centres de rétention administrative.

Or chaque administration est tout aussi responsable du respect de l'intégrité des personnes qu'elle a sous sa garde que du maintien de leur enfermement. Elle doit donc en toute transparence rendre des comptes pour tout décès, y compris lorsqu'il résulte de pratiques administratives ou d'un défaut de surveillance. Il est tellement anormal de mourir privé de liberté que les autorités doivent anticiper ces situations et reconnaître l'incompatibilité de l'état de santé lorsqu'elle existe. En tout cas, lorsque survient un tel drame, demeurent trois obligations : en connaître les causes et en tirer les conséquences ; respecter les droits des tiers endeuillés et respecter le corps et les dernières volontés du défunt.

(1) CEDH, *Slimani c. France*, req. n° 57671/00, 2004, § 28 ; *Rivière c. France*, req. n° 33834/03, 2006, § 62, et *Taïs c. France*, req. n° 39922/03, 2006, § 98.

(2) CEDH, *Chevalier c. France*, req. n° 44392/19, 2021, § 32.

- (3) CAT, Observations finales concernant le huitième rapport périodique de la France, CAT/C/FRA/CO/8, 2025.
- (4) Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, *Santé mentale et psychiatrie, Mise en œuvre de la feuille de route - Etat d'avancement au 1^{er} mai 2025*.
- (5) Sources statistiques de la protection judiciaire de la jeunesse : 3 mineurs se sont suicidés en milieu fermé en 2022 et 4 en 2023.
- (6) Un avis relatif aux suicides en détention et à leur prévention est publié concomitamment au présent avis.
- (7) Il s'agit d'un décès par « arrêt cardio-respiratoire » pour lequel une enquête est encore en cours.
- (8) Le CGLPL avait sollicité, pour les décès survenus en 2022, 2023 et 2024, dans les locaux relevant de sa compétence : leur nombre ; les suites judiciaires accordées à ces événements et leurs conclusions ; les suites disciplinaires données, le cas échéant ; les comptes-rendus des retours d'expérience organisés à la suite des décès ainsi que tout document jugé utile à la compréhension de leur survenance.
- (9) Rapport annuel 2022 de l'IGPN, p. 30-31 ; Rapport annuel 2023 de l'IGPN, p. 152-158 ; Rapport annuel 2024 de l'IGPN, p. 24.
- (10) D'octobre à décembre 2024. Voir La Cimade, *En rétention, une fin d'année 2024 tragique : décès et actes de désespoir se multiplient*, 20 décembre 2024.
- (11) En 2022, trois d'entre elles étaient fortement alcoolisées au moment de l'interpellation, une quatrième personne est décédée des suites d'un malaise cardiaque alors que son état de santé avait été jugé compatible avec la mesure de garde à vue par un médecin.
- En 2023, deux personnes avaient un trouble de l'usage d'une substance psychotrope, une troisième est décédée des suites d'une association médicamenteuse, une quatrième de « mort naturelle ou d'origine toxique ».
- En 2024, parmi les sept personnes mortes en garde à vue, une s'est pendue à l'aide d'un vêtement, une autre à l'aide d'un lacet, une est décédée des suites de « blessures auto-infligées » alors qu'elle était en rupture de traitement psychiatrique, deux ont fait un malaise, un accident vasculaire cérébral, une est décédée en salle d'attente après une décharge de pistolet à impulsion électrique.
- Parmi les quatre personnes décédées en cellule de dégrisement, une personne est morte des suites d'une « broncho-pneumopathie aiguë purulente ». Elle avait été acheminée au commissariat après avis téléphonique du médecin régulateur du SAMU, en dépit de son « absence de réactivité ». Deux personnes ne semblent pas avoir bénéficié d'une consultation médicale : pour l'une, qui a fait un malaise peu après son arrivée, l'autopsie conclut que son décès est lié à sa forte consommation d'alcool ; l'autre a fait un malaise peu avant de quitter les locaux de police, sans précision des causes exactes du décès. Une quatrième personne est morte avant l'arrivée du médecin, qui a constaté le décès, dont la cause n'est pas non plus établie.
- Par ailleurs, une personne a fait un malaise au dépôt d'un tribunal judiciaire alors qu'elle rentrait de l'hôpital où son état avait été jugé compatible avec la garde à vue. Une personne s'est pendue en zone d'attente. En centre de rétention administrative, une première s'est pendue et une seconde a fait un malaise avec des difficultés respiratoires et est décédée sur place.
- (12) Article 63-3 du code de procédure pénale : « Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois. Le médecin se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue et procède à toutes constatations utiles. »
- (13) CGLPL, Rapport de la 2^e visite du centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin (Seine-et-Marne), décembre 2023, p. 80.
- (14) Une des UHSI a, dès 2015, transformé deux de ses lits en « lits identifiés soins palliatifs », les autres adressent leurs patients vers les soins palliatifs de leur établissement, ou sollicitent une équipe mobile. Les directives anticipées de fin de vie sont rarement recueillies.
- (15) Recommandation minimale 137, Recommandations minimales du CGLPL pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, 4 juin 2020.
- (16) EHPAD, foyer, hôpital psychiatrique, etc.
- (17) Article L. 1110-3 du code de la santé publique.
- (18) Ministère de la santé, des familles et de l'autonomie des personnes handicapées, *La prévention de la contagion suicidaire*, mis à jour le 3 février 2026 : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/la-prevention-de-la-contagion-suicidaire>
- (19) L'OML a été requis mais il est peu probable, en cas de réquisition du dossier médical, que l'autorité judiciaire ait - précisément - conscience de l'absence d'élément au dossier.
- (20) Rapport d'inspection conjointe, IGAS-IGJ, *La prévention du risque suicidaire en milieu carcéral*, mai 2021.
- (21) CGLPL, Avis du 19 août 2026 relatif à la prévention du suicide en prison.
- (22) Règle « Nelson Mandela » n° 72 : « L'administration pénitentiaire doit traiter la dépouille d'une personne décédée en cours de détention avec respect et dignité. La dépouille devrait être rendue à son parent le plus proche dès que raisonnablement possible, et au plus tard une fois l'enquête achevée. L'administration pénitentiaire doit organiser des funérailles culturellement adaptées, lorsque personne ne souhaite ou ne peut le faire, et consigner tous les faits y relatifs ».
- (23) L'article L. 344-1 du code pénitentiaire dispose que « lorsqu'une personne détenue s'est donné la mort, l'administration pénitentiaire informe immédiatement sa famille ou ses proches des circonstances dans lesquelles est intervenu le décès et facilite, à leur demande, les démarches qu'ils peuvent être conduits à engager ».
- (24) « Dès que le corps a été pris en charge par les pompes funèbres ». La direction de l'administration pénitentiaire précise « qu'il n'est pas souhaitable que l'annonce soit reportée à des heures ouvrables, afin d'éviter que la famille n'apprenne la nouvelle par une autre source (médias, etc.) », cf. direction de l'administration pénitentiaire, Guide de prévention du suicide, 2023, p. 71.
- (25) CEDH, *Slimani c. France*, req. n° 57671/00, 2004, § 47.
- (26) Logiciel de gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité.
- (27) Soit en raison d'une opposition de l'intéressé de son vivant, soit d'une absence de coopération des autorités du lieu, ou d'une impossibilité de faire valoir ses droits dans le cadre très restrictif imposé par la loi, qui définit strictement la notion d'ayant droit.



