



Conférence

2 mars 2015  
Strasbourg - France

Conseil de l'Europe  
Palais de l'Europe

[www.cpt.coe.int/25/](http://www.cpt.coe.int/25/)

## *Les 25 ans du CPT : faire le bilan pour mieux avancer*

### *Document de travail*

#### Table des matières

Introduction.....	2
Atelier 1 : La lutte contre l'impunité dans la police et les services pénitentiaires.....	4
Atelier 2 : Soins de santé en milieu pénitentiaire.....	11
Atelier 3 : Les mineurs en détention.....	18
Atelier 4 : L'isolement de détenus .....	25
Atelier 5 : Vers de nouvelles normes du CPT en matière de psychiatrie .....	32
Références bibliographiques .....	41

## Introduction

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a atteint l'âge symbolique de 25 ans. Après l'entrée en vigueur de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après la Convention), le 1<sup>er</sup> février 1989, la mise en place d'un petit secrétariat et l'élection de ses premiers membres, le CPT a tenu sa réunion inaugurale en novembre 1989. La toute première activité sur le terrain a eu lieu six mois plus tard, en mai 1990, avec la visite d'une délégation en Autriche.

Le CPT a considérablement évolué depuis ses premières années. La portée géographique du Comité s'est peu à peu étendue, passant des 15 États parties d'origine aux 47 États actuels. Au fil des ans, le CPT a progressivement élargi l'éventail des lieux de privation de liberté où il effectue des visites, couvrant non seulement les établissements de police et les prisons, mais aussi les hôpitaux psychiatriques, les lieux de rétention des ressortissants étrangers, les centres de détention militaires, les centres de détention pour mineurs et les foyers sociaux. Le CPT a récemment commencé à effectuer un suivi des vols de retour, en examinant le traitement des ressortissants étrangers lors de leur éloignement par voie aérienne. Au cours de ses activités de suivi, le CPT a développé un ensemble de normes sur de nombreux sujets couverts par son mandat, comme les garanties contre les mauvais traitements, les conditions de détention, les soins de santé et la lutte contre l'impunité, pour n'en citer que quelques-uns. Par rapport à sa première décennie d'existence, le CPT fait plus fréquemment usage aujourd'hui de la possibilité qui lui est donnée d'effectuer des visites ad hoc, y compris, si nécessaire, des visites organisées à très brève échéance. Tous ces développements mettent en avant le fait qu'il a été possible, pour le mécanisme de la Convention, d'évoluer considérablement dans le cadre même de celle-ci, illustrant ainsi l'esprit visionnaire de ses rédacteurs.

Le Comité s'est vu dans l'obligation de réitérer des recommandations qu'il avait faites dans le contexte de visites précédentes à l'égard de plusieurs États parties, car il n'a constaté aucune amélioration significative voire, dans certains cas, a observé une dégradation de la situation. Dans le même esprit, certains États membres se sont bornés, dans leurs réponses, à invoquer simplement la législation nationale, alors que les recommandations du CPT soulignaient la nécessité d'améliorations concrètes, de changements de politiques, voire de modifications de la législation. De toute évidence, l'efficacité d'un mécanisme de prévention qui se fonde sur les faits constatés pendant les visites dépend beaucoup de la coopération et d'un dialogue fructueux avec les États parties concernés. Il existe heureusement de nombreux exemples dans ce sens, à savoir des États parties qui prennent au sérieux les rapports du CPT et appliquent des mesures concrètes pour remédier aux problèmes constatés.

La coopération avec les autorités nationales est un élément clé de la Convention, étant donné que l'objectif est de renforcer la protection des personnes privées de liberté contre les mauvais traitements plutôt que de condamner les États pour leurs manquements. Les rapports du Comité sont le point de départ d'un dialogue continu avec l'État concerné. Renforcer ce dialogue est devenu l'une des priorités du CPT au cours de ces dernières années, notamment à travers l'organisation de rencontres à haut niveau avec les ministres

des pays concernés ou de réunions à Strasbourg avec les représentants permanents auprès du Conseil de l'Europe. Le Comité a également transmis des commentaires écrits aux États à propos de leurs réponses et leur a demandé d'envoyer régulièrement des informations relatives à la mise en œuvre des recommandations du CPT.

En cas d'échec à coopérer ou à améliorer une situation grave, le CPT a la possibilité d'user de ses pouvoirs au titre de l'article 10, paragraphe 2, de la Convention pour faire une déclaration publique. Cependant, le CPT continue de croire que ces pouvoirs ne devraient être exercés qu'en dernier ressort. Il préfère toujours trouver d'autres moyens pour induire les changements nécessaires. Plus particulièrement, les États membres ne devraient avoir aucune hésitation à demander l'assistance d'experts et d'autres formes de coopération ciblée que le Conseil de l'Europe peut offrir dans de nombreux domaines couverts par le mandat du CPT. Ce dernier est prêt à faciliter et à accompagner ces efforts. Bien évidemment, une publication rapide des rapports du CPT ainsi que des réponses des États parties permettra aux bénéficiaires, donateurs et responsables de la mise en œuvre potentiels de lancer plus facilement des projets bien conçus répondant de manière efficace aux besoins objectifs identifiés dans les rapports du Comité. Par ailleurs, la publication permettra de contribuer aux débats nationaux sur les questions couvertes par le CPT dans le rapport de visite.

