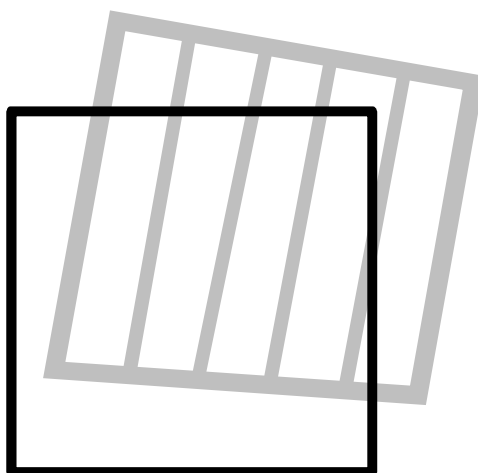


**L'ENSEMBLE DE NORMES
(CORPUS OF STANDARDS) DU
COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION
DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITE-
MENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS (CPT)**



**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LA PRÉVENTION
DE LA TORTURE ET DES MAUVAIS TRAITEMENTS**

OFFICE FÉDÉRAL DE LA JUSTICE
Section Exécution des peines et mesures

Remarques préliminaires de la rédaction

En l'an 2000, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a élaboré une compilation des recommandations pour la prévention de la torture et des mauvais traitements dans le cadre de la privation de liberté qu'il ne cesse de rappeler dans ses rapports d'activité. Le CPT considère ces recommandations comme son «Corpus of Standards».

Il nous tient à cœur de publier cette compilation dans le cadre d'un numéro spécial consacré entièrement à ce thème. Il s'agit en l'occurrence d'extraits des rapports d'activité du CPT des années 1989/90 à 1999. Nous avons déjà publié quelques-uns de ces extraits dans notre revue «Informations sur l'exécution des peines et mesures» (par ex. les recommandations du CPT dans le domaine de la privation de liberté appliquée aux mineurs et aux femmes). Toutefois, afin d'être complets, nous avons décidé de les publier à nouveau.

La «Europäische GRUNDRECHTE-Zeitschrift» a traduit en allemand une grande partie de ces principes et recommandations (EuGRZ du 13 juin 2000, 27^e année, fascicule 7-8; traduction: Ralf Alleweldt et Swantje Reiserer) et nous a aimablement autorisés à publier celle-ci dans le présent numéro spécial. Nous avons repris tel quel l'ensemble du texte, nous contentant de l'adapter ici ou là à la situation que notre pays connaît. La traduction des recommandations du CPT concernant le thème des femmes privées de liberté est le fait de la rédaction.

La version originale des rapports d'activité du CPT se trouve dans Internet sous la rubrique www.cpt.coe.int.

S'agissant des effets des recommandations sur le plan juridique, voir aussi *R. Alleweldt*, Präventiver Menschenrechtsschutz, EuGRZ 1998, 245, 257 s.

La rédaction

Table des matières

Annnonce et justification de l'ensemble de normes

Extrait du 1er rapport général (1989/90), CPT (91) 3 7

Quelques préoccupations du CPT dans le cadre de ses visites

Extrait du 2e rapport général (1991), CPT/Inf (92) 3, III. 7

a. Détention par la police 7

b. Emprisonnement 9

Services de santé dans les prisons

Extrait du 3e rapport général (1992), CPT/Inf (93) 12, III. 12

a. Accès au médecin 13

b. Equivalence des soins 13

i) médecine générale 13

ii) soins psychiatriques 14

c. Consentement du patient et confidentialité 14

i) consentement du patient 15

ii) confidentialité 15

d. Prévention sanitaire 15

i) hygiène 15

ii) maladies transmissibles 16

iii) prévention des suicides 16

iv) prévention de la violence 16

v) liens sociaux et familiaux 16

e. Intervention humanitaire 17

i) mère et enfant 17

ii) adolescents 17

iii) personnalités pathologiques 17

iv) incapacité à la détention 17

f. Indépendance professionnelle 18

g. Compétence professionnelle 18

Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers

Extrait du 7e rapport général (1996), CPT/Inf (97) 10, III. 18

A. Remarques préliminaires 18

B. Lieux de rétention 19

C. Garanties pendant la rétention 20

D. Risque de mauvais traitements dans le pays de renvoi 21

E. Moyens de contrainte dans le cadre de procédures d'éloignement 21

Placement non volontaire en établissement psychiatrique

Extrait du 8e rapport général (1997), CPT/Inf (98) 12, III. 22

A. Remarques préliminaires 22

B. Prévention des mauvais traitements 22

C. Conditions de séjour et traitement des patients 23

conditions de séjour 24

traitement 24

D. Personnel 26

E. Moyens de contrainte 26

F. Garanties en cas de placement non volontaire 27

la décision initiale de placement 27

garanties au cours du placement 27

fin de placement 28

G. Remarques finales 28

Mineurs privés de liberté

Extrait du 9e rapport général (1998), CPT/Inf (99) 12 29

Remarques préliminaires 29

Garanties contre les mauvais traitements des mineurs 29

Centres de détention pour mineurs 30

1. Introduction 30

2. Conditions matérielles de détention 31

3. Programmes d'activités 31

4. Questions relatives au personnel 31

5. Contacts avec le monde extérieur 32

6. Discipline 32

7. Procédures de plaintes et d'inspection 32

8. Questions médicales 32

Femmes privées de liberté

Extrait du 10e rapport général (1999), CPT/Inf (2000) 13 33

1. Remarques préliminaires 33

2. Mixité du personnel 34

3. Quartiers de détention distincts pour les femmes privées de liberté 34

4. Egalité d'accès aux activités 34

5. Prise en charge pré- et post-natale 35

6. Questions d'hygiène et de santé 35

Le "Corpus of Standards" du CPT

Recommandations générales pour la prévention de la torture et des mauvais traitements

Annnonce et justification de l'ensemble de normes

Extrait du 1er rapport général (1989/90), CPT (91) 3

95. Le CPT, dans sa pratique quotidienne, s'inspire de tout un éventail de normes internationales relatives au traitement des personnes privées de liberté, à savoir : des traités internationaux et de la jurisprudence élaborée par les organes internationaux chargés de les mettre en œuvre, et de principes non obligatoires comme les divers ensembles de normes approuvées par le Conseil de l'Europe et l'Organisation des Nations Unies.

Malgré l'abondante documentation disponible, le CPT constate souvent qu'il est impossible d'en dégager des principes directeurs clairs pour faire face aux situations particulières auxquelles il est confronté, ou que du moins il devrait y avoir des normes plus précises. Au regard de ces situations, le CPT est en train d'explorer le terrain pour établir sa propre aune en s'inspirant de l'expérience acquise par ses membres et en comparant attentivement et objectivement les divers systèmes de détention.

96. Le CPT n'exclut pas, et en fait envisage actuellement, la possibilité de constituer progressivement un ensemble de normes générales pour le traitement des personnes privées de liberté. S'il parvient, au fil des années, à élaborer un corps de telles normes générales, le CPT pourrait, à un stade ultérieur, décider de le publier de manière à offrir aux autorités nationales un certain nombre de principes directeurs généraux pour le traitement des personnes privées de liberté.

Il est évident que si le CPT décidait en fin de compte de prendre une telle initiative, il ne tenterait aucunement de jouer un rôle de législateur, pour lequel il n'a pas été créé. Il s'agirait simplement de proposer aux autorités nationales compétentes un certain nombre de principes directeurs non obligatoires qui pourraient leur être utiles pour améliorer le traitement et les conditions de détention des personnes privées de liberté.

Quelques préoccupations du CPT dans le cadre de ses visites

Extrait du 2e rapport général (1991), CPT/Inf (92) 3, III.

35. Le rôle du CPT est, par nature, essentiellement préventif. Son objectif principal est de prévenir la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants plutôt que d'établir que de tels faits ont effectivement eu lieu (pour plus de détails, voir le 1er rapport général d'activités, op. cit. Partie IV). Le CPT, pour remplir ce rôle, doit examiner un large éventail de questions - droits dont disposent les personnes privées de liberté ; procédures de détention et d'interrogatoire ; procédures disciplinaires ; procédures de plainte ; conditions matérielles de détention ; programmes d'activités ; soins médicaux et normes d'hygiène, etc. - afin de déterminer non seulement s'il existe un risque imminent de mauvais traitements mais aussi s'il y a des conditions ou des circonstances pouvant dégénérer en mauvais traitements. Ces questions demandent à être examinées à la fois séparément et à la lumière de leur effet conjugué.

a. Détention par la police

36. Le CPT attache une importance particulière à trois droits pour les personnes qui sont détenues par la police: le droit, pour la personne concernée, de pouvoir informer de sa détention un tiers de son choix (membre de la famille, ami, consulat); le droit d'avoir accès à un avocat; le droit de demander un examen par un médecin de son choix (en sus de tout examen effectué par un médecin appelé par les autorités de police). De l'avis du CPT, ces droits constituent trois garanties fondamentales contre les mauvais traitements de personnes détenues, qui devraient s'appliquer dès le tout début de la privation de liberté, quelle que soit la description qui peut en être donnée dans le système légal concerné ("appréhension", arrestation, etc.).

37. Les personnes placées en détention par la police devraient être informées expli-

citement et sans délai de tous leurs droits, y compris ceux visés au paragraphe 36. De plus, toute possibilité offerte aux autorités de retarder l'exercice de l'un ou l'autre de ces derniers droits, dans le but de préserver le cours de la justice, devrait être clairement définie, et son application strictement limitée dans le temps. S'agissant plus particulièrement du droit à l'accès à un avocat et du droit à demander un examen par un médecin autre que celui appelé par la police, il devrait être possible d'éviter tout retard dans l'exercice de ces droits, grâce à des systèmes qui permettraient de choisir exceptionnellement des avocats et des médecins, à partir de listes préétablies élaborées en accord avec les organisations professionnelles compétentes.

38. L'accès à un avocat pour les personnes détenues par la police devrait comprendre le droit de prendre contact avec celui-ci et d'avoir sa visite (dans les deux cas, dans des conditions garantissant la confidentialité des discussions), tout comme, en principe, le droit pour la personne concernée de bénéficier de la présence de l'avocat durant les interrogatoires.

Pour ce qui est de l'examen médical des personnes en détention de police, tous ces examens devraient être effectués hors de l'écoute, et de préférence, hors la vue des fonctionnaires de police. De plus, les résultats de chaque examen, de même que les déclarations pertinentes faites par les détenus et les conclusions du médecin, devraient être formellement consignés par le médecin et mis à la disposition du détenu et de son avocat.

39. Quant à la procédure d'interrogatoire, le CPT considère que des règles ou des directives claires devraient exister sur la manière dont les interrogatoires de police doivent être menés. Elles devraient traiter, entre autres, des questions suivantes: l'information du détenu sur l'identité (nom et/ou matricule) des personnes présentes lors de l'interrogatoire; la durée autorisée d'un interrogatoire; les périodes de repos entre les interrogatoires; les pauses pendant un interrogatoire; les lieux dans lesquels les interrogatoires peuvent se dérouler; s'il peut être exigé du détenu de rester debout pendant l'interrogatoire; les interrogatoires de personnes qui sont sous l'influence de drogues, de l'alcool, etc. Il devrait également être exigé que l'on consi-

gne systématiquement le moment du début et de la fin des interrogatoires ainsi que toute demande formulée par un détenu au cours d'un interrogatoire et que l'on fasse mention des personnes présentes durant chaque interrogatoire.

Le CPT souhaite ajouter que l'enregistrement électronique des interrogatoires de police est une autre garantie utile contre les mauvais traitements de détenus (et présente aussi des avantages non négligeables pour la police).

40. Le CPT considère que les garanties fondamentales accordées aux personnes détenues par la police seraient renforcées (et le travail des fonctionnaires de police sans doute facilité) par la tenue d'un registre de détention unique et complet, à ouvrir pour chacune desdites personnes. Dans ce registre, tous les aspects de la détention d'une personne et toutes les mesures prises à son égard devraient être consignés (moment de la privation de liberté et motif(s) de cette mesure; moment de l'information de l'intéressé sur ses droits; marques de blessures, signes de troubles mentaux, etc; moment auquel les proches/le consulat et l'avocat ont été contactés et moment auquel ils ont rendu visite au détenu; moment des repas; période(s) d'interrogatoire; moment du transfert ou de la remise en liberté, etc.). Pour différentes questions (par exemple, effets personnels de l'intéressé; le fait, pour le détenu, d'avoir été informé de ses droits et de les faire valoir, ou de renoncer à les faire valoir), la signature de l'intéressé devrait être requise et, si nécessaire, l'absence de signature expliquée. Enfin, l'avocat du détenu devrait avoir accès à un tel registre de détention.

41. En outre, l'existence d'un mécanisme indépendant d'examen des plaintes formulées à l'encontre du traitement subi pendant la période de détention par la police, constitue une garantie essentielle.