**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Le garde des Sceaux
ministre de la Justice**

Madame Dominique Simonnot
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
12 rue Henri Rol-Tanguy
CS 30026
93 109 Montreuil cedex

Paris, le **24 SEP. 2026**

Madame la Contrôleure générale,

Vous m'avez fait parvenir un avis relatif à la prévention et à la prise en charge des décès dans les lieux de privation de liberté, dont j'ai pris connaissance avec le plus grand intérêt.

Je tiens à vous faire part des observations suivantes.

I. Le nombre de décès en détention

Concernant les statistiques du ministère de la Justice sur le nombre annuel de décès en détention, une réflexion pourrait être engagée afin de permettre la publication de données plus complètes. Le cas échéant, ces séries statistiques ne sauraient néanmoins comporter ni les lieux des décès en raison de la nécessité de protéger la confidentialité des données individuelles, ni les suites administratives et judiciaires.

Des statistiques sur l'emprisonnement et les institutions pénitentiaires sont publiées chaque année par le Conseil de l'Europe (SPACE). Elles reposent sur une enquête annuelle, à laquelle le ministère de la Justice français participe, et présentent des indicateurs sur les décès en détention.

II. La prévention des décès en détention

a. Les décès par mort violente

La direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP) est pleinement consciente de la responsabilité qui lui incombe et totalement mobilisée afin de garantir la sécurité et l'intégrité physique des personnes dont elle a la charge.

Le nombre de faits de violence entre personnes détenues a augmenté, passant de 11 698 en 2022 à 16 919 en 2025, même s'il convient de corréliser cette variation à l'augmentation de la population pénale sur la période. En effet, le nombre de personnes détenues en France est passé de 72 836 au 1er décembre 2022, à 86 229 en 2025 à la même date.

Face à cette hausse, la direction générale de l'administration pénitentiaire (DGAP) déploie depuis 2023 un plan national de lutte contre les violences, destiné notamment à prévenir la survenue de tels événements. Ce plan d'action national, décliné au niveau interrégional puis local, vise à donner aux personnels des outils de prévention et de lutte contre les situations génératrices de violences.