Il n'est probablement pas exagéré de dire qu'après un quart de siècle et environ 370 visites, le CPT a atteint un certain niveau de maturité en termes d'expériences accumulées et de méthodes de travail qui ont fait leurs preuves. Toutefois, maturité ne vaut pas nécessairement sagesse, et le Comité continue d'accepter les critiques constructives concernant ses travaux et ses normes, ainsi que des idées et des suggestions pour son travail à venir. Dans ce contexte, le CPT a décidé d'organiser une conférence pour célébrer son 25<sup>e</sup> anniversaire. Il s'agit là d'une occasion de réfléchir sur le travail accompli par le Comité à ce jour et d'examiner comment il peut répondre au mieux aux défis qui l'attendent, en coopération avec les États parties et en partenariat avec d'autres importants mécanismes de suivi.

Après une séance d'ouverture à haut niveau, la conférence abordera les thèmes suivants dans le cadre de cinq ateliers organisés simultanément :

- la lutte contre l'impunité dans la police et les services pénitentiaires ;
- les soins de santé en prison ;
- les mineurs en détention ;
- le placement à l'isolement ; et
- les normes du CPT relatives à la psychiatrie.

Ces cinq thèmes ont été choisis par le CPT car ils représentent tous un enjeu important en termes d'élaboration et/ou d'application de normes. Les chapitres ci-dessous fournissent un aperçu de chacun des thèmes, mettant en avant un certain nombre de problèmes et considérations afin de stimuler les discussions. A la fin de chaque chapitre figure une liste de problèmes et questions qui pourront faire l'objet de débats pendant les différentes sessions de la Conférence.

## Atelier 1 :

### La lutte contre l'impunité dans la police et les services pénitentiaires

La lutte contre l'impunité en cas de torture et autres mauvais traitements est l'une des obligations de l'État dans la mise en œuvre de l'interdiction de la torture. La prévention de la torture étant au cœur des activités du CPT, l'évaluation de l'efficacité des mesures prises en cas de mauvais traitements fait partie intégrante du mandat du Comité, en raison de l'incidence de ces mesures sur les comportements futurs. Le CPT a traité cet aspect en détail dans son 14<sup>e</sup> rapport général.

La crédibilité de l'interdiction de la torture et des autres formes de mauvais traitements est mise à mal chaque fois que des agents publics responsables de telles infractions ne sont pas tenus de répondre de leurs actes. En ne prenant pas de mesures efficaces, les personnes concernées – collègues, cadres supérieurs, autorités en charge des enquêtes et des poursuites – contribueront, en fin de compte, à l'effritement des valeurs qui constituent les fondements mêmes d'une société démocratique. A l'inverse, en traduisant en justice les agents publics qui ordonnent, autorisent, tolèrent ou se livrent à des actes de torture et des mauvais traitements pour leurs agissements ou leurs omissions, l'on délivre un message dépourvu d'ambiguïté selon lequel de tels comportements ne seront pas tolérés. Au-delà de sa très grande valeur dissuasive, un tel message confirmera à l'opinion publique que nul n'est au-dessus des lois, pas même ceux qui sont chargés de les faire respecter. Le fait de savoir que les personnes responsables de mauvais traitements ont été traduites en justice aura également un effet positif pour les victimes.

La lutte contre l'impunité doit commencer au sein de l'instance concernée (service de police ou pénitentiaire, unité militaire etc.). Trop souvent, « l'esprit de corps » au sein d'une instance conduit à une propension à se solidariser et à s'entraider lorsque des allégations de mauvais traitements sont formulées, voire même à couvrir les actes illégaux des collègues. Il convient de prendre des mesures concrètes grâce à la promotion d'une culture dans laquelle il est considéré comme non professionnel – et risqué sur le plan de la carrière – de travailler et de s'associer avec des collègues qui recourent aux mauvais traitements, alors que l'on considère comme honorable et professionnellement gratifiant d'être membre d'une équipe qui s'abstient de tels actes.