42. La détention par la police est en principe d'une durée relativement courte. De ce fait, on ne saurait s'attendre, dans les établissements de police, à des conditions matérielles de détention aussi bonnes que dans d'autres lieux de détention où des personnes peuvent être retenues pour de plus longues périodes. Cependant, il n'en reste pas moins

qu'un certain nombre de conditions matérielles élémentaires doivent être réunies.

Toutes les cellules de police devraient être d'une taille raisonnable eu égard au nombre de personnes qu'elles sont censées recevoir et bénéficier d'un éclairage (suffisant pour lire en dehors des périodes de sommeil) et d'une ventilation adéquats; les cellules devraient, de préférence, bénéficier de la lumière naturelle. De plus, les cellules devraient être aménagées de façon à permettre le repos (par exemple, un siège fixe ou une banquette fixe) et les personnes obligées de passer la nuit en détention devraient pouvoir disposer d'un matelas et de couvertures propres.

Les personnes détenues par la police devraient être en mesure de satisfaire aux besoins naturels au moment voulu, dans des conditions de propreté et de décence, et devraient disposer de possibilités adéquates pour faire leur toilette. Ces personnes devraient recevoir de quoi manger, aux heures normales, y compris un repas complet au moins chaque jour (c'est-à-dire quelque chose de plus substantiel qu'un sandwich).

43. La question de savoir ce qu'est la taille raisonnable d'une cellule de police (ou tout autre type d'hébergement pour détenu/prisonnier) est une matière difficile. De nombreux facteurs sont à prendre en compte dans une telle évaluation. Toutefois, les délégations du CPT ont ressenti, en ce domaine, le besoin d'une ligne directrice approximative. Le critère suivant (entendu au sens d'un niveau souhaitable plutôt que d'une norme minimale) est actuellement utilisé dans l'appréciation des cellules de police individuelles, pour un séjour dépassant quelques heures: environ 7 m² avec 2 mètres ou plus entre les murs et 2,50 m entre sol et plafond.

b. Emprisonnement

44. En introduction, il convient de souligner que le CPT doit examiner de nombreuses questions lors de la visite d'une prison. Evidemment, il accorde une attention spéciale à toute allégation de mauvais traitements de prisonniers qui seraient le fait du personnel. Cependant, ce sont tous les aspects des conditions de détention dans une prison qui relèvent du mandat du CPT. Les mauvais traitements peuvent revêtir de multiples formes qui, pour nombre d'elles, peuvent ne pas résulter d'une volonté délibérée mais

être plutôt le résultat de déficiences dans l'organisation ou d'insuffisance des ressources. La qualité générale de la vie dans un établissement présente, par conséquent, pour le CPT, une importance considérable. Cette qualité de vie dépendra très largement des activités proposées aux prisonniers et de l'état d'ensemble des relations entre prisonniers et personnel.

45. Le CPT est très attentif à l'atmosphère régnant au sein d'un établissement. Promouvoir des relations constructives - par opposition à des relations conflictuelles - entre prisonniers et personnel permettra d'atténuer la tension inhérente à tout environnement pénitentiaire et partant de réduire sensiblement la probabilité d'incidents violents et de mauvais traitements qui peuvent y être liés. En bref, un esprit de communication et d'assistance doit aller de pair avec la mise en œuvre de mesures de surveillance. Une telle approche, loin de mettre en péril la sécurité, pourrait bien la renforcer.

46. La question du surpeuplement relève directement du mandat du CPT. Tous les services et activités à l'intérieur d'une prison seront touchés si elle doit prendre en charge plus de prisonniers que le nombre pour lequel elle a été prévue. La qualité générale de la vie dans l'établissement s'en ressentira, et peut-être dans une mesure significative. De plus, le degré de surpeuplement d'une prison, ou dans une partie de celle-ci, peut être tel qu'il constitue, à lui seul, un traitement inhumain ou dégradant.

47. Un programme satisfaisant d'activités (travail, enseignement et sport) revêt une importance capitale pour le bien-être des prisonniers. Cela est valable pour tous les établissements, qu'ils soient d'exécution des peines ou de détention provisoire. Le CPT a relevé que les activités dans beaucoup de prisons de détention provisoire sont extrêmement limitées. L'organisation de programmes d'activités dans de tels établissements, qui connaissent une rotation assez rapide des détenus, n'est pas matière aisée. Il ne peut, à l'évidence, être question de programmes de traitement individualisé du type de ceux que l'on pourrait attendre d'un établissement d'exécution des peines.

Toutefois, les prisonniers ne peuvent être simplement laissés à leur sort, à languir pen-

dant des semaines, parfois des mois, confinés dans leur cellule, quand bien même les conditions matérielles seraient bonnes. Le CPT considère que l'objectif devrait être d'assurer que les détenus dans les établissements de détention provisoire soient en mesure de passer une partie raisonnable de la journée (8 heures ou plus) hors de leur cellule, occupés à des activités motivantes de nature variée. Dans les établissements pour prisonniers condamnés, évidemment, les régimes devraient être d'un niveau encore plus élevé.

48. L'exercice en plein air demande une mention spécifique. L'exigence d'après laquelle les prisonniers doivent être autorisés chaque jour à au moins une heure d'exercice en plein air, est largement admise comme une garantie fondamentale (de préférence, elle devrait faire partie intégrante d'un programme plus étendu d'activités). Le CPT souhaite souligner que *tous les prisonniers sans exception* (y compris ceux soumis à un isolement cellulaire à titre de sanction) devraient bénéficier quotidiennement d'un exercice en plein air. Il est également évident que les aires d'exercice extérieures devraient être raisonnablement spacieuses et, chaque fois que cela est possible, offrir un abri contre les intempéries.

49. L'accès, au moment voulu, à des toilettes convenables et le maintien de bonnes conditions d'hygiène sont des éléments essentiels d'un environnement humain.

A cet égard, le CPT doit souligner qu'il n'apprécie pas la pratique, constatée dans certains pays, de prisonniers devant satisfaire leurs besoins naturels en utilisant des seaux dans leur cellule, lesquels sont, par la suite, vidés à heures fixes. Ou bien une toilette devrait être installée dans les locaux cellulaires (de préférence dans une annexe sanitaire), ou bien des moyens devraient être mis en œuvre qui permettraient aux prisonniers de sortir de leur cellule à tout moment (y compris la nuit) pour se rendre aux toilettes, sans délai indu.

Les prisonniers devraient aussi avoir un accès régulier aux douches ou aux bains. De plus, il est souhaitable que les locaux cellulaires soient équipés de l'eau courante.

50. Le CPT souhaite ajouter qu'il est particulièrement préoccupé lorsqu'il constate dans

un même établissement une combinaison de surpeuplement, de régimes pauvres en activités et d'un accès inadéquat aux toilettes ou locaux sanitaires. L'effet cumulé de telles conditions peut s'avérer extrêmement néfaste pour les prisonniers.

51. Il est également essentiel pour les prisonniers de maintenir de bons contacts avec le monde extérieur. Par dessus tout, les prisonniers doivent pouvoir maintenir des liens avec leur famille et leurs amis proches. Le principe directeur devrait être de promouvoir le contact avec le monde extérieur; toute limitation à de tels contacts devrait être fondée exclusivement sur des impératifs sérieux de sécurité ou sur des considérations liées aux ressources disponibles.

Le CPT, dans ce contexte, souhaite souligner la nécessité d'une certaine flexibilité dans l'application des règles en matière de visites et de contacts téléphoniques à l'égard des prisonniers dont les familles vivent très loin de la prison (rendant ainsi les visites régulières impossibles). Par exemple, de tels prisonniers pourraient être autorisés à cumuler plusieurs temps de visite et/ou se voir offrir de meilleures possibilités de contacts téléphoniques avec leurs familles.

52. Naturellement, le CPT est aussi attentif à tous les problèmes particuliers auxquels certaines catégories spécifiques de prisonniers - par exemple les femmes, les jeunes et les étrangers - peuvent être confrontés.

53. Le personnel pénitentiaire sera contraint, à l'occasion, d'avoir recours à la force pour contrôler des prisonniers violents et, exceptionnellement, peut même avoir besoin de faire usage d'instruments de contention physique. Ces situations sont clairement à haut risque pour ce qui est de possibles mauvais traitements de détenus et exigent des garanties spécifiques.

Un prisonnier à l'encontre duquel il a été fait usage de la force devrait avoir le droit d'être examiné immédiatement par un médecin, et si nécessaire, recevoir un traitement. Cet examen devrait être mené hors de l'écoute et de préférence hors la vue du personnel non médical et les résultats de l'examen (y compris toutes déclarations pertinentes du prisonnier et les conclusions du médecin) devraient être expressément consignés et tenus à la disposition du prisonnier. Dans

les rares cas où il est nécessaire de faire usage d'instruments de contention physique, le prisonnier qui y est soumis devrait être placé sous surveillance constante et appropriée. En outre, les instruments de contention devraient être ôtés le plus tôt possible. Ils ne devraient jamais être utilisés, ou leur utilisation prolongée, à titre de sanction. Enfin, un registre devrait être tenu où serait consigné chaque cas dans lequel la force a été utilisée à l'encontre de prisonniers.

54. Des procédures de plainte et d'inspection efficaces sont des garanties fondamentales contre les mauvais traitements dans les prisons. Les prisonniers devraient disposer de voies de recours tant dans le système pénitentiaire qu'en dehors de celui-ci ainsi que bénéficier de la possibilité d'un accès confidentiel à une autorité appropriée. Le CPT attache une importance particulière à ce que des visites régulières de tous les établissements pénitentiaires soient effectuées par un organe indépendant (par exemple, une commission de visiteurs ou un juge chargé de l'inspection) habilité à recevoir les plaintes des prisonniers (et, si nécessaire, à prendre les mesures qui s'imposent) et à procéder à la visite des lieux. De tels organes peuvent, entre autres, jouer un rôle important pour apaiser les différends entre la direction pénitentiaire et un prisonnier donné ou les prisonniers en général.

55. Il est aussi de l'intérêt tant des prisonniers que du personnel pénitentiaire que des procédures disciplinaires claires soient à la fois formellement établies et mises en œuvre dans la pratique. Toute zone d'ombre dans ce domaine comporte le risque de voir se développer des systèmes non officiels (et non contrôlés). Les procédures disciplinaires devraient assurer au prisonnier le droit d'être entendu au sujet des infractions qu'il est censé avoir commises et de faire appel auprès d'une autorité supérieure de toute sanction imposée.

En parallèle à la procédure disciplinaire formelle, il existe souvent d'autres procédures aux termes desquelles un prisonnier peut être séparé de manière non volontaire des autres prisonniers pour des raisons liées à la discipline et/ou à la sécurité (par exemple dans l'intérêt du "bon ordre" au sein de l'établissement). La mise en œuvre de telles procédures devrait également être assortie de

garanties efficaces. Le prisonnier devrait être informé des raisons de la mesure prise à son encontre (sauf si des impératifs de sécurité s'y opposent), avoir la possibilité d'exprimer ses vues sur la question et être en mesure de contester la mesure devant une autorité appropriée.

56. Le CPT accorde une importance particulière aux prisonniers détenus - pour quelque cause que ce soit (raisons disciplinaires, "dangerosité" ou comportement "perturbateur", dans l'intérêt d'une enquête criminelle, à leur propre demande) - dans des conditions s'apparentant à une mise à l'isolement.

Le principe de proportionnalité demande à ce qu'un équilibre soit trouvé entre les exigences de la cause et la mise en œuvre du régime d'isolement, qui est une mesure pouvant avoir des conséquences très néfastes pour la personne concernée. La mise à l'isolement peut, dans certaines circonstances, constituer un traitement inhumain et dégradant. En tous cas, toutes les formes de mise à l'isolement devraient être de la durée la plus brève possible.

Lorsqu'un tel régime est imposé ou mis en œuvre sur demande, une garantie essentielle réside dans le fait qu'à chaque fois que le prisonnier concerné, ou un fonctionnaire pénitentiaire pour le compte du prisonnier, sollicite un médecin, celui-ci soit appelé sans délai afin d'examiner le prisonnier. Les conclusions de l'examen médical, comportant une appréciation de l'état physique et mental du prisonnier ainsi que, si nécessaire, les conséquences prévisibles d'un maintien à l'isolement, devraient figurer dans un rapport écrit, à transmettre aux autorités compétentes.

57. Le transfert de prisonniers considérés comme des éléments perturbateurs est une autre pratique intéressant le CPT. Certains prisonniers sont très difficilement contrôlables et leur transfert vers un autre établissement peut parfois s'avérer nécessaire. Toutefois, le transfert continu d'un prisonnier d'un établissement vers un autre peut avoir des conséquences très néfastes sur son bien-être psychique et physique. De plus, ce prisonnier aura des difficultés pour maintenir des contacts appropriés avec sa famille et son avocat. L'effet de transferts successifs sur un prisonnier pourrait, dans certaines circons-

tances, constituer un traitement inhumain et dégradant.