Par ailleurs, la DGAP, sous mon impulsion, poursuit une politique d'affectation des personnes détenues vers des régimes de détention adaptés à leurs profils, à leurs besoins, ou spécialisés dans un type de prise en charge spécifique. Il peut être sécuritaire, à l'image des quartiers de lutte contre la criminalité organisée, des unités pour détenus violents ou des quartiers de prise en charge de la radicalisation. Il peut également tendre vers des régimes d'autonomie préparant à sortie. L'objectif est d'envisager la sécurité pénitentiaire à partir de l'évaluation et de l'analyse du profil de chaque personne détenue afin d'adapter la prise en charge à son niveau de dangerosité pénitentiaire.

De plus, l'inspection générale de la Justice (IGJ) a mené en 2022 des missions d'inspections de fonctionnement visant à produire des recommandations pour la DGAP s'agissant des décès survenus par mort violente. Les services de la DGAP ont décliné ces travaux en fiches « Alertes » à destination des services déconcentrés, afin de prévenir et de maîtriser les risques associés aux écarts constatés entre la pratique et la réglementation. Des notes nationales sont diffusées pour apporter les correctifs nécessaires aux situations faisant l'objet de recommandations.

La nouvelle Inspection générale de l'administration pénitentiaire (IGAP), créée le 1^{er} février 2026, constitue également un acteur de la prévention et de la postvention des décès survenant en détention. Elle participera à la construction des politiques publiques en la matière, promouvant notamment les bonnes pratiques des établissements et des personnels.

b. Un accès efficace aux soins durant la période d'incarcération

Le ministère de la Justice est particulièrement attentif à l'état de santé physique et psychologique des PPSMJ.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a cependant confié au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des PPSMJ.

À cet égard, le financement du mobilier et des équipements des services sanitaires en milieu pénitentiaire ainsi que la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales intervenant en détention relèvent de la compétence exclusive du ministère de la Santé. En parallèle, le ministère de la Justice travaille étroitement avec ce dernier pour articuler au mieux les missions des personnels pénitentiaires et sanitaires et pour que les équipes de soins disposent de locaux conformes aux exigences hospitalières.

1. L'offre de soins en détention

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dispensent des soins somatiques et psychiatriques aux personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires dans la limite des procédures réalisables au sein de ces structures. Certains actes doivent être réalisés en milieu hospitalier, impliquant une extraction médicale dans le cadre prévu par les articles R215-30 à R215-32 du code pénitentiaire.

Les services de l'administration pénitentiaire sont pleinement mobilisés pour permettre la réalisation des extractions médicales, dont le nombre n'a pas baissé sur les cinq dernières années, à plus forte raison s'il est comparé à la hausse du nombre de personnes détenues. Ainsi, 65 430 extractions médicales ont été effectuées en 2021, 68 183 en 2022, 69 671 en 2023, 67 693 en 2024 et 67 887 en 2025.

La continuité des soins somatiques en milieu carcéral est garantie par les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), qui assurent l'hospitalisation complète des personnes détenues pour leur dispenser des soins somatiques de niveau 3 (distincts des soins ambulatoires de niveau 1 et des soins en hospitalisation partielle de niveau 2), avec une durée de prise en charge supérieure à 48 heures. En-deçà, les personnes détenues nécessitant des soins somatiques non disponibles en unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) sont hospitalisés, si possible en chambre sécurisée, sous la surveillance d'agents pénitentiaires.

L'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSI destinées à l'accueil des personnes incarcérées a prévu la création de huit unités dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, Toulouse et le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Ces unités travaillent en coordination avec l'établissement public de santé national de Fresnes, qui possède 80 lits d'hospitalisation. Les UHSI dépendent d'un établissement de santé et non d'un établissement pénitentiaire. Depuis décembre 2012, 170 places sont effectivement disponibles et réparties au sein des huit UHSI.

2. *L'offre de soins psychiatriques en détention*

S'agissant plus particulièrement de l'offre de soins psychiatriques, il convient de rappeler que la population carcérale est majoritairement issue des segments les plus fragilisés de la société et de ce fait déjà marqués par un risque suicidaire accru avant leur incarcération. L'étude relative à la santé mentale des personnes détenues, intitulée « Epidémiologie psychiatrique longitudinale en prison » (EPSYLON) a ainsi montré que 69 % des personnes présentaient un trouble psychiatrique ou un trouble de l'usage de substance à leur arrivée en détention, ce qui peut avoir une incidence sur le passage à l'acte.

Ainsi, les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable au risque suicidaire.