#### *Obligation d'enquêter sur les allégations d'actes de torture et d'autres mauvais traitements*

La torture et les mauvais traitements infligés dans l'exercice d'une fonction, le recours à la contrainte pour obtenir une déclaration, l'abus d'autorité, etc. doivent constituer des infractions pénales spécifiques donnant lieu à des poursuites d'office (articles 4 et 12 de la Convention des Nations Unies contre la torture). Or, le CPT a constaté que, dans certains pays, les autorités en charge des poursuites jouissent d'un pouvoir discrétionnaire considérable s'agissant de l'ouverture d'une enquête préliminaire, lorsque des informations relatives à d'éventuels cas de mauvais traitements de personnes privées de liberté se font jour. Même en l'absence d'une plainte formelle, les autorités en question sont dans l'obligation d'ouvrir une enquête lorsqu'elles reçoivent des informations crédibles, de quelque source que ce soit, selon lesquelles des personnes privées de liberté auraient pu

être maltraitées. Cette obligation a été confirmée par la Cour européenne des droits de l'homme, une première fois en 1997, en vertu du droit à un recours effectif (article 13 de la CEDH, voir *Aksoy c. Turquie*), puis en 1999, comme obligation en corrélation directe avec l'interdiction de la torture (article 3 de la CEDH, voir *Assenov c. Bulgarie*). Il importe de traduire une telle obligation dans la législation nationale. Le cadre juridique de la responsabilité serait également renforcé si les agents publics (policiers, directeurs d'établissements pénitentiaires, etc.) étaient formellement tenus de notifier immédiatement aux autorités compétentes toute information signalant des mauvais traitements à chaque fois qu'ils en auraient connaissance.

Pour que cette obligation légale d'enquêter prenne effet, il est crucial que les autorités concernées y soient sensibilisées. Elles devraient pouvoir reconnaître les signes de mauvais traitements et être disposées à agir en cas de suspicion de mauvais traitements. De plus, les victimes de mauvais traitements devraient avoir réellement la possibilité de se plaindre sans craindre de représailles.

### *Le principe de l'efficacité des enquêtes*

Le CPT a eu l'occasion, dans un certain nombre de ses rapports de visite, d'évaluer les activités des autorités habilitées à mener des enquêtes officielles et à engager des poursuites pénales ou disciplinaires dans des affaires concernant des allégations de mauvais traitements<sup>1</sup>. Pour ce faire, le Comité tient compte de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ainsi que des normes contenues dans une vaste gamme d'instruments internationaux. Selon un principe désormais bien établi, des enquêtes efficaces, qui permettent d'identifier et de sanctionner les personnes responsables de mauvais traitements, sont indispensables pour traduire dans la pratique l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Les réels efforts déployés par les autorités compétentes pour respecter ces exigences et maintenir l'État de droit auront un effet dissuasif important sur ceux qui sont enclins à maltraiter des personnes privées de liberté.

Pour pouvoir respecter ce principe, les autorités en charge des enquêtes doivent disposer de toutes les ressources nécessaires, tant humaines que matérielles. En outre, il est impératif que les enquêtes remplissent certains critères fondamentaux.

La Cour européenne des droits de l'homme a établi certaines normes pour qu'une enquête soit considérée comme efficace. Toute enquête sur des allégations graves de mauvais traitements doit être à la fois rapide et exhaustive, ce qui signifie que l'enquête et les procédures judiciaires susceptibles d'en découler doivent toujours être menées avec une diligence raisonnable. Les autorités doivent s'efforcer sérieusement de découvrir ce qui s'est passé et ne doivent pas s'appuyer sur des conclusions hâtives ou mal fondées pour clore l'enquête ou fonder leurs décisions. Elles doivent prendre toutes les mesures raisonnables à leur disposition pour obtenir les preuves relatives à l'incident en question, notamment les dépositions des témoins oculaires et les preuves médico-légales, entre autres. Toute lacune de l'enquête qui limite sa capacité d'établir les causes des lésions ou l'identité des

---

<sup>1</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2013) 35, CPT/Inf (2013) 1, CPT/Inf (2013) 6 et CPT/Inf (2011) 3.

responsables risque d'aller à l'encontre de la norme d'efficacité requise. L'enquête doit être pertinente, c'est-à-dire qu'elle doit permettre de recueillir des éléments de preuve pour déterminer si le comportement de l'agent public mis en cause était répréhensible et d'identifier et de sanctionner les responsables. De plus, elle doit être indépendante du pouvoir exécutif et du service pénitentiaire concerné. L'indépendance de l'enquête suppose non seulement l'absence de lien hiérarchique ou institutionnel, mais aussi une indépendance concrète. Enfin, il importe d'instaurer un contrôle du public concernant l'enquête ou ses résultats, notamment d'associer les victimes supposées à la procédure et d'informer le public de la progression des enquêtes en cours.

Il va sans dire que, aussi efficace qu'une enquête puisse être, elle n'aura que peu d'effet si les sanctions imposées pour les mauvais traitements sont inadaptées. Lorsque des mauvais traitements sont prouvés, l'imposition d'une sanction adéquate doit suivre afin d'avoir un effet dissuasif très fort. A l'inverse, l'imposition de sanctions légères ne peut qu'engendrer un climat d'impunité. L'absence de criminalisation adéquate de la torture comme infraction spécifique, les immunités, les amnisties, la prescription et la condition d'autorisation préalable pour les enquêtes menées à l'encontre d'agents publics sont autant d'obstacles auxquels la lutte contre l'impunité se heurte également.

#### *Directives pour des enquêtes efficaces*

Plusieurs instruments ont été conçus pour éclairer davantage sur la façon d'assurer l'efficacité des enquêtes. En 1999, par exemple, le protocole d'Istanbul a été mis au point par un groupe d'experts, après quoi il a été inclus dans les supports de formation officiels du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies et approuvé par des structures régionales et internationales de défense des droits de l'homme. Le manuel contient des principes pour rassembler des preuves et enquêter efficacement sur la torture et d'autres peines et traitement cruels, inhumains ou dégradants, qui définissent des normes minimales à l'intention des États afin qu'ils œuvrent en ce sens. Dans le cadre de son action de coopération, le Conseil de l'Europe a élaboré des lignes directrices spécifiques sur les normes européennes en 2009, dont une version révisée a été publiée en 2014.

En 2009, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a publié *l'Avis du Commissaire aux droits de l'homme sur le règlement indépendant et efficace des plaintes contre la police*. Le Commissaire rappelle les cinq principes définissant l'efficacité des enquêtes et indique qu'ils établissent un cadre utile à l'examen de toutes les plaintes contre la police. Pour renforcer le principe d'indépendance, l'avis du Commissaire encourage par ailleurs la création d'un mécanisme indépendant de plaintes contre la police pleinement responsable du contrôle du système de plaintes contre la police dans son ensemble.

#### *Appréciation des allégations de mauvais traitements*

Bien souvent, l'appréciation d'allégations de mauvais traitements n'est pas chose facile. Certains types de mauvais traitements (comme l'asphyxie ou les électrochocs) ne laissent la plupart du temps pas de marques tangibles. De même, contraindre une personne à se tenir debout, à s'agenouiller ou à s'accroupir dans une position inconfortable pendant des heures d'affilée ou la priver de sommeil ne laissera vraisemblablement pas de traces clairement

identifiables. Même des coups sur le corps peuvent ne laisser que des marques physiques légères, à peine perceptibles et éphémères. Il s'ensuit que, lorsque des allégations de telles formes de mauvais traitement sont portées à la connaissance des autorités de poursuite ou de jugement, ces dernières devraient être particulièrement attentives à ne pas attacher trop d'importance à l'absence de marques physiques. Cela vaut a fortiori dans l'hypothèse où les mauvais traitements allégués sont principalement de nature psychologique (humiliation sexuelle, menaces de mort ou d'atteintes à l'intégrité physique pour la personne détenue et/ou sa famille, etc.). Par ailleurs, un même incident a généralement deux versions : celle du détenu et celle du personnel pénitentiaire. La crédibilité du détenu ou du suspect est souvent considérée comme faible, d'autant que l'absence d'observations de tiers rend le jugement difficile. Aussi, le fait d'apprécier de manière correcte la véracité d'allégations de mauvais traitements pourrait bien nécessiter de recueillir les dépositions de toutes les personnes concernées et de prendre des dispositions pour effectuer au bon moment une inspection des lieux et/ou des examens médicaux spécialisés.

Chaque fois que des détenus présentés à une autorité de poursuite ou de jugement allèguent avoir été maltraités, ces allégations doivent être consignées par écrit, un examen médico-légal doit être immédiatement ordonné (incluant, si nécessaire, l'expertise d'un spécialiste en psychiatrie légale) et les mesures nécessaires prises pour que les allégations fassent l'objet d'une enquête en bonne et due forme. Il convient de suivre une telle approche, que la personne concernée présente ou non des lésions externes visibles. Même en l'absence d'allégations délibérées de mauvais traitements, un examen médico-légal doit être ordonné dès lors qu'il y a d'autres raisons de croire qu'une personne a pu être victime de mauvais traitements.

### *Rôle des professionnels de santé*

Il importe de ne pas dresser de barrières entre les personnes qui allèguent des mauvais traitements (qui peuvent avoir été remises en liberté sans avoir été présentées à un procureur ou à un juge) et les médecins qui sont en mesure d'établir des rapports médico-légaux reconnus par les autorités de poursuite et de jugement. Par exemple, l'accès à un médecin ne devrait pas être subordonné à l'autorisation préalable d'une autorité d'enquête.

Les services de santé dans les lieux de privation de liberté peuvent et doivent contribuer à la lutte contre les mauvais traitements infligés aux personnes détenues, en consignand méthodiquement les blessures et en fournissant des informations aux autorités compétentes. Le fait de rassembler et de signaler avec exactitude et en temps opportun ces preuves médicales facilitera grandement l'investigation de cas de mauvais traitements éventuels et la mise en cause de leurs auteurs, ce qui aura également un effet fortement dissuasif sur les mauvais traitements qui pourraient être infligés à l'avenir.

Le CPT s'est particulièrement intéressé au rôle que doivent jouer les services de santé pénitentiaires dans la lutte contre les mauvais traitements. On pense naturellement aux mauvais traitements éventuels subis par des détenus pendant leur incarcération, qu'ils soient infligés par du personnel ou par des codétenus. Cependant, les services de santé des établissements constituant des points d'entrée dans le système pénitentiaire peuvent également apporter une contribution cruciale en matière de prévention des mauvais

traitements dans la période qui précède immédiatement l'incarcération, à savoir lorsque les personnes sont privées de liberté par des membres des forces de l'ordre (par exemple, la police ou la gendarmerie). De plus, pour assurer une consignation et un traitement appropriés des blessures découlant d'un incident survenu dans un lieu de privation de liberté, un examen médical systématique des nouveaux arrivants est crucial dans ces lieux. Le CPT a énoncé des normes concernant le rassemblement et le signalement de preuves médicales de mauvais traitements, y compris une procédure pour que, dès lors que des lésions sont établies par un professionnel de santé et qu'elles sont compatibles avec les allégations de mauvais traitements faites par la personne concernée, ces informations soient immédiatement et systématiquement portées à l'attention de l'autorité compétente, indépendamment de la volonté de cette personne.

### *Politique à mener contre l'impunité*

Nul ne doit douter de l'engagement des pouvoirs publics dans la lutte contre l'impunité. Ce principe sous-tend les mesures prises à tous les autres niveaux. Lorsque cela s'avère nécessaire, les autorités ne devraient pas hésiter à transmettre le message clair, au moyen d'une déclaration formelle au plus haut niveau politique, que la torture et les autres formes de mauvais traitements doivent se voir opposer une « tolérance zéro ».

### *Quelques enjeux de la lutte contre l'impunité*

La traduction des normes pour des enquêtes efficaces en une série de mesures relève encore du défi. Tout d'abord, on ne sait pas avec certitude ce que signifient exactement lesdites normes, à savoir : ce qui constitue l'indépendance, ce que l'on entend par enquête rapide et approfondie et dans quelle mesure la victime, son entourage et le public doivent être associés à l'enquête. Dans la pratique, le manque de détermination et/ou de ressources peut entraver la mise en œuvre, comme en témoigne le nombre d'affaires dans lesquelles la Cour européenne des droits de l'homme a conclu à des violations des articles 2 et 3 de la CEDH en raison de l'absence d'enquête efficace. Dans les années 2000, ce chiffre a fortement augmenté, atteignant un pic en 2011 avec 90 affaires relevant de l'article 2 et autant de l'article 3. En 2013, l'absence d'enquête efficace représentait 8,6 % du total des violations de tous les articles.

Mais alors, qui devrait enquêter sur les allégations de mauvais traitements infligés par les membres des forces de l'ordre ? Ces quinze dernières années, plusieurs pays ont mis en place des instances indépendantes chargées de recueillir les plaintes à l'encontre de la police. Bien que cela soit encouragé par le Conseil de l'Europe et considéré comme une bonne pratique, le groupe de pays et de régions concernés demeure cependant restreint. Il compte notamment le Danemark, l'Angleterre et le Pays de Galles, plusieurs *Länder* allemands, l'Irlande, l'Irlande du Nord, et l'Ecosse. Le mandat, le rôle, la mise en place et le budget de ces entités varient selon les pays. En Norvège le mandat du Bureau pour les enquêtes concernant la Police (un organisme indépendant externe à la police ou à l'autorité chargée des poursuites) est limité aux enquêtes pénales impliquant des membres de la police ou d'une autorité de poursuite suspectés d'avoir commis une infraction. Dans la plupart des pays, les enquêtes sont menées par les procureurs, alors que dans d'autres pays, tels que l'Arménie, la République de Moldova et la Fédération de Russie, des unités



distinctes placées sous l'autorité de procureurs spécialisés en sont chargées. Pour assurer le bon fonctionnement des instances indépendantes ou unités d'enquête, il est dans tous les cas crucial de mettre à leur disposition les ressources nécessaires.

Le CPT a pris connaissance d'autres obstacles concrets auxquels se heurtent divers pays. Concernant la police, les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction pénale ont souvent l'impression de devoir faire preuve de prudence pour déposer plainte, car cela risquerait d'aggraver leur situation – il arrive parfois que cela soit dit ouvertement par les policiers qui mènent les interrogatoires ; dans certains cas, même les avocats conseillent aux suspects de ne pas porter plainte.

Dans le milieu carcéral, il peut y avoir une culture d'intimidation de la part du personnel et/ou de certains groupes de détenus qui ne sont pas contrôlés efficacement par le personnel. Cette situation rend le dépôt de plainte risqué du fait qu'il pourrait provoquer des actes d'intimidation, voire de violence, dans un certain nombre de pays.

Par ailleurs, les enquêtes policières sur les mauvais traitements infligés en prison peuvent être souvent complexes du fait d'un certain « code du silence » parmi les détenus et le personnel pénitentiaire. La collecte de preuves suffisantes pour pouvoir engager des poursuites de manière efficace eu égard à ce type d'infractions est parfois sérieusement mise à mal lorsque les témoins ne s'expriment pas à cause de tels codes et d'attitudes négatives, mais aussi du manque de confiance des détenus à l'égard de la police et des procureurs. Pour briser le mur du silence, tout mécanisme de plaintes en milieu carcéral doit non seulement permettre de satisfaire aux critères d'une enquête efficace susmentionnés, mais aussi s'investir afin d'instaurer un climat de confiance parmi les détenus et de lutter activement contre toute répercussion négative liée au dépôt de plainte.