58. Un domaine de plus auquel le CPT attache une attention toute particulière est évidemment celui des services de santé (y compris les questions de diététique et plus généralement, la nourriture) dans les prisons. C'est là un sujet vaste que le CPT espère explorer en détail dans un prochain rapport général d'activités. Toutefois, les personnes particulièrement intéressées par ce sujet peuvent d'ores et déjà se référer aux passages pertinents des rapports élaborés par le CPT suite aux visites effectuées en Autriche, au Danemark et au Royaume-Uni (pour ce qui est de la publication de ces rapports, voir paragraphe 25). Dans le présent rapport, le CPT souhaite seulement souligner qu'il est hautement désirable que les services médicaux pénitentiaires soient étroitement liés aux services de santé dans la communauté en général.

59. Enfin, le CPT souhaite insister sur la grande importance qu'il attache à la formation des responsables de l'application des lois* (qui devrait inclure un enseignement en matière de droits de l'homme - cf. aussi l'article 10 de la Convention des Nations Unies contre la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants). On peut soutenir qu'il n'y a pas meilleure garantie contre les mauvais traitements des personnes privées de liberté qu'un fonctionnaire de police ou un fonctionnaire pénitentiaire correctement formé. Des fonctionnaires qualifiés seront à même d'exercer leurs fonctions avec succès sans avoir recours à des mauvais traitements et d'assumer l'existence de garanties fondamentales pour les détenus et prisonniers.

60. A cet égard, le CPT considère que l'aptitude aux techniques de communication devrait être un élément déterminant pour le recrutement des personnels chargés de l'application des lois et qu'en cours de formation une importance particulière devrait être accordée au perfectionnement des qualifications en ce domaine, se fondant sur le res-

pect de la dignité humaine. De telles qualifications permettront souvent à un fonctionnaire de police ou pénitentiaire de désamorcer une situation qui pourrait autrement dégénérer en violence et, plus généralement, contribueront à atténuer les tensions et à améliorer la qualité de la vie dans les établissements de police et pénitentiaires et ce, au bénéfice de tous les intéressés.

Services de santé dans les prisons

Extrait du 3e rapport général (1992), CPT/Inf (93) 12, III.

30. Les services de santé destinés aux personnes privées de leur liberté constituent un domaine relevant directement du mandat du CPT. Un niveau de soins médicaux insuffisant peut conduire rapidement à des situations qui s'apparentent à des "traitements inhumains ou dégradants". De plus, le service de santé dans un établissement donné peut jouer potentiellement un rôle important dans la lutte contre les mauvais traitements au sein de l'établissement même et aussi ailleurs (en particulier dans les établissements de police). En outre, il est bien placé pour créer un impact positif sur la qualité générale de la vie dans l'établissement au sein duquel il fonctionne.

31. Dans les paragraphes qui suivent, sont exposées certaines des questions majeures qui relèvent de l'attention des délégations du CPT lors de leurs visites dans les services de santé des prisons. Toutefois, en préambule, le CPT souhaite exprimer clairement son attachement au principe général - déjà reconnu dans la plupart des pays visités par le Comité à ce jour, voire dans tous - que les détenus doivent bénéficier du même niveau de soins médicaux que la population vivant en milieu libre. Ce principe repose sur les droits fondamentaux de l'individu.

32. Lors de ses visites dans les services de santé des prisons, le CPT s'est inspiré des règles suivantes:

- a. Accès au médecin
- b. Equivalence des soins
- c. Consentement du patient et confidentialité

* L'expression "responsables de l'application des lois" dans le présent rapport englobe les fonctionnaires de police et les fonctionnaires pénitentiaires.

- d. Prévention sanitaire
- e. Intervention humanitaire
- f. Indépendance professionnelle
- g. Compétence professionnelle

a. Accès au médecin

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.

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.

35. Le service de santé d'une prison doit consister au minimum dans une consultation ambulatoire régulière et dans un dispositif d'urgence (bien entendu, il s'y ajoute souvent une unité de lits de type hospitalier). Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste diplômé. En outre, le médecin pénitentiaire doit pouvoir s'adjoindre le service de spécialistes.

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.

36. Le soutien direct d'un service hospitalier bien équipé doit être garanti, soit dans un hôpital civil, soit dans un hôpital pénitentiaire.

En cas de recours à un hôpital civil, la question des mesures de sécurité se pose. A cet égard, le CPT souhaite insister sur le fait que les détenus envoyés dans un hôpital pour y recevoir un traitement ne doivent pas être attachés à leurs lits ou à d'autres éléments du mobilier afin d'assurer la sécurité. D'autres moyens de satisfaire aux exigences de sécurité peuvent et doivent être mis en œuvre; la création d'une unité carcérale au sein de tels hôpitaux constitue une des solutions possibles.

37. Lorsqu'un transfert ou une consultation spécialisée en milieu hospitalier est nécessaire, le transport des patients détenus doit être effectué dans des délais et dans des conditions qui tiennent pleinement compte de leur état de santé.

b. Equivalence des soins

i) médecine générale

38. 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.

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.

ii) soins psychiatriques

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 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.

44. Un patient psychiatrique violent doit être placé sous surveillance étroite et bénéficier du soutien d'un infirmier, en association, si cela est considéré comme opportun, avec une sédation médicamenteuse. Le recours à des instruments de contention physique ne saurait être que très rarement justifié et doit toujours se faire sur ordre exprès d'un médecin ou être immédiatement porté pour approbation à la connaissance de celui-ci. La contention physique doit être supprimée dès que possible. Elle ne doit jamais être utilisée à titre de sanction, ni être prolongée à cet effet.

En cas de recours à des instruments de contention physique, une mention doit être portée dans le dossier du malade et dans un registre approprié, avec l'horaire du début et de la fin de la mesure, ainsi que l'indication des circonstances et du motif.

c. Consentement du patient et confidentialité

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.

i) consentement du patient

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.

47. Tout patient capable de discernement est libre de refuser un traitement ou toute autre forme d'intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et se rapporter uniquement à des circonstances exceptionnelles, définies de manière claire et stricte, applicables à la population toute entière.

Une situation classiquement difficile apparaît lorsque la décision du patient contredit la mission générale de soins qui incombe au médecin. Tel est le cas lorsque le patient est inspiré par des convictions personnelles (refus de transfusion de sang, par exemple), ou lorsqu'il entend utiliser son corps ou même se mutiler pour appuyer des exigences, protester contre une autorité ou témoigner en faveur d'une cause.

En cas de grève de la faim, les autorités publiques ou organisations professionnelles de certains pays demandent au médecin d'intervenir dès que le malade présente une altération grave de la conscience. Dans d'autres pays, la règle est de laisser les décisions cliniques au médecin-traitant, lorsque celui-ci a pu s'entourer d'avis et tenir compte de l'ensemble des éléments en cause.

48. En ce qui concerne la participation de détenus à la recherche médicale, il est évident qu'une approche très prudente s'impose, étant donné le risque que leur accord ne soit faussé par la situation pénale. Des garanties doivent exister afin de s'assurer que tout détenu concerné a donné son consentement libre et éclairé.

Les règles appliquées doivent être celles du milieu libre, avec intervention d'une commission d'éthique. Le CPT souhaite ajouter qu'il est favorable à la recherche concernant

la pathologie ou l'épidémiologie carcérales ou d'autres aspects propres à la condition des détenus.

49. La participation d'un détenu dans le cadre de l'enseignement dispensé à des étudiants doit être décidée en collaboration avec celui-ci.

ii) confidentialité

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.

d. Prévention sanitaire

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.

i) hygiène

53. Il incombe aux services de santé des prisons - en collaborant le cas échéant avec d'autres autorités - d'exercer un contrôle sur les conditions alimentaires (quantité, qualité, préparation, distribution) et sur l'hygiène (propreté des vêtements et de la literie; accès à l'eau courante; installations sanitaires) ainsi que sur les conditions de chauffage, d'éclairage et de ventilation dans les cellules. Le régime d'occupation et l'exercice en plein air doivent également être pris en considération.

L'insalubrité, la promiscuité ainsi que l'isolement prolongé et l'oisiveté peuvent commander soit une intervention médicale à l'égard d'un détenu particulier, soit une action médicale d'ordre général auprès de l'autorité responsable.

ii) maladies transmissibles

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.

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 porteurs sains.

iii) prévention des suicides

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.

iv) prévention de la violence

60. Les services de santé des prisons peuvent contribuer à la prévention de la violence contre des personnes détenues, en enregistrant systématiquement les lésions observées et, le cas échéant, en fournissant des informations générales aux autorités concernées. Des informations pourraient également être transmises au sujet de cas particuliers, mais en principe une telle action ne devrait être entreprise qu'avec le consentement des détenus concernés.

61. Tous signes de violence observés lors du contrôle médical d'un détenu au moment de son admission dans l'établissement doivent être dûment consignés, ainsi que toutes déclarations pertinentes du détenu et les conclusions du médecin. En outre, le détenu doit pouvoir disposer de ces informations.

La même approche doit être suivie lorsqu'un détenu est examiné par un médecin à la suite d'un épisode violent au sein de l'établissement (voir également paragraphe 53 du 2^e rapport général du CPT: CPT/Inf (92) 3) ou à son retour à la prison après avoir été ramené temporairement dans des locaux de police à des fins d'enquête.

62. Le service de santé pourrait établir des statistiques périodiques des lésions observées, à l'intention de l'administration pénitentiaire, du ministère de la justice, etc.

v) liens sociaux et familiaux

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.

e. Intervention humanitaire

64. Certaines catégories spécifiques de détenus particulièrement vulnérables peuvent être identifiées. Les services de santé des prisons devraient être très attentifs à leurs besoins.

i) mère et enfant

65. C'est un principe généralement reconnu que les accouchements ne devraient pas avoir lieu en milieu pénitentiaire et, d'après l'expérience du CPT, ce principe est respecté.

66. La mère et l'enfant doivent avoir la possibilité de rester ensemble au moins pendant une certaine période. Si la mère et l'enfant sont ensemble en prison, ils doivent être placés dans des conditions qui leur assurent l'équivalent d'une crèche et le soutien d'un personnel spécialisé en assistance post-natale et en puériculture.

Les dispositions à long terme, en particulier la remise de l'enfant à l'extérieur avec séparation de sa mère, doivent être prises dans chaque cas individuel, sur la base d'avis pédo-psychiatriques et médico-sociaux.

ii) adolescents

67. L'adolescence s'accompagne d'une sorte de réorganisation de la personnalité et appelle un effort particulier pour essayer de réduire les risques d'une inadaptation sociale de longue durée.

Pendant l'incarcération, il faut donner aux adolescents la possibilité de vivre dans un lieu stable, avec des objets personnels, selon

des regroupements socialement favorables. Le régime de détention doit être basé sur une occupation intensive, des rencontres socio-éducatives diverses, des activités sportives, la scolarisation, l'apprentissage, les sorties accompagnées, ainsi que l'ouverture à des choix et à des projets raisonnables.

iii) personnalités pathologiques

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.

iv) incapacité à la détention

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.

f. Indépendance professionnelle

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.

g. Compétence professionnelle

75. Médecins et infirmiers pénitentiaires devraient bénéficier de connaissances spéciales leur permettant d'aborder les formes particulières de la pathologie carcérale et d'adapter les prestations de soins aux conditions qu'impose la détention.

En particulier, les attitudes professionnelles destinées à prévenir la violence et, le cas échéant, à la maîtriser, doivent être développées.

76. Pour assurer la présence d'un personnel suffisant, les infirmiers sont fréquemment assistés par des aides soignants. Certains sont recrutés parmi les surveillants. Aux différents échelons, l'expérience nécessaire doit être transmise par le personnel qualifié et faire l'objet d'une actualisation périodique.

Parfois, des détenus eux-mêmes sont admis à accéder à une fonction d'aide soignant. Nul doute qu'une telle approche présente l'avantage de fournir un travail utile à un certain nombre de détenus. Néanmoins, elle ne devrait être envisagée qu'en dernier ressort. En outre, les détenus ne devraient jamais avoir de responsabilité dans la distribution de médicaments.

77. En conclusion, le CPT est d'avis que l'ensemble des caractères propres à la pratique médicale en milieu pénitentiaire peut justifier la création d'une spécialité professionnelle reconnue, tant pour les médecins que pour les infirmiers, sur la base d'une formation post-graduée et d'un perfectionnement suivi.

Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers

Extrait du 7^e rapport général (1996), CPT/Inf (97) 10, III.

A. Remarques préliminaires

24. Les délégations du CPT rencontrent fréquemment des personnes privées de liberté en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers (ci-après "étrangers retenus"): des personnes à qui l'entrée sur le territoire est refusée; des personnes qui sont entrées illégalement dans le pays et ont été par la suite identifiées par les autorités; des personnes dont l'autorisation de séjour dans le pays est expirée; des demandeurs d'asile dont la privation de liberté est considérée nécessaire par les autorités; etc.

Dans les paragraphes qui suivent, il est fait mention de certaines des principales questions examinées par le CPT en ce domaine. Ce faisant, le CPT espère indiquer clairement et par avance aux autorités nationales, quelles sont ses vues en matière de traitement des étrangers retenus et, plus généralement, inciter à la discussion en ce qui concerne cette catégorie de personnes privées de liberté. Le Comité sera reconnaissant d'obtenir des commentaires sur cette partie du Rapport Général.