En 2025, au niveau national, 136 suicides en détention ont été recensés. Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer avec certitude une dégradation de la situation. En effet, le taux de mortalité par suicide est stable depuis les 15 dernières années (compris entre 15 et 20 pour 10 000). Les années 2024 et 2025 ont d'ailleurs montré une légère diminution du nombre de suicides déplorés, avec respectivement 141 et 136 suicides, ramenant le taux à 16,2 pour 10 000 en 2025. Les données du 1er trimestre 2026 indiquent également une tendance à la baisse, comparativement aux années 2024 et 2025. Malgré cette baisse, les chiffres restent élevés : le taux de suicide en détention est 10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes par rapport à la population générale.

Lorsque l'état de santé mentale d'une personne détenue le justifie, une hospitalisation avec ou sans consentement en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) peut être décidée. Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues, qu'elles soient hommes ou femmes, majeures ou mineures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation complète. Leur fonctionnement ainsi que les modalités d'accès sont précisés par la circulaire DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011. Les soins y sont assurés par des équipes soignantes hospitalières.

À la suite des recommandations du rapport de l'inspection générale de la justice (IGJ) et de l'inspection générale des affaires sociales relatif à l'évaluation des UHSA pour les personnes détenues rendu en 2018, puis d'une décision conjointe des services sanitaires et pénitentiaires aux niveaux central et déconcentré (direction générale de l'administration pénitentiaire et direction générale de l'offre de soins (DGOS), directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et agences régionales de santé (ARS)), trois nouvelles unités vont être construites qui permettront la création de 160 lits s'ajoutant aux 440 lits déjà existants. L'arrêté du 10 juillet 2026 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des UHSA confirme cette orientation.

La feuille de route santé-justice des personnes placées sous main de justice pour 2024-2028, qui s'inscrit dans la continuité de celle de 2019-2022 pour renforcer la coopération santé-justice et l'accès aux soins des personnes détenues, comprend deux actions en lien avec la santé mentale : mieux connaître et suivre l'état de santé mentale ainsi que la prise en charge des troubles psychiques au sein de la population détenue et améliorer le parcours de soins en santé mentale sur les trois niveaux (ambulatoire, hospitalisation partielle et hospitalisation complète).

3. Le développement de la télésanté

S'agissant des effectifs, le manque de médecins, notamment de psychiatres, dans certains établissements pénitentiaires s'inscrit dans le contexte plus large de pénurie de personnel médical en France.

Dans ce cadre, le développement de la télésanté en détention a été identifié comme levier d'action pour réduire les délais d'attente et élargir l'accès aux spécialités médicales. La télésanté inclut les consultations à distance par visioconférence et l'expertise à distance par un spécialiste sur la base de données médicales et d'examens réalisés en détention. Ces dispositifs sont mis en œuvre conjointement par la DGAP et la direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé, tel que le prévoit la feuille de route santé des PPSMJ 2024-2028. À ce jour, 89 USMP déclarent disposer du matériel de télémedecine, principalement pour des téléconsultations en médecine générale, psychiatrie, addictologie et les urgences ainsi que pour la télé-expertise en dermatologie, radiologie et pré-anesthésie.

Le développement de la télésanté en milieu pénitentiaire constitue un axe prioritaire de la feuille de route santé des PPSMJ 2024-2028, permettant notamment de rendre accessible aux personnes détenues un plus grand nombre de spécialités médicales. A titre d'exemple, vingt projets ont été retenus et financés en 2025 pour un montant global de 595 482 euros afin de doter en équipements de télémedecine plus d'une centaine d'USMP d'ici fin 2026.

III. La prise en charge postérieure au décès

Tout décès en détention conduit à observer une procédure stricte, qui garantit l'intégrité des diligences devant être menées ainsi que le respect de la personne détenue décédée.

Les personnels pénitentiaires procèdent avec célérité et accordent toute la dignité requise au corps du défunt.

L'officier de police judiciaire procède aux constatations et informe sans délai le procureur de la République compétent, qui requiert l'examen du corps par un médecin, de préférence légiste. L'enlèvement du corps n'est réalisé qu'une fois les procédures en vigueur dûment réalisées.

L'annonce du décès d'une personne détenue à ses proches présente évidemment un caractère délicat, auquel les personnels de l'administration sont sensibilisés.

La note du 18 juillet 2022 encadre ainsi les modalités d'annonce aux proches lors de la survenance d'un décès en établissement. La note du 3 mai 2013 relative aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires mentionne quant à elle, faisant en ce sens application de l'article L. 344-1 du code pénitentiaire, que le chef d'établissement demeure tenu d'aviser le référent désigné par la personne détenue en cas de décès.

Je vous prie d'être assurée, Madame la Contrôleure générale, de ma parfaite considération.

Gérald DARMANIN