## Liste (non exhaustive) de questions et thèmes de discussion

- Quelles sont les conditions requises pour qu'une enquête sur des mauvais traitements infligés par la police soit suffisamment indépendante ?
  - Les enquêtes de ce type peuvent-elles être menées par les procureurs habituels ? Ou éventuellement par une unité spéciale établie au sein du ministère public ?
  - Ou devraient-elles être effectuées par un organe d'enquête indépendant, fonctionnant en dehors des structures habituelles de police et de poursuite ?
  - Quels sont les obstacles à la création de mécanismes indépendants de plaintes contre la police ?
  - Qui contrôle les enquêteurs ? Un organe d'enquête peut-il relever du même ministère que la police ou doit-il rendre compte à une autre autorité, par exemple, au parlement ou à une institution des droits de l'homme ?
  
- Les enquêtes sur les mauvais traitements infligés par des agents publics prennent généralement beaucoup plus de temps que les enquêtes pénales habituelles et les affaires finissent souvent par être classées sans suite. Quelles sont les raisons à cela et comment peut-on y remédier ?
  
- Quels modèles de structures d'enquête en Europe ou ailleurs peuvent être considérés comme des bonnes pratiques ? Quelles bonnes pratiques peuvent être recommandées aux pays dont les ressources sont particulièrement limitées ?
  
- Il est clair que l'indépendance des enquêtes sur les cas de mauvais traitements infligés par des policiers exige une attention particulière, du fait des liens étroits qui existent au sein des structures de police et avec le parquet. D'autres lieux de privation de liberté peuvent être confrontés à des problèmes similaires, voire à d'autres défis.
  - Quels problèmes se posent concernant les enquêtes sur des mauvais traitements infligés par le personnel pénitentiaire ?
  - Quels modèles de bonnes pratiques peut-on identifier concernant les enquêtes sur les mauvais traitements infligés en milieu carcéral ?
  - Quels problèmes se posent pour d'autres lieux de privation de liberté, tels que les établissements psychiatriques ou pour mineurs et les centres de rétention pour étrangers ?
  
- Les organes d'enquête devraient-ils être séparés des organes de plaintes plus généraux et/ou des organes de suivi ou de contrôle à vocation préventive, à l'instar des mécanismes nationaux de prévention créés dans le cadre de l'OPCAT ?

## Atelier 2 : Soins de santé en milieu pénitentiaire

L'éventail des problèmes de santé en milieu pénitentiaire est vaste et leur fréquence derrière les barreaux est généralement plus élevée que dans l'ensemble de la population. Les difficultés particulières rencontrées en matière de soins de santé dans les prisons sont la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, les maladies transmissibles ainsi que plusieurs autres problèmes comme l'automutilation et le suicide. La qualité des soins et la facilité d'accès aux services de santé en milieu pénitentiaire influent donc grandement sur la qualité de vie des détenus en général. Cela est d'autant plus valable que les détenus n'ont d'ordinaire pas accès au médecin de leur choix, mais sont totalement tributaires des soins de santé dispensés dans la prison.

L'insuffisance des soins de santé dispensés en milieu pénitentiaire risque de conduire rapidement à des situations pouvant être qualifiées de « traitement inhumain et dégradant » au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). Dans nombre de cas où la Cour européenne des droits de l'homme a constaté une violation de l'article 3, elle a souligné que le simple fait qu'un détenu ait été vu par un médecin et qu'un traitement lui ait été prescrit ne signifie pas automatiquement que l'assistance médicale dispensée a été adéquate. La Cour a établi que les autorités ont l'obligation de veiller à ce que l'état de santé du détenu soit surveillé de manière régulière et systématique, qu'un dossier complet de son état de santé consignait le traitement reçu soit conservé, que le diagnostic et les soins soient rapides et précis, et que, le cas échéant, une stratégie thérapeutique globale soit élaborée.

Le CPT a souligné l'importance qu'il attache au principe de l'équivalence des soins, c'est-à-dire que les détenus ont droit à une prise en charge médicale de même qualité que les personnes vivant en milieu ouvert. Ce principe, également reconnu par de nombreuses autres organisations, se reflète dans la législation et les politiques de nombreux États. Compte tenu des problèmes de santé qui frappent de façon disproportionnée les détenus, d'aucuns, toujours plus nombreux, se demandent s'il ne faudrait pas plutôt s'attacher à assurer l'équivalence des objectifs et des résultats finaux. Dans de nombreux cas, cela impliquerait l'adoption de normes de soins plus élevées pour les détenus. Les adeptes de ce principe « d'équité des soins de santé » font valoir qu'indépendamment des considérations juridiques et éthiques, c'est souvent le seul moyen d'atteindre des objectifs plus vastes en matière de santé publique.