B. Lieux de rétention

25. Les lieux de rétention pour des personnes privées de liberté en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers diffèrent considérablement, allant de locaux de maintien aux points d'entrée sur le territoire, à des commissariats de police, établissements pénitentiaires et centres de rétention spécialisés. En ce qui concerne plus particulièrement les zones de transit et "internationales" dans les aéroports, la situation juridique précise de personnes auxquelles l'entrée dans un pays a été refusée et qui ont été placées dans de telles zones, a fait l'objet de controverse. Le CPT a été, à plus d'une reprise, confronté à l'argument selon lequel de telles personnes ne sont pas "privées de liberté" puisqu'elles sont libres de quitter la zone à tout moment en embarquant sur le vol international de leur choix.

Pour sa part, le CPT a toujours soutenu qu'un séjour dans une zone de transit ou "internationale" peut, selon les circonstances, s'apparenter à une privation de liberté au sens de l'article 5(1)(f) de la Convention européenne des Droits de l'Homme et, qu'en conséquence, de telles zones entrent dans le mandat du Comité. Le jugement rendu le 25 juin 1996 par la Cour européenne des Droits de l'Homme, dans l'affaire *Amuur contre France*, peut être considéré comme une confirmation de ce point de vue. Dans cette affaire concernant quatre demandeurs d'asile maintenus dans la zone de transit de l'aéroport Paris-Orly pendant vingt jours, la Cour a considéré que "la simple possibilité pour des demandeurs d'asile de quitter volontairement le pays où ils entendent se réfugier ne saurait exclure une atteinte à la liberté..." et a conclu que "le maintien des requérants dans la zone de transit..., en raison des restrictions subies, équivalait en fait à une privation de liberté".

26. Les locaux de maintien aux points d'entrée sur le territoire ont souvent été trouvés inadéquats, notamment pour des séjours prolongés. Plus particulièrement, des délégations du CPT ont, à plusieurs reprises, rencontré des personnes maintenues pendant des jours dans des conditions improvisées à l'intérieur de halls d'aéroports. Il est évident que de telles personnes devraient pouvoir disposer de moyens adéquats pour dormir, avoir accès à leurs bagages, à des toilettes et à d'autres installations sanitaires équipées de façon appropriée, ainsi qu'être autorisées à se rendre quotidiennement à l'air frais. De plus, il convient de garantir l'accès à la nourriture et, si nécessaire, aux soins médicaux.

27. Dans certains pays, des délégations du CPT ont trouvé des étrangers retenus placés dans des commissariats de police pendant des périodes prolongées (des semaines et, dans certains cas, des mois), soumis à des conditions matérielles médiocres, privés de toute forme d'activité et contraints, parfois, à partager une cellule avec des personnes soupçonnées d'une infraction pénale. Une telle situation est indéfendable.

Le CPT reconnaît que, par la force des choses, des étrangers retenus peuvent être amenés à passer un certain temps dans un local de détention ordinaire de la police. Toutefois, les conditions qui règnent dans les commissariats de police seront fréquemment, sinon invariablement, inadéquates à des périodes prolongées de rétention. En conséquence, il convient de limiter au minimum absolu la durée que des étrangers retenus passent dans de tels établissements.

28. Parfois, des délégations du CPT ont constaté que des étrangers retenus étaient incarcérés dans des établissements pénitentiaires. Même si les conditions de détention de ces personnes dans les établissements concernés sont adéquates - ce qui n'a pas toujours été le cas - le CPT estime qu'une telle approche est foncièrement erronée. Une prison, par définition, n'est pas un lieu approprié pour la détention d'une personne qui n'est ni reconnue coupable, ni soupçonnée d'une infraction pénale.

Il est vrai que, dans certains cas exceptionnels, il peut s'avérer indiqué de placer un étranger retenu dans une prison à cause de sa tendance connue pour la violence. De plus, un étranger retenu qui nécessite un

traitement en milieu hospitalier pourrait devoir être transféré provisoirement dans une unité de soins pénitentiaires si aucune autre structure hospitalière offrant les garanties de sécurité requises n'est accessible. Toutefois, ces personnes devraient être séparées des détenus provisoires ou condamnés.

29. De l'avis du CPT, dans les cas où il paraît nécessaire de priver des personnes de liberté pendant une période prolongée en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers, ces personnes devraient être placées dans des centres spécifiquement conçus à cet effet, offrant des conditions matérielles et un régime adaptés à leur statut juridique, et dotés d'un personnel possédant des qualifications appropriées. Le Comité note avec satisfaction que les Parties à la Convention ont de plus en plus tendance à suivre une telle approche.

A l'évidence, de tels centres devraient disposer de locaux d'hébergement équipés de manière adéquate, propres et en bon état d'entretien et qui puissent offrir un espace de vie suffisant au nombre de personnes susceptibles d'y être placées. De plus, il y aurait lieu d'éviter autant que possible, dans la conception et l'agencement des lieux, toute impression d'environnement carcéral. En ce qui concerne les programmes d'activités, ceux-ci devraient comprendre l'exercice en plein air, l'accès à une salle de séjour, à la radio/télévision, à des journaux/revues, ainsi qu'à d'autres formes d'activités récréatives appropriées (par exemple, jeux de société, tennis de table). Les activités à proposer devraient être d'autant plus diversifiées que la période de rétention se prolonge.

Le personnel des centres pour étrangers retenus a une tâche particulièrement ardue. Premièrement, il y aura inévitablement des difficultés de communication dues aux barrières linguistiques. Deuxièmement, de nombreuses personnes retenues supporteront difficilement le fait d'être privées de liberté alors qu'elles ne sont soupçonnées d'aucune infraction pénale. Troisièmement, il y a un risque de tension entre retenus de différentes nationalités ou groupes ethniques. En conséquence, le CPT attache une importance considérable à la sélection soignée et à la formation appropriée du personnel de surveillance des centres. Tout en possédant des qualifications développées en techniques de communication interpersonnelle, ce person-

nel de surveillance devrait être familiarisé avec les différentes cultures des détenus et au moins certains membres du personnel devraient bénéficier de connaissances linguistiques appropriées. De plus, ils devraient avoir appris à reconnaître d'éventuels symptômes de stress (notamment post-traumatiques ou liés au changement d'environnement socio-culturel) et à prendre les mesures qui s'imposent.

C. Garanties pendant la rétention

30. De la même manière que d'autres catégories de personnes privées de liberté, les étrangers retenus devraient, dès le début de leur privation de liberté, être en droit d'informer de leur situation une personne de leur choix et avoir accès à un avocat et à un médecin. En outre, ils devraient être expressément informés, sans délai et dans une langue qu'ils comprennent, de tous leurs droits et de la procédure qui leur est applicable.

Le CPT a constaté que ces exigences étaient respectées dans certains pays, mais pas dans d'autres. En particulier, ses délégations ont, à de nombreuses occasions, rencontré des étrangers retenus qui, à l'évidence, n'avaient pas été intégralement informés dans une langue qu'ils comprenaient de leur situation juridique. Afin de surmonter de telles difficultés, les étrangers retenus devraient se voir remettre systématiquement un document expliquant la procédure qui leur est applicable et précisant leurs droits. Ce document devrait être disponible dans les langues les plus couramment parlées par les intéressés et, si nécessaire, les services d'un interprète devraient être assurés.

31. Le droit à l'accès à un avocat devrait s'appliquer au cours de toute la période de rétention et inclure à la fois, le droit de s'entretenir en privé avec l'avocat et celui de bénéficier de sa présence pendant des auditions avec les autorités compétentes.

Tous les lieux utilisés pour la rétention d'étrangers devraient assurer l'accès à des soins médicaux. Une attention particulière est à accorder à l'état physique et psychologique des demandeurs d'asile, dont certains ont pu avoir été torturés ou autrement maltraités dans les pays dont ils viennent. Le droit à l'accès à un médecin devrait inclure le droit - si le retenu le souhaite - d'être examiné par un médecin de son choix; cependant, le rete-

nu pourrait s'attendre à devoir assumer les frais d'un tel second examen.

De manière plus générale, les étrangers retenus devraient être en droit de maintenir des contacts avec le monde extérieur pendant leur rétention et, notamment, avoir accès à un téléphone et pouvoir bénéficier de visites de proches et de représentants d'organisations compétentes.

D. Risque de mauvais traitements dans le pays de renvoi

32. La prohibition de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants englobe l'obligation de ne pas renvoyer une personne vers un pays où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle y courra un risque réel d'être soumise à la torture ou à des mauvais traitements. Savoir si les Parties à la Convention satisfont à cette obligation est évidemment une question revêtant un intérêt considérable pour le CPT. Quel rôle précis le Comité doit-il s'efforcer de jouer en ce domaine?

33. Toutes les communications adressées au CPT à Strasbourg par des personnes alléguant qu'elles sont susceptibles d'être renvoyées vers un pays où elles courent un risque d'être torturées ou maltraitées sont immédiatement portées à l'attention de la Commission européenne des Droits de l'Homme. La Commission est mieux placée que le CPT pour examiner de telles allégations et, le cas échéant, prendre des mesures préventives.

Si un étranger retenu (ou toute autre personne privée de liberté) allègue, lors d'un entretien au cours d'une visite, qu'il va être renvoyé vers un pays où il court un risque d'être torturé ou maltraité, la délégation du CPT vérifiera si cette affirmation a été portée à l'attention des autorités nationales compétentes et qu'elle est dûment prise en compte. En fonction des circonstances, la délégation peut demander à être tenue informée de la situation du retenu et/ou informer le retenu de la possibilité de saisir la Commission européenne des Droits de l'Homme (et dans ce dernier cas, vérifier s'il est en mesure d'adresser une requête à la Commission).

34. Toutefois, compte tenu des fonctions essentiellement préventives du CPT, le Comité est plutôt enclin à concentrer son atten-

tion sur la question de savoir si le processus de prise de décision dans son ensemble offre des garanties adéquates contre le renvoi de personnes vers des pays où elles risquent d'être torturées ou maltraitées. A cet égard, le CPT examinera si la procédure applicable offre aux personnes concernées une véritable opportunité de présenter leur cas, et si les fonctionnaires chargés de traiter de tels cas ont reçu une formation appropriée et ont accès à des informations objectives et indépendantes sur la situation des droits de l'homme dans d'autres pays. De plus, vu la gravité potentielle des intérêts en jeu, le Comité estime qu'une décision impliquant l'éloignement d'une personne du territoire d'un Etat, devrait pouvoir faire l'objet d'un recours devant un autre organe à caractère indépendant avant l'exécution de la mesure.

E. Moyens de contrainte dans le cadre de procédures d'éloignement

35. Enfin, le CPT doit indiquer qu'il a reçu des rapports troublants en provenance de plusieurs pays au sujet de moyens de contrainte utilisés lors de l'éloignement d'étrangers retenus. Ces rapports contenaient notamment des allégations de coups, de ligation et de bâillonnement, ainsi que d'administration de calmants contre la volonté de la personne concernée.

36. Le CPT reconnaît que faire quitter le territoire d'un Etat à un étranger qui fait l'objet d'un ordre d'éloignement et qui est déterminé à rester se révélera souvent une tâche difficile. Les membres des forces de l'ordre peuvent, à l'occasion, être contraints de recourir à la force pour procéder à un tel éloignement. Toutefois, la force employée devrait être limitée à ce qui est strictement nécessaire. Plus particulièrement, il serait totalement inacceptable que des personnes faisant l'objet d'un ordre d'éloignement soient agressées physiquement pour les persuader de monter à bord d'un moyen de transport ou pour les punir de ne pas l'avoir fait. De plus, le CPT se doit de souligner que bâillonner une personne est une mesure éminemment dangereuse.

Le CPT souhaite également souligner que toute administration de médicaments à des personnes faisant l'objet d'un ordre d'éloignement ne pourrait être effectuée que sur la

base d'une décision médicale et conformément à l'éthique médicale.

Placement non volontaire en établissement psychiatrique

Extrait du 8e rapport général (1997), CPT/Inf (98) 12, III.

A. Remarques préliminaires

25. Le CPT est appelé à examiner le traitement de toutes les catégories de personnes privées de liberté par une autorité publique, y compris les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En conséquence, le CPT visite fréquemment des établissements psychiatriques de différents types.

Les hôpitaux psychiatriques où sont placées, outre des patients volontaires, des personnes hospitalisées d'office pour y recevoir un traitement psychiatrique constituent l'un de ces types d'établissement. Le CPT visite aussi des structures (hôpitaux spéciaux, unités spécifiques au sein d'hôpitaux civils, etc.) pour des personnes dont le placement en établissement psychiatrique a été ordonné dans le cadre d'une procédure pénale. Les structures psychiatriques pour les détenus ayant développé au cours de leur incarcération une maladie mentale, qu'elles se trouvent dans le cadre du système pénitentiaire ou dans des institutions psychiatriques civiles, se voient également accorder une attention soutenue de la part du CPT.

26. Dans la partie de son 3e Rapport Général consacrée aux services de santé dans les prisons (cf. CPT/Inf (93) 12, paragraphes 30 à 77), le CPT rappelle un certain nombre de critères généraux ayant guidé son activité (accès à un médecin, équivalence des soins, consentement du patient et confidentialité, prévention sanitaire, indépendance et compétence professionnelles). Ces critères s'appliquent aussi au placement non volontaire dans des établissements psychiatriques.

Dans les paragraphes qui suivent, une description est donnée de certaines questions spécifiques examinées par le CPT en ce qui concerne les personnes placées involon-

tairement en établissements psychiatriques.** Le CPT espère ainsi indiquer clairement et par avance aux autorités nationales, ses vues en matière de traitement de telles personnes; le Comité sera reconnaissant d'obtenir des commentaires sur cette partie de son Rapport Général.

B. Prévention des mauvais traitements

27. Eu égard à son mandat, la première priorité du CPT, lorsqu'il visite un établissement psychiatrique, consiste à établir s'il y a des indications de mauvais traitements délibérés de patients. L'on trouve rarement de telles indications. Plus généralement, le CPT tient à faire état de l'engagement envers les patients constaté chez la très grande majorité du personnel au sein de la plupart des établissements visités par ses délégations. Cette situation est parfois d'autant plus remarquable si l'on prend en compte le peu d'effectif en personnel et la pauvreté des ressources.

Cela étant, il ressort d'observations faites in situ par le CPT comme de rapports reçus d'autres sources, que des mauvais traitements délibérés de patients dans des établissements psychiatriques surviennent de temps en temps. Un certain nombre de questions étroitement liées à la prévention des mauvais traitements (par exemple, moyens de contrainte; procédures de plaintes; contacts avec le monde extérieur; contrôle externe) sera abordé plus avant. Toutefois, il convient déjà à ce stade de formuler certaines remarques relatives au choix et à la supervision du personnel.

28. Travailler avec des personnes malades mentales et handicapées mentales constituera toujours une tâche difficile et ce, pour toutes les catégories de personnel impliquées. A cet égard, il faut noter que le personnel de santé dans les établissements psychiatriques est fréquemment assisté dans son travail quotidien par des auxiliaires aidant aux soins; de plus, certains établissements comptent un effectif relativement élevé de personnel assigné à des tâches liées à la sécurité. Les informations dont dispose le CPT suggèrent que lorsque des mauvais

** S'agissant des soins psychiatriques aux détenus, il convient de faire référence également aux paragraphes 41 à 44 du 3e Rapport Général du Comité.

traitements délibérés sont infligés par le personnel dans les établissements psychiatriques, ce sera souvent le fait d'un tel personnel auxiliaire plutôt que du personnel médical et infirmier qualifié.

Au vu du défi que représente son travail, il est d'importance cruciale de sélectionner soigneusement le personnel auxiliaire, de lui donner une formation appropriée avant la prise de fonctions et de lui assurer une formation continue. En outre, ce personnel doit faire l'objet d'une supervision étroite - et être placé sous l'autorité - du personnel de santé qualifié pendant l'accomplissement de ses fonctions.

29. Dans quelques pays, le CPT a été confronté à la pratique consistant à employer certains patients, ou des détenus de prisons voisines, comme personnel auxiliaire dans des établissements psychiatriques. Le Comité nourrit de sérieuses réserves à l'égard de cette approche qui ne doit être vue que comme une mesure d'ultime recours. S'il s'avère inévitable de procéder à de telles affectations, les activités des intéressés devront être supervisées de manière permanente par le personnel de santé qualifié.

30. Il est de même essentiel de mettre en place des procédures appropriées destinées à protéger certains patients psychiatriques contre d'autres patients qui pourraient leur causer préjudice. Ceci signifie notamment qu'il faut assurer une présence adéquate du personnel à tous moments, y compris la nuit et pendant les fins de semaines. De plus, des dispositions spécifiques doivent être prises en faveur de patients particulièrement vulnérables; par exemple, des adolescents handicapés mentaux et/ou atteints de troubles psychiatriques ne doivent pas être hébergés avec des patients adultes.

31. Un contrôle approprié de la direction effectué sur toutes les catégories de personnel peut également contribuer de manière significative à la prévention des mauvais traitements. A l'évidence, il faut délivrer le clair message que les mauvais traitements physiques ou psychologiques de patients sont inacceptables et seront sévèrement sanctionnés. Plus généralement, l'encadrement doit assurer que le rôle thérapeutique du personnel dans les établissements psychiatriques

ne passe pas à l'arrière plan par rapport aux considérations de sécurité.

De même, des règles ou pratiques de nature à générer un climat de tension entre le personnel et les patients devraient être révisés en conséquence. L'imposition d'amendes au personnel dans l'hypothèse d'une évasion d'un patient est le type même de mesures qui peut avoir un effet néfaste sur l'esprit et les attitudes qui sont attendus dans un établissement psychiatrique.

C. Conditions de séjour et traitement des patients

32. Le CPT examine attentivement les conditions de séjour et de traitement des patients; des inadéquations dans ces domaines peuvent rapidement conduire à des situations qui s'apparentent à des "traitements inhumains ou dégradants". Le but doit être d'offrir des conditions matérielles propices au traitement et au bien-être des patients; en termes psychiatriques, un environnement thérapeutique positif. Ceci est important non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel travaillant en établissement psychiatrique. Par ailleurs, un traitement et des soins adéquats, à la fois psychiatriques et somatiques, doivent être prodigués aux patients; eu égard au principe de l'équivalence des soins, le traitement médical et les soins infirmiers dispensés aux personnes placées involontairement en établissement psychiatrique doivent être comparables à ceux dont bénéficient les patients psychiatriques volontaires.

33. La qualité des conditions de vie et de traitement des patients dépend inévitablement, dans une proportion importante, des ressources disponibles. Le CPT reconnaît que, dans une conjoncture économique grave, des sacrifices sont à faire, même dans des établissements de soins. Cependant, au vu des constatations faites lors de certaines visites, le Comité tient à souligner qu'il y a des exigences fondamentales de la vie qui doivent, en toutes circonstances, être assurées par l'Etat aux personnes qui sont à sa charge. Ces exigences incluent une nourriture, un chauffage et une vêtue adéquats, ainsi que - dans les établissements de soins - une médication appropriée.

conditions de séjour

34. Créer un environnement thérapeutique positif implique, avant tout, assurer un espace de vie par patient suffisant ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats, maintenir l'établissement dans un état d'entretien satisfaisant et se conformer aux normes d'hygiène hospitalières.

Une attention particulière doit être accordée à la décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs afin de donner aux patients une stimulation visuelle. La mise à disposition de tables de chevet et de penderies est hautement souhaitable et, les patients doivent être autorisés à conserver certains effets personnels (photographies, livres, etc.). Il convient aussi de souligner combien il importe que les patients puissent disposer d'un endroit où ils peuvent entreposer leurs effets et qu'ils puissent fermer à clef; l'absence d'une telle possibilité peut affecter le sentiment de sécurité et d'autonomie chez un patient.

Les installations sanitaires doivent être conçues de manière à permettre aux patients de préserver une certaine intimité. De plus, il faudrait, en ce domaine, tenir dûment compte des besoins des patients âgés et/ou handicapés; ainsi, des toilettes dépourvues de siège ne sont pas adaptées à de tels patients. De manière similaire, l'équipement hospitalier de base permettant au personnel d'assurer les soins adéquats (y compris, les soins d'hygiène corporelle) à des patients grabataires doit être mis à disposition; l'absence d'un tel équipement peut entraîner des conditions misérables.

En outre, la pratique, observée dans certains établissements psychiatriques, de vêtir les patients en permanence de pyjamas/chemises de nuit n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi; l'individualisation de l'habillement fait partie du processus thérapeutique.

35. L'alimentation des patients constitue un autre aspect de leurs conditions de séjour qui intéresse particulièrement le CPT. La nourriture doit non seulement être de quantité et qualité adéquates, mais aussi être servie aux patients dans des conditions satisfaisantes. Il doit y avoir l'équipement nécessaire pour assurer que les aliments sont servis à la température idoine. En outre, les patients

doivent pouvoir manger décemment; à cet égard, il convient de souligner que l'aptitude à accomplir les gestes quotidiens de la vie - comme manger avec des couverts corrects en étant assis à une table - fait partie intégrante des programmes de réhabilitation psychosociale des patients. De même, la présentation de la nourriture constitue un facteur qu'il convient de ne pas négliger.

Les besoins particuliers de personnes handicapées physiques en ce qui concerne la nourriture doivent aussi être pris en compte.

36. Le CPT tient aussi à exprimer clairement son attachement à la tendance observée dans certains pays de fermer, au sein des institutions psychiatriques, les dortoirs de grande capacité; de tels dortoirs ne sont guère compatibles avec les normes de la psychiatrie moderne. La création de structures de vie prévues pour de petits groupes est un facteur essentiel de préservation/restauration de la dignité des patients et, constitue également un élément clé de toute politique de réhabilitation psychologique et sociale des patients. Des structures de ce type facilitent, en outre, la répartition des patients dans des catégories opérationnelles diversifiées du point de vue thérapeutique.

De la même manière, le CPT est favorable à l'approche, de plus en plus adoptée, d'autoriser les patients qui le souhaitent à accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que de les contraindre à rester avec d'autres patients dans les aires communes.

traitement

37. Les traitements psychiatriques doivent se fonder sur une approche individualisée qui implique l'élaboration d'un protocole de traitement pour chaque patient. Les traitements doivent comprendre un large éventail d'activités de réhabilitation et thérapeutiques, incluant l'accès à l'ergothérapie, aux thérapies de groupe, psychothérapies individuelles, à l'art, au théâtre, à la musique, au sport. Les patients doivent avoir régulièrement accès à des salles de loisirs correctement équipées et bénéficier quotidiennement d'un exercice en plein air; il est également souhaitable qu'ils se voient proposer des activités éducatives et un travail approprié.

Le CPT constate trop souvent que ces composantes essentielles d'un traitement efficace de réhabilitation psychosociale sont

sous-développées, voire même, font totalement défaut et que le traitement prodigué aux patients consiste principalement en pharmacothérapie. Cette situation peut résulter du manque de personnel dûment qualifié et d'infrastructures appropriées ou des restes d'une philosophie qui se fonde sur le contrôle et la surveillance des patients.

38. Certes, la médication psychopharmacologique est souvent une partie nécessaire du traitement administré aux patients souffrant d'affections psychiatriques. Des procédures formelles doivent être mises en place pour assurer que les médicaments prescrits sont effectivement administrés et qu'un approvisionnement régulier en médicaments appropriés est garanti. Le CPT est également très vigilant à tout signe d'abus de médicaments.

39. L'électro-convulsivo-thérapie (E.C.T) est un traitement reconnu pour des patients psychiatriques souffrant de certaines affections spécifiques. Cependant, il importe de veiller à ce que l'E.C.T s'insère dans le protocole de traitement du patient, et son administration doit être assortie de garanties appropriées.

Le CPT est très préoccupé lorsqu'il constate que l'E.C.T est administré sous sa forme non atténuée (c'est-à-dire sans anesthésiques et myorelaxants); cette méthode ne peut plus être considérée comme acceptable dans la pratique de la psychiatrie moderne. Indépendamment des risques de fractures et autres conséquences médicales fâcheuses, le procédé en tant que tel est dégradant à la fois pour les patients et pour le personnel concernés. En conséquence, l'E.C.T doit toujours être administrée sous une forme atténuée.

L'E.C.T doit être administrée hors de la vue d'autres patients (de préférence dans une pièce réservée à cet effet et équipée en conséquence) et par un personnel spécifiquement formé pour l'appliquer. De plus, le recours à l'E.C.T doit être consigné de manière détaillée dans un registre spécifique. Ce n'est que de cette façon que la direction d'un hôpital peut identifier clairement des pratiques indésirables et en discuter avec le personnel.

40. Effectuer régulièrement des bilans de santé des patients ainsi que des réexamens

des médicaments prescrits constitue une autre exigence fondamentale. Cela permettra en particulier d'adopter des décisions éclairées pour une éventuelle fin de placement du patient ou un transfert dans un environnement moins sécuritaire.

Un dossier médical individuel et confidentiel doit être ouvert pour chaque patient. Ce dossier doit comporter des informations diagnostiques (y compris les résultats de tout examen spécial subi par le patient) comme des mises à jour permanentes sur l'état mental et somatique du patient ainsi que sur son traitement. Le patient doit être en mesure de consulter son dossier, à moins qu'il n'y ait une contre-indication d'ordre thérapeutique, et il doit pouvoir demander que les informations y figurant soient mises à la disposition de sa famille ou de son avocat. En outre, en cas de transfert, ce dossier doit être transmis aux médecins de l'établissement d'accueil; en cas de fin de placement, ce dossier doit être - avec le consentement du patient - adressé à un médecin traitant de la communauté extérieure.