### *Groupes spéciaux*

En plus du traitement des patients malades, les services de santé en milieu pénitentiaire peuvent aussi être chargés de médecine sociale et préventive et avoir à répondre aux besoins spécifiques des détenues, des détenus âgés et des détenus handicapés. Des études montrent que les détenues se heurtent à bien des problèmes auxquels sont également confrontés les détenus, mais souvent dans une plus grande mesure. La grossesse, surtout lorsqu'elle se combine à des problèmes de santé mentale et à la toxicomanie, est un problème particulier pour les femmes détenues. L'incarcération des femmes, qui est clairement liée à la santé mentale, à la toxicomanie et aux maladies sexuellement transmissibles, n'obéit pas aux mêmes raisons que celle des hommes. Les femmes sont

également confrontées à des problèmes différents en milieu pénitentiaire, de sorte que des programmes conçus pour les hommes, comme la désintoxication, peuvent ne pas être efficaces pour elles. Il est établi que l'environnement « potentiellement punitif » des prisons est particulièrement difficile pour les femmes, même si l'on tient compte du fait que certains aspects de l'incarcération, comme la prise en charge de la toxicomanie, peuvent être meilleurs en prison qu'au sein de la population générale (voir Watson R. et al., p.124 du texte anglais).

Les détenus âgés sont eux aussi en butte à des problèmes spécifiques, et avec l'allongement des peines de privation de liberté, les jeunes délinquants (responsables de la plupart des infractions) risquent de séjourner assez longtemps en prison et finir par rejoindre cette catégorie. Tout comme dans la population non carcérale, les besoins de santé des détenus âgés sont plus importants, et les pathologies multiples, dont les troubles mentaux, est chose courante ; les soins palliatifs posent également problème. Les détenus âgés risquant statistiquement moins de commettre une infraction une fois libérés, leur maintien en détention peut représenter une charge excessive pour les services pénitentiaires, en particulier les services de santé.

#### *Principe de base des soins de santé gratuits*

Les systèmes de santé et la charge financière imposée aux individus pour des services de santé particuliers varient considérablement entre les États membres du Conseil de l'Europe. Compte tenu des limitations imposées à toute population carcérale, le CPT souligne que les services de santé devraient être dispensés gratuitement dans toutes les prisons. La Déclaration de Moscou sur la santé en prison et la santé publique (2003) reconnaît la vulnérabilité des populations carcérales et recommande de veiller à ce que « tous les soins de santé nécessaires soient dispensés gratuitement aux détenus » et que de solides systèmes intégrés de soins soient développés pour faire face aux problèmes comme les maladies transmissibles et les maladies mentales. D'aucuns sont favorables à un ensemble de services de santé spécialement conçus pour les environnements pénitentiaires, avec des programmes de traitement et de prévention de la tuberculose, du VIH / SIDA et de l'hépatite, ainsi que des programmes avancés en matière de traitement, de prévention et de réadaptation destinés aux toxicomanes et aux malades mentaux. Les opposants à cette approche soulignent que cet ensemble de services risque d'avoir des effets négatifs sur les soins de santé dans la pratique car il porte atteinte au principe de base de l'équivalence des soins, qui est souvent considéré comme le point de départ de tous les soins de santé en milieu pénitentiaire.

Certes, la mise en place de services de santé pour la population carcérale est un défi considérable et nécessiterait inévitablement, en tout premier lieu, une évaluation des services existants. Même si l'importance de la participation des usagers à ces évaluations est de plus en plus reconnue, seul un nombre très limité d'études de cette nature ont été menées dans des établissements pénitentiaires. Cette situation soulève la question de savoir si le fait d'évaluer le niveau de satisfaction des détenus à l'égard des services de santé auxquels ils ont accès permettrait de contribuer à déterminer les changements à apporter aux systèmes de santé en milieu carcéral.

### *Santé mentale*

Des études internationales ont confirmé que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents en milieu pénitentiaire que dans la population générale et que la situation de la santé mentale dans les prisons est un problème international qui ne cesse de s'aggraver. Le manque de formation spécialisée des médecins et du personnel infirmier est évoqué dans des ouvrages spécialisés, et le CPT a recommandé qu'« un médecin qualifié en psychiatrie [soit] attaché au service de santé dans chaque prison, et [que] certains infirmiers [reçoivent] une formation dans ce domaine » (3<sup>e</sup> rapport général, paragraphe 41). Comme pour d'autres problèmes de santé auxquels les détenus sont confrontés, il a été établi que l'évaluation précoce des troubles mentaux est capitale pour résoudre le problème. Des protocoles spécifiques normalisés d'évaluation ont été proposés comme un des éléments de solution, car il se peut que les procédures et instruments utilisés pour la population générale ne soient pas adaptés. La promotion de la santé mentale pour les détenus est une priorité si l'on veut améliorer non seulement la situation des détenus, mais aussi celle de la société : « En termes de santé mentale, la prison pourrait être le lieu idoine permettant de rompre le cycle prison/sans-abri et dans lequel la mise en œuvre de stratégies de prévention permettrait d'empêcher la libération de personnes atteintes de troubles mentaux plus graves que ceux qu'elles présentaient lors de leur admission en prison. » (Watson R. et al., p. 125 du texte anglais)