41. Par principe, un patient doit être en mesure de donner un consentement libre et éclairé au traitement. L'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. Il s'ensuit que tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et ne s'appliquer que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies.

A l'évidence, le consentement d'un patient à un traitement ne peut être qualifié de libre et éclairé que s'il se fonde sur des informations complètes, exactes et compréhensibles sur son état de santé et le traitement qui lui est proposé; décrire l'E.C.T comme une "thérapie par le sommeil" est un exemple d'informations données sur le traitement qui sont tout sauf complètes et exactes. En conséquence, chaque patient doit systématiquement obtenir les informations pertinentes relatives à son état de santé et le traitement qu'on propose de lui prescrire. Les patients doivent aussi obtenir des informations pertinentes (résultats, etc.) après leur traitement.

D. Personnel

42. Les ressources en personnel doivent être adéquates en nombre, en catégories professionnelles (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) et en termes d'expérience et de formation. Les déficiences en ressources humaines minent souvent de manière grave les tentatives faites pour mettre en place des activités de la nature de celles décrites au paragraphe 37; de plus, elles peuvent conduire à des situations à haut risque pour les patients, nonobstant la bonne volonté et les efforts authentiques du personnel présent.

43. Le CPT a été très frappé, dans certains pays, par le faible nombre d'infirmiers qualifiés en soins psychiatriques parmi le personnel soignant des établissements psychiatriques et, par le manque de personnel qualifié pour mettre en œuvre les activités socio-thérapeutiques (notamment, les ergothérapeutes). Développer la formation spécialisée en soins infirmiers psychiatriques comme donner un poids plus important à la sociothérapie peuvent avoir un impact considérable sur la qualité des soins. Cela conduit notamment à l'émergence d'un milieu thérapeutique moins axé sur les traitements pharmacologiques et physiques.

44. Un certain nombre de remarques relatives au personnel et, plus particulièrement au personnel auxiliaire, ont déjà été formulées dans une section précédente (cf. paragraphes 28 à 31). Toutefois, le CPT accorde également une attention soutenue au comportement des médecins et infirmiers. Le Comité recherchera plus particulièrement les preuves de l'intérêt authentique à établir une relation thérapeutique avec le patient. Il vérifiera aussi si les patients que l'on pourrait considérer comme encombrants ou non motivants pour l'intervention thérapeutique ne sont pas négligés.

45. Comme pour d'autres services de santé, il importe que les différentes catégories professionnelles du personnel travaillant dans une unité psychiatrique se réunissent régulièrement et forment une équipe placée sous l'autorité d'un médecin-cadre. Cela permettra d'identifier les problèmes se présentant au quotidien, de les discuter et de prodiguer des

conseils. En l'absence d'une telle possibilité, des sentiments de frustration et de ressentiment pourraient bien naître parmi le personnel.

46. Une stimulation externe est également nécessaire pour assurer que le personnel des établissements psychiatriques ne s'enferme pas dans un vase clos. A cet égard, il est hautement souhaitable qu'un tel personnel bénéficie de possibilités de formation à l'extérieur et de stages dans d'autres institutions. De même, il faut encourager, dans les établissements psychiatriques, la présence de personnes indépendantes (par exemple, étudiants et chercheurs) et d'organes externes (cf. paragraphe 55).

E. Moyens de contrainte

47. Dans tout établissement psychiatrique, la contrainte physique de patients agités et/ou violents peut s'avérer nécessaire. C'est là un domaine de préoccupation particulière pour le CPT, vu la potentialité d'abus et de mauvais traitement.

La contrainte physique de patients doit faire l'objet d'une politique clairement définie. Cette politique doit établir sans équivoque que les tentatives initiales de maîtrise de patients agités ou violents doivent, dans toute la mesure du possible, être d'une nature autre que physique (par exemple, instructions verbales) et que, lorsque la contrainte physique est nécessaire, celle-ci soit limitée à un contrôle manuel.

Le personnel, dans les établissements psychiatriques, doit être formé aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. La possession de telles aptitudes donne au personnel la possibilité de choisir la réponse la plus appropriée dans les situations difficiles, réduisant ainsi de manière importante le risque de lésion pour les patients et le personnel.

48. Le recours aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) ne se justifie que rarement et doit toujours soit se faire sur ordre exprès d'un médecin, soit être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. Si, exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible; ils ne doi-

vent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction.

Le CPT a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours; le CPT doit souligner qu'un tel état de choses ne peut avoir aucune justification thérapeutique et, à son avis, s'apparente à un mauvais traitement.

49. L'on doit, dans ce contexte aussi, faire référence à l'isolement (à savoir, l'enfermement solitaire dans une pièce) de patients violents ou autrement "ingérables", un procédé utilisé de longue date en psychiatrie.

Il y a, dans la pratique psychiatrique moderne, une tendance claire à ne plus recourir à l'isolement et, le CPT a relevé avec satisfaction que l'isolement est en passe d'être supprimé dans de nombreux pays. Tant que l'on continuera à avoir recours à l'isolement, celui-ci devra faire l'objet d'une politique détaillée explicitant notamment: les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours; les objectifs visés; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes; l'existence de contacts humains appropriés; l'obligation d'une attention renforcée du personnel.

L'isolement ne doit jamais être utilisé à titre de sanction.

50. Chaque recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) doit être consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient). Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel.

Ceci facilitera grandement la gestion de tels incidents et donnera un aperçu de leur ampleur et fréquence.

F. Garanties en cas de placement non volontaire

51. La vulnérabilité des personnes malades ou handicapées mentales demande beaucoup d'attention afin de prévenir tout acte - ou éviter toute omission - préjudiciable à leur bien-être. Il s'ensuit que le placement non volontaire dans un établissement psy-

chiatric doit toujours être entouré de garanties appropriées. L'une des garanties les plus importantes - le consentement libre et éclairé au traitement - a déjà été mis en exergue (cf. paragraphe 41).

la décision initiale de placement

52. La procédure de placement non volontaire doit offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité ainsi que d'expertise médicale objective.

S'agissant plus particulièrement du placement d'office à caractère civil, dans de nombreux pays, la décision de placement appartient à l'autorité judiciaire (ou doit être confirmée par celle-ci dans un bref délai), à la lumière d'avis de psychiatres. Toutefois, l'intervention automatique d'une autorité judiciaire dans la décision initiale de placement n'est pas prévue dans tous les pays. La Recommandation N° R (83) 2 sur la protection juridique de personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires permet les deux approches (mais prévoit des garanties spéciales au cas où la décision de placement est confiée à une autorité non judiciaire). Cependant, l'Assemblée Parlementaire a réouvert le débat sur ce point dans sa Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, en demandant que les décisions de placement non volontaire soient prises par un juge.

En tout état de cause, une personne placée involontairement dans un établissement psychiatrique par une autorité non judiciaire doit avoir le droit d'intenter un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention.

garanties au cours du placement

53. Une brochure de présentation exposant le fonctionnement de l'établissement et les droits des patients doit être remise à chaque patient à son admission, ainsi qu'à sa famille. Les patients qui ne seraient pas en mesure de comprendre cette brochure, devraient bénéficier d'une assistance appropriée.

Comme dans tout lieu de privation de liberté, une procédure efficace de plaintes constitue une garantie fondamentale contre les mauvais traitements dans les établissements psychiatriques. Des dispositions spéciales doivent être mises en place pour per-

mettre aux patients de déposer plainte auprès d'un organe clairement désigné, et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée en dehors de l'établissement.

54. Le maintien de contacts avec le monde extérieur est essentiel, non seulement pour la prévention des mauvais traitements mais aussi du point de vue thérapeutique.

Les patients doivent être en mesure d'envoyer et de recevoir des lettres, d'avoir accès au téléphone ainsi que recevoir des visites de leur famille et de leurs amis. L'accès confidentiel à un avocat doit aussi être garanti.

55. Le CPT accorde également une importance considérable aux visites régulières d'établissements psychiatriques par un organe indépendant (par exemple, un magistrat ou une commission de surveillance), responsable de l'inspection des soins prodigués aux patients. Cet organe devrait être autorisé, plus particulièrement, à s'entretenir en privé avec les patients, recueillir directement leurs plaintes et, le cas échéant, formuler les recommandations qui s'imposent.

fin de placement

56. Il doit être mis fin au placement non volontaire dans un établissement psychiatrique dès lors que l'état de santé mentale du patient le permet. En conséquence, la nécessité du placement devrait être révisé à intervalles réguliers.

Si le placement non volontaire est décidé pour une durée déterminée, renouvelable au vu de données psychiatriques, une telle révision découlera des termes mêmes du placement. Toutefois, le placement non volontaire peut être décidé pour une durée indéterminée, en particulier dans le cas de personnes internées dans des établissements psychiatriques à la suite d'une procédure pénale et qui sont considérées comme dangereuses. Si la durée du placement non volontaire est indéterminée, il devrait y avoir une révision automatique, à intervalles réguliers, de la nécessité du maintien du placement.

De plus, le patient lui-même doit être en mesure de demander, à intervalles raisonnables, que la nécessité du placement soit examinée par une autorité judiciaire.

57. Bien que n'exigeant plus un placement non volontaire, un patient peut néanmoins nécessiter un traitement et/ou devoir vivre dans un environnement protégé au sein de la communauté extérieure. A cet égard, le CPT a trouvé dans certains pays des patients, dont l'état de santé mentale ne nécessitait plus qu'ils soient détenus dans un établissement psychiatrique, néanmoins maintenus dans de tels établissements parce qu'une prise en charge/un hébergement adéquats faisant défaut dans la communauté extérieure. Que des personnes soient contraintes de rester privées de liberté, faute d'infrastructures extérieures appropriées, est un état de choses hautement contestable.

G. Remarques finales

58. La structure organisationnelle des services de santé pour les personnes atteintes d'affections psychiatriques varie de pays à pays et, à l'évidence, c'est un domaine qu'il appartient à chaque Etat de déterminer. Toutefois, le CPT souhaite appeler l'attention sur la tendance qu'il y a dans certains pays à réduire le nombre de lits dans les grands hôpitaux psychiatriques et à développer des unités de soins en milieu ouvert. Le Comité considère que c'est là un développement au plus haut point positif, à la condition que de telles unités dispensent des soins de qualité satisfaisante.

Il est à présent largement accepté que des établissements psychiatriques de grande capacité comportent un risque important d'institutionnalisation tant pour les patients que le personnel, cela d'autant plus lorsqu'ils sont situés dans des endroits isolés. Ceci peut entraîner des effets néfastes pour le traitement des patients. La mise en œuvre des programmes faisant appel à la gamme complète des traitements psychiatriques s'avère bien plus aisée dans de petites structures de soins localisées près de centres urbains.

Mineurs privés de liberté

Extrait du 9e rapport général (1998), CPT/Inf (99) 12

Remarques préliminaires

20. Dans certains de ses rapports généraux précédents, le Comité a exposé les critères qui guident ses activités dans différents types de lieux de détention, y compris des commissariats de police, des prisons, des centres de rétention pour ressortissants étrangers et des établissements psychiatriques.

Le Comité applique ces critères, dans la mesure où ils sont appropriés, aux mineurs (c'est-à-dire à des personnes âgées de moins de 18 ans) privés de liberté. Toutefois, quelle que soit la raison pour laquelle ils ont pu être privés de liberté, les mineurs sont intrinsèquement plus vulnérables que les adultes. En conséquence, une vigilance particulière est requise pour protéger de manière adéquate leur bien-être physique et mental. Afin de mettre en exergue l'importance qu'il attache à la prévention des mauvais traitements des mineurs privés de liberté, le CPT a choisi de consacrer ce chapitre de son 9e rapport général à la description de certaines questions spécifiques auxquelles il s'attache en ce domaine.

Dans les paragraphes ci-après, le Comité identifie un certain nombre de garanties contre les mauvais traitements qu'il considère devoir être offertes à tous les mineurs privés de liberté, avant de se concentrer sur les conditions qui devraient prévaloir dans les centres de détention spécifiquement réservés aux mineurs. Le Comité espère ainsi préciser clairement aux autorités nationales ses vues sur la manière dont ces personnes doivent être traitées. Comme par le passé, le CPT serait reconnaissant d'obtenir des commentaires sur cette partie de son rapport général.

21. Le Comité tient à souligner d'emblée que toute norme qu'il peut élaborer dans ce domaine devrait être considérée comme complémentaires à celles énoncées dans une panoplie d'autres instruments internationaux, notamment la Convention de 1989 des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, l'ensemble de Règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice des mineurs (1985) (*Règles de Beijing*), les

Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté et les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile (1990) (*Principes de Riyadh*).

Le Comité souhaite également exprimer son approbation quant à l'un des principes cardinaux garantis par les instruments ci-dessus mentionnés, à savoir que la privation de liberté de mineurs ne doit être qu'une mesure de dernier ressort, et être de la durée la plus brève possible (cf. article 37.b de la Convention relative aux droits de l'enfant et règles 13 et 19 des *Règles de Beijing*).

Garanties contre les mauvais traitements des mineurs

22. Compte tenu de son mandat, la première priorité du CPT, au cours de ses visites des lieux où des mineurs sont privés de liberté, consiste à établir s'ils subissent des mauvais traitements délibérés. Les constatations du Comité faites à ce jour laisseraient penser que, dans la plupart des établissements qu'il visite, de tels cas sont assez rares.

23. Toutefois, comme pour les adultes, il semblerait que le risque pour les mineurs d'être délibérément maltraités est plus élevé dans des établissements de police que dans d'autres lieux de détention. En effet, à plus d'une reprise, des délégations du CPT ont recueilli des indices tangibles selon lesquels des mineurs figuraient parmi les personnes torturées ou victimes d'autres mauvais traitements par des policiers.

Dans ce contexte, le CPT a souligné que c'est durant la période qui suit immédiatement la privation de liberté que le risque de torture et de mauvais traitements est le plus grand. Il s'ensuit qu'il est essentiel que toutes les personnes privées de liberté par la police (y compris les mineurs) bénéficient, dès le moment où elles n'ont plus la possibilité d'aller et de venir, du droit d'informer un proche ou un tiers de leur détention, du droit à l'accès à un avocat et du droit à l'accès à un médecin.

Au delà de ces garanties, certaines juridictions reconnaissent que la vulnérabilité inhérente aux mineurs exige que des précautions supplémentaires soient prises. Celles-ci incluent d'imposer aux fonctionnaires de police l'obligation formelle de s'assurer qu'une

personne appropriée est informée de la détention du mineur (que le mineur concerné en ait fait la demande ou non). Il se peut également que les fonctionnaires de police ne soient pas autorisés à interroger un mineur tant qu'une telle personne et/ou un avocat ne soient présents. Le CPT se félicite de cette approche.

24. Dans plusieurs autres établissements visités, les délégations du CPT ont appris qu'il n'était pas rare que le personnel administratif à l'occasion "une gifle pédagogique" aux mineurs qui se comportent mal. Le Comité considère que, dans l'intérêt de la prévention des mauvais traitements, toutes les formes de châtement corporel doivent être formellement interdites et évitées dans la pratique. Les mineurs qui se conduisent mal devraient être traités uniquement selon les procédures disciplinaires prescrites.

25. L'expérience du Comité donne également à penser que lorsque des mauvais traitements de mineurs surviennent, ils résultent le plus souvent d'une absence de protection efficace contre les abus, plutôt que d'une intention délibérée d'infliger une souffrance. Un élément important de toute stratégie visant à prévenir de tels abus est le respect du principe selon lequel les mineurs en détention devraient être hébergés séparément des adultes.

Parmi les exemples de manquement à ce principe observés par le CPT figurent les cas suivants: des détenus adultes placés dans des cellules pour mineurs, souvent dans l'intention de faire régner l'ordre dans ces cellules; des mineures hébergées ensemble avec des détenues adultes; des patients psychiatriques mineurs partageant une chambre avec des patients adultes malades chroniques.

Le Comité reconnaît que des situations exceptionnelles peuvent survenir (par exemple, des enfants et des parents en centres de rétention pour ressortissants étrangers), où il est à l'évidence dans l'intérêt même des mineurs de ne pas être séparés de certains adultes. Toutefois, héberger ensemble des mineurs et des adultes n'ayant aucun lien avec eux entraîne inévitablement un risque de domination et d'exploitation.

26. Un personnel mixte constitue une autre garantie potentielle les mauvais traite-

ments dans les lieux de détention, notamment lorsque des mineurs sont concernés. La présence d'un personnel masculin et féminin peut avoir des effets bénéfiques, tant en termes éthiques que pour favoriser un degré de normalité dans un lieu de détention.

Un personnel mixte permet également un déploiement approprié lorsque des tâches délicates, comme des fouilles, sont effectuées. A cet égard, le CPT souhaite souligner que, quel que soit leur âge, des personnes privées de liberté ne devraient être fouillées que par du personnel de même sexe et que toute fouille impliquant qu'un détenu se dévête, devrait être effectuée hors de la vue du personnel de surveillance du sexe opposé; ces principes s'appliquent a fortiori aux mineurs.

27. Enfin, dans un certain nombre d'établissements visités, des délégations du CPT ont observé que le personnel de surveillance qui entraient en contact direct avec des mineurs portaient ouvertement des matraques. Une telle pratique n'est pas propice à l'établissement de relations positives entre personnel et détenus. De préférence, le personnel de surveillance ne devraient pas porter de matraques du tout. Si, néanmoins, cela est jugé indispensable, le CPT recommande que les matraques soient dissimulées à la vue.

Centres de détention pour mineurs

1. Introduction

28. De l'avis du CPT, tous les mineurs privés de liberté, prévenus ou condamnés pour une infraction pénale, devraient être incarcérés dans des centres de détention spécialement conçus pour des personnes de cet âge, offrant des régimes de détention adaptés à leurs besoins et possédant un personnel formé au travail avec les jeunes.

En outre, la prise en charge de mineurs détenus exige des efforts particuliers en vue de réduire les risques d'inadaptation sociale à long terme. Cela demande une approche pluridisciplinaire, faisant appel aux compétences d'une gamme de professionnels (notamment des enseignants, des formateurs et des psychologues), pour répondre aux besoins individuels des mineurs au sein d'un environnement éducatif et socio-thérapeutique sûr.

2. Conditions matérielles de détention

29. Un centre de détention pour mineurs bien conçu offrira des conditions de détention favorables et personnalisées aux jeunes privés de liberté. Outre être de dimensions adaptées, disposer d'un bon éclairage et d'une bonne aération, les chambres et les lieux de vie des mineurs devraient être correctement meublés, bien décorés et offrir une stimulation visuelle appropriée. A moins que des raisons impératives de sécurité ne s'y opposent, des mineurs devraient être autorisés à conserver un nombre raisonnable d'objets personnels.

30. Le CPT souhaite ajouter que, dans certains établissements, il a remarqué une tendance à négliger les besoins en matière d'hygiène personnelle des femmes, y compris des filles mineures. Pour cette population en détention, un accès aisé à des installations sanitaires, tout comme un approvisionnement en produits d'hygiène, comme des serviettes hygiéniques, est d'une particulière importance. L'absence de mise à disposition de tels produits de base peut s'apparenter, en elle-même, à un traitement dégradant.

3. Programmes d'activités

31. Bien qu'un manque d'activités motivantes soit préjudiciable à tout détenu, il nuit spécialement aux mineurs, qui ont un besoin particulier d'activités physiques et de stimulation intellectuelle. Des mineurs privés de liberté devraient se voir proposer un programme complet d'études, de sport, de formation professionnelle, de loisirs et d'autres activités motivantes. L'éducation physique devrait constituer une part importante de ce programme.

Il importe tout particulièrement que les filles et les jeunes femmes privées de liberté aient accès à de telles activités dans les mêmes conditions que leurs homologues masculins. Trop souvent, le CPT a rencontré des mineures à qui étaient proposées des activités qui avaient été cataloguées comme «appropriées» à leur égard (telles que travaux d'aiguille ou l'artisanat), alors que les mineurs se voyaient proposer une formation à vocation beaucoup plus professionnelle. A cet égard, le CPT tient à souligner qu'il approuve le principe énoncé à la règle 26.4 des Règles de Beijing, selon laquelle tout doit être mis en

œuvre pour qu'en aucun cas "l'aide, la protection, l'assistance, le traitement et la formation dont bénéficient" les mineures privées de liberté ne soient "inférieurs à ceux dont bénéficient les jeunes délinquants. Un traitement équitable doit leur être assuré".

32. Les programmes d'activités d'un certain nombre de centres de détention pour mineurs visités par le Comité prévoient des systèmes d'incitation généralisés, permettant aux mineurs de bénéficier de privilèges supplémentaires en échange d'une bonne conduite.

Il n'appartient pas au CPT d'émettre un avis sur la valeur socio-éducative de tels systèmes. Toutefois, il accorde une attention toute particulière au contenu du régime le moins développé qui peut être proposé aux mineurs soumis à de tels programmes, et à la question de savoir si la manière dont ils peuvent progresser (et régresser) dans un système donné comprend des garanties adéquates contre des décisions arbitraires du personnel.

4. Questions relatives au personnel

33. La surveillance et le traitement des mineurs privés de liberté sont des tâches particulièrement exigeantes. Le personnel appelé à de telles tâches devrait être recruté avec soin pour sa maturité et sa capacité à relever les défis que constituent le travail avec - et la préservation du bien-être de - ce groupe d'âge. Il devrait notamment être personnellement motivé pour le travail avec des jeunes, et être capable de guider et de stimuler les mineurs dont il a la charge. L'ensemble de ce personnel, y compris celui affecté uniquement à des tâches de surveillance, devrait recevoir une formation professionnelle, tant initiale que continue, et bénéficier d'une supervision et d'un soutien extérieurs appropriés dans l'exercice de ses fonctions.

En outre, la direction de ces centres devrait être confiée à des personnes ayant de grandes aptitudes à l'encadrement, possédant la capacité de répondre efficacement aux demandes complexes et divergentes qui leur sont faites, aussi bien par les mineurs que par le personnel.

5. Contacts avec le monde extérieur

34. Le CPT attache une importance considérable au maintien de bons contacts avec le monde extérieur pour toutes les personnes privées de liberté. Le principe directeur devrait être de promouvoir les contacts avec le monde extérieur; toute restriction à ces contacts devrait être fondée exclusivement sur des impératifs sérieux de sécurité ou des considérations liées aux ressources disponibles.

La promotion active de tels contacts peut être tout particulièrement bénéfique aux mineurs privés de liberté, beaucoup d'entre eux pouvant présenter des problèmes de comportement liés à une carence affective ou à une incapacité à vivre en société.

Le CPT souhaite également souligner que les contacts d'un mineur avec le monde extérieur ne devraient jamais être réduits, ni supprimés, à titre de sanction disciplinaire.

6. Discipline

35. Les lieux où les mineurs peuvent être privés de liberté prévoient généralement des sanctions disciplinaires applicables aux jeunes qui se comportent mal.

A cet égard, le CPT est tout particulièrement préoccupé par le placement de mineurs dans des conditions s'apparentant à l'isolement, une mesure qui peut compromettre leur intégrité physique et/ou mentale. Le Comité estime que le recours à une telle mesure doit être considéré comme très exceptionnel. Si des mineurs sont hébergés à l'écart des autres, ceci devrait être pour la période la plus courte possible et, dans tous les cas, ils devraient bénéficier de contacts humains appropriés, disposer de lecture et se voir proposer une heure au moins d'exercice en plein air par jour.

Toutes les procédures disciplinaires appliquées aux mineurs devraient être accompagnées de garanties formelles et être dûment consignées. En particulier, des mineurs devraient avoir le droit d'être entendus au sujet de l'infraction qui leur est reprochée, et de former un recours devant une instance supérieure contre toute sanction prononcée à leur encontre; toutes ces sanctions devraient être dûment consignées dans un registre tenu dans chaque établissement où des mineurs sont privés de liberté.

7. Procédures de plaintes et d'inspection

36. Des procédures effectives de plaintes et d'inspection sont des garanties fondamentales contre les mauvais traitements dans des établissements pour mineurs.

Les jeunes devraient disposer de voies de réclamation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système administratif des établissements, et avoir le droit de s'adresser de manière confidentielle à une autorité appropriée.

Le CPT attache également une importance particulière aux visites régulières de tous les établissements pour mineurs par un organe indépendant (par exemple, une commission de visiteurs ou un juge), habilité à recevoir les plaintes des mineurs - et, si nécessaire, à prendre les mesures qui s'imposent - et à procéder à l'inspection des locaux.

8. Questions médicales

37. Dans la partie de son 3e Rapport Général consacrée aux services de santé dans les prisons (cf. CPT/Inf (93) 12, paragraphes 30 à 77), le CPT identifie un certain nombre de critères généraux ayant guidé son activité (accès à un médecin, équivalence des soins, consentement du patient et confidentialité, prévention sanitaire, indépendance et compétence professionnelles). Ces critères s'appliquent de la même manière aux centres de détention pour mineurs.

38. Bien entendu, le CPT accorde une attention particulière aux besoins médicaux spécifiques des mineurs privés de liberté.

Il importe avant tout que le service de santé offert aux mineurs fasse partie intégrante d'un programme multidisciplinaire (médico-psycho-social) de prise en charge. Ceci implique notamment qu'une étroite coordination devrait exister entre le travail de l'équipe soignante de l'établissement (médecins, infirmiers, psychologues, etc.) et celui d'autres professionnels (y compris les travailleurs sociaux et les enseignants) qui ont des contacts réguliers avec les mineurs. L'objectif doit être de faire en sorte que les soins de santé prodigués aux mineurs privés de liberté s'inscrivent dans un dispositif thérapeutique et de soutien permanent.

Il est aussi souhaitable que le contenu du programme d'un centre de détention existe sous forme écrite et soit mis à la disposition

de tous les membres du personnel appelés à y participer.