### *Maladies transmissibles*

La prévalence du VIH / SIDA, de l'hépatite et de la tuberculose (TB) chez les détenus est un autre problème de portée internationale. Des articles de revues spécialisées publiées dans le monde entier montrent comment les prisons favorisent la propagation de la tuberculose, comment la mortalité due à la tuberculose est élevée et la pharmacorésistance, répandue, et comment la tuberculose en milieu pénitentiaire peut être dangereuse pour l'ensemble de la population. La syphilis et d'autres maladies sexuellement transmissibles posent également problème dans de nombreuses prisons. En termes de prévention, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé ont été identifiées comme des éléments clés de tout programme visant à éradiquer notamment les maladies transmissibles, et certains programmes comprennent aussi la distribution de préservatifs et de seringues stériles pour des rapports sexuels et une consommation de drogues sans risque. Cependant, il est essentiel que le personnel pénitentiaire adopte une attitude positive et progressiste envers ces stratégies afin que leur mise en œuvre puisse réussir.

### *Abus de drogues*

L'Organisation mondiale de la santé a reconnu que l'abus de substances illégales est un problème majeur en milieu pénitentiaire, et des études internationales ont identifié le rapport qui existe entre la toxicomanie et la criminalité, les problèmes de santé mentale et les maladies transmissibles. Le taux de réussite des programmes de désintoxication et de réadaptation des toxicomanes en prison est notoirement faible : par exemple, dans certains cas, le dépistage obligatoire des détenus a conduit à utiliser des drogues plus dures qui ont une demi-période de vie plus courte et sont donc moins détectables (par exemple, les opiacés pour remplacer la marijuana). Les programmes de promotion et d'éducation sont

considérés comme essentiels, non seulement pour réduire la consommation de drogues chez les détenus, mais aussi pour prévenir la récidive et réduire la consommation de drogues dans l'ensemble de la population. À cet égard, un programme efficace d'éradication de la toxicomanie doit s'inscrire dans une stratégie nationale et comporter les éléments suivants : élimination de l'offre illégale de drogues ; identification de la toxicomanie et organisation de programmes efficaces de traitement, de réduction des risques, et de prévention ; élaboration de normes sur les points susmentionnés, et formation du personnel pour leur mise en œuvre.

### *Suicide et automutilation*

La prison est reconnue comme étant un environnement à haut risque en matière de suicides. De même, l'automutilation est un phénomène croissant dans les milieux carcéraux. Il existe des liens évidents entre la santé mentale, l'automutilation et le suicide. Les taux d'automutilation sont généralement plus élevés chez les femmes détenues que chez les hommes, et les détenues présentent également un risque élevé de suicide (surtout en détention provisoire, où leurs tentatives de suicide sont plus fréquentes que celles des femmes dans la population générale et celles des hommes incarcérés). Le CPT a recommandé que les autorités pénitentiaires mettent en place une approche globale en matière de prévention et de gestion des suicides et de l'automutilation. Une telle approche doit impliquer des procédures efficaces permettant d'identifier les détenus à risque, tout d'abord lors de l'examen médical à l'admission, qui devrait inclure une évaluation du risque suicidaire à l'aide d'un outil de dépistage spécifique. Tout le personnel pénitentiaire qui est en contact avec les détenus, et qui travaille en particulier dans les unités d'accueil et d'admission, devrait recevoir une formation spécifique. Lorsqu'un risque est identifié, des mesures doivent être prises pour assurer une bonne circulation de l'information au sein de l'établissement, et toutes les personnes repérées comme étant à risque devraient, dans un premier temps, bénéficier de conseils et d'un soutien appropriés. Le cas échéant, elles devraient faire l'objet de précautions particulières (placement dans une chambre adaptée et fourniture de vêtements anti-suicide). Lorsqu'un détenu est reconnu comme étant à haut risque suicidaire, il doit être placé sous la surveillance constante d'un membre du personnel, qui devrait tenter d'établir un dialogue. La nécessité de renforcer les contacts externes (par exemple, visites familiales et appels téléphoniques) devrait également être envisagée au cas par cas. Le CPT a identifié l'établissement de relations constructives entre le personnel et les détenus, et entre codétenus, comme étant des éléments clés de toute approche réussie des problèmes du suicide et de l'automutilation.

### *Prévention des mauvais traitements*

Un service de santé pénitentiaire devrait de plus jouer un rôle important dans la lutte contre les mauvais traitements, à la fois dans l'établissement lui-même, et ailleurs (en particulier dans les postes de police). Dès le début de ses activités, le CPT a souligné l'importance que les services de santé peuvent et doivent jouer dans tous les lieux de privation de liberté pour lutter contre les mauvais traitements, grâce à la consignation méthodique des blessures et à la communication