39. Tous les mineurs privés de liberté devraient bénéficier d'un entretien approprié et d'un examen physique par un médecin aussitôt que possible après leur admission dans un centre de détention; sauf circonstances exceptionnelles, l'entretien/examen médical devraient être effectués le jour de l'admission. Toutefois, le premier point de contact d'un jeune nouvel arrivant avec le service de santé peut être un infirmier diplômé qui fait rapport à un médecin.

S'il est effectué correctement, un tel contrôle médical à l'admission devrait permettre au service de santé de l'établissement d'identifier les jeunes avec des problèmes de santé potentiels (par exemple, toxicomanie, tendances suicidaires). L'identification de ces problèmes, à un stade suffisamment précoce, facilitera l'adoption de mesures préventives efficaces dans le cadre du programme de prise en charge médico-psycho-social de l'établissement.

40. En outre, il va sans dire que tous les mineurs privés de liberté devraient disposer, à tout moment, d'un accès confidentiel à un médecin, quel que soit leur régime de détention (y compris l'isolement disciplinaire). Un accès approprié à divers soins médicaux spécialisés, y compris les soins dentaires, devrait également être garanti.

41. Dans tout lieu de privation de liberté, les interventions des services de santé ne devraient pas se limiter à traiter les patients malades; ils devraient également être investis d'une responsabilité de médecine sociale et préventive. A cet égard, le CPT souhaite souligner deux aspects qui le préoccupent particulièrement lorsque des mineurs privés de liberté sont en cause, à savoir l'alimentation des mineurs et leur éducation à la santé.

Le personnel de santé devrait jouer un rôle actif dans le contrôle de la qualité de la nourriture qui est distribuée aux détenus. Ceci est particulièrement important pour des mineurs, qui peuvent ne pas avoir atteint leur plein potentiel de croissance. Dans ces cas, les conséquences d'une nutrition inadéquate peuvent se manifester plus rapidement - et être plus graves - que pour ceux qui ont atteint leur pleine maturité physique.

Il est également largement reconnu que des mineurs privés de liberté ont tendance à adopter des comportements à risque, spécialement en ce qui concerne les drogues (y compris l'alcool) et le sexe. En conséquence, une éducation à la santé adaptée aux jeunes est un élément important d'un programme de soins préventifs. Un tel programme devrait inclure des informations concernant les risques liés à la toxicomanie et les maladies transmissibles.

Femmes privés de liberté

Extrait du 10e rapport général (1999), CPT/Inf (2000) 13

1. Remarques préliminaires

21. Dans certains de ses rapports généraux précédents, le CPT a défini les critères qui guident son travail dans divers lieux de détention, notamment les commissariats de police, les établissements pénitentiaires, les centres de rétention pour étrangers, les établissements psychiatriques et les centres de détention pour mineurs.

Le Comité applique évidemment les critères susmentionnés à l'égard tant des femmes que des hommes privés de liberté. Toutefois, dans tous les Etats membres du Conseil de l'Europe, les femmes représentent un pourcentage relativement réduit parmi les personnes privées de liberté. De ce fait, il peut s'avérer très onéreux, pour les Etats, de prévoir des infrastructures distinctes pour les femmes en détention; il en résulte qu'elles sont souvent placées dans un petit nombre d'établissements (et risquent d'être détenues loin de leur foyer et des enfants qui sont à leur charge), dans des locaux conçus à l'origine pour (et parfois partagés avec) des détenus de sexe masculin. Dans ces conditions, il faut tout particulièrement veiller à ce que les femmes privées de liberté bénéficient d'un environnement sûr et décent.

Pour montrer l'importance que le CPT accorde à la prévention des mauvais traitements de femmes privées de liberté, il a choisi de consacrer le présent chapitre de son 10e rapport général à des aspects spécifiques auxquels il prête attention en ce domaine. Le Comité espère ainsi indiquer clairement aux autorités nationales ses vues sur

la manière dont les femmes privées de liberté doivent être traitées. De même que les années précédentes, le CPT souhaite obtenir des commentaires sur ce chapitre de fond de son rapport général.

22. Il convient de souligner d'emblée que les préoccupations que le CPT expose en ce qui concerne les questions identifiées dans ce chapitre valent, quelle que soit la nature du lieu de détention. Cela étant, de l'expérience du CPT, c'est au cours de la période suivant immédiatement la privation de liberté que le risque d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychologique des femmes privées de liberté est le plus grand. Dès lors, il importe de veiller tout particulièrement à ce que les critères énoncés dans les sections qui suivent, soient respectés au cours de cette phase.

Le Comité tient aussi à souligner que les normes qu'il peut développer en ce domaine devraient être considérées comme complémentaires à celles figurant dans d'autres instruments internationaux, notamment la Convention européenne des droits de l'homme, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et l'Ensemble de principes des Nations Unies pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement.

2. Mixité du personnel

23. Ainsi que le CPT l'a souligné dans son 9e rapport général, un personnel mixte constitue une garantie importante contre les mauvais traitements dans les lieux de détention. La présence d'un personnel masculin et féminin peut avoir des effets bénéfiques tant en termes éthiques que pour favoriser un degré de normalité dans un lieu de détention.

Un personnel mixte permet également un déploiement approprié du personnel lorsque des tâches délicates, comme des fouilles, sont effectuées. A cet égard, le CPT tient à souligner que des personnes privées de liberté ne devraient être fouillées que par du personnel de même sexe et que toute fouille impliquant qu'un détenu se dévête, devrait être effectuée hors de la vue du personnel de surveillance du sexe opposé.

3. Quartiers de détention distincts pour les femmes privées de liberté

24. L'obligation de prise en charge des personnes privées de liberté qui incombe à un Etat englobe la responsabilité de les protéger contre ceux ou celles qui pourraient vouloir leur porter préjudice. Le CPT a parfois été confronté à des allégations de sévices infligés par une femme à une autre. Néanmoins, les allégations de mauvais traitements de femmes en détention par des hommes (et plus particulièrement le harcèlement sexuel, y compris les insultes à connotation sexuelle) sont plus fréquentes, notamment lorsqu'un Etat omet d'aménager des quartiers de détention distincts, réservés aux femmes privées de liberté, et dans lesquels la surveillance est assurée de façon prépondérante par du personnel féminin.

Par principe, il conviendrait de détenir les femmes privées de liberté dans des quartiers qui soient séparés matériellement des locaux occupés par les hommes détenus dans le même établissement. Cela étant, certains Etats ont pris des dispositions afin que des couples (chacun des membres du couple étant privé de liberté) soient placés ensemble, et/ou de permettre un certain degré de mixité dans la participation aux activités en prison. Le CPT se félicite de ces mesures progressistes, sous réserve que les détenus concernés les acceptent et qu'ils soient soigneusement sélectionnés et fassent l'objet d'une supervision adéquate.

4. Egalité d'accès aux activités

25. Il est essentiel que les femmes privées de liberté aient accès à des activités motivantes (travail, formation, études, sport, etc.) sur un pied d'égalité avec leurs homologues masculins. Ainsi que le CPT l'a mentionné dans son dernier rapport général, les délégations du Comité rencontrent trop souvent des femmes détenues à qui sont proposées des activités qui ont été cataloguées comme "appropriées" à leur égard (telles que les travaux d'aiguille ou l'artisanat), alors que les détenus de sexe masculin se voient proposer une formation à vocation beaucoup plus professionnelle.

De l'avis du CPT, une telle approche discriminatoire ne peut que renforcer les stéréotypes dépassés concernant le rôle social des femmes. De plus, dans certaines cir-

constances, le fait de refuser aux femmes l'accès aux activités dans des conditions d'égalité peut être qualifié de traitement dégradant.

5. Prise en charge pré- et post-natale

26. Il faut consentir tous les efforts pour répondre aux besoins alimentaires spécifiques des femmes enceintes détenues; elles doivent pouvoir compter sur un régime alimentaire à haute teneur en protéines, riche en fruits et légumes frais.

27. Il est évident que les bébés ne devraient pas naître en prison et, dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, la pratique courante est de transférer, le moment venu, les femmes enceintes dans des hôpitaux extérieurs.

Néanmoins, de temps en temps, le CPT a été confronté à des cas de femmes enceintes menottées ou autrement attachées à un lit ou une pièce quelconque de mobilier au cours d'un examen gynécologique et/ou d'un accouchement. Une telle approche est tout-à-fait inacceptable et peut à l'évidence être assimilée à un traitement inhumain et dégradant. D'autres moyens de satisfaire aux exigences de sécurité peuvent et doivent être mis en œuvre.

28. De nombreuses femmes en prison constituent le principal soutien de leurs enfants ou de tierces personnes dont le bien-être peut être compromis par leur incarcération.

Une question particulièrement délicate dans ce contexte est de savoir si l'on peut autoriser que les bébés et enfants en bas âge restent en prison avec leurs mères et, dans l'affirmative, pour combien de temps. C'est une question à laquelle il est difficile de répondre étant donné que, d'une part, les prisons ne constituent manifestement pas un environnement approprié pour des bébés et de jeunes enfants et que, d'autre part, la séparation forcée des mères de leurs enfants en bas âge est hautement indésirable.

29. De l'avis du CPT, dans tous les cas, le principe gouverneur doit être le bien-être de l'enfant. Ceci implique notamment que tous les soins pré- et post-natals assurés en détention doivent être équivalents à ceux disponibles dans la communauté extérieure.

Lorsque des bébés et de jeunes enfants vivent dans des lieux de détention, ils doivent être placés sous la surveillance de spécialistes de l'action sociale et du développement infantile. L'objectif à atteindre est de créer un environnement centré sur l'enfant, d'où doivent être exclus les signes manifestes de l'incarcération, comme les uniformes et le cliquetis des trousseaux de clés.

Des dispositions doivent être prises aussi pour faire en sorte que le développement moteur et cognitif des bébés se trouvant en prison évolue normalement. Ceux-ci doivent en particulier disposer de possibilités de jeux et d'exercice appropriés à l'intérieur de la prison et, chaque fois que possible, ils doivent pouvoir quitter l'établissement et faire l'expérience de la vie ordinaire en dehors des murs de la prison.

Le fait de faciliter l'accueil de l'enfant dans la famille extérieure peut aussi permettre de s'assurer du partage du poids de l'éducation de l'enfant (par exemple, par le père de l'enfant). Si cela ne devait pas être possible, il faudra prévoir l'accès à des dispositifs de type crèches. De telles mesures permettront aux femmes incarcérées de prendre davantage part aux possibilités de travail et aux autres activités proposées au sein de la prison.

6. Questions d'hygiène et de santé

30. Le Comité souhaite aussi appeler l'attention sur un certain nombre de questions d'hygiène et de santé des femmes privées de leur liberté, dont les besoins diffèrent grandement de ceux des hommes.

31. Les besoins spécifiques d'hygiène des femmes doivent recevoir une réponse appropriée. Il importe particulièrement qu'elles aient accès, au moment voulu, à des installations sanitaires et des salles d'eau, qu'elles puissent, quand nécessaire, se changer en cas de menstrues et qu'elles disposent des produits d'hygiène nécessaires, tels que serviettes hygiéniques ou tampons.

Le fait de ne pas pourvoir à ces besoins fondamentaux peut constituer en soi un traitement dégradant.

32. Il est tout aussi essentiel que les soins de santé assurés aux personnes privées de leur liberté soient d'un niveau équivalent à

ceux dont jouissent les malades vivant dans la communauté extérieure.

En ce qui concerne les femmes privées de liberté, pour que ce principe d'équivalence des soins soit respecté, il faut que les soins soient dispensés par des médecins et des infirmières ayant reçu une formation sanitaire spécifique dans les questions de santé particulières aux femmes, y compris en gynécologie.

En outre, dans la mesure où des soins préventifs spécifiques aux femmes existent dans la communauté extérieure, comme le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, ils doivent également être proposés aux femmes privées de liberté.

L'équivalence des soins exige aussi que le droit d'une femme à son intégrité corporelle soit respecté dans les lieux de détention comme dans la communauté extérieure. Par conséquent, là où les femmes en liberté ont accès à ce que l'on appelle "la pilule du lendemain" et/ou à d'autres formes d'interruption de grossesse à des stades plus avancées de celle-ci, ces moyens doivent être accessibles dans les mêmes conditions aux femmes privées de liberté.

33. Par principe, les détenues qui ont commencé un traitement avant leur incarcération doivent pouvoir le poursuivre pendant leur détention. A cet égard, des efforts doivent être faits pour veiller à un approvisionnement adéquat, dans les lieux de détention, des médicaments spécifiques exigés par les femmes.

En ce qui concerne plus particulièrement la pilule contraceptive, il faut rappeler que ce médicament peut être prescrit pour des raisons médicales autres que la prévention d'une grossesse (par exemple pour soulager les douleurs liées à la menstruation). Le fait que l'incarcération d'une femme puisse - en soi - réduire sensiblement les possibilités de conception n'est pas une raison suffisante pour refuser ce traitement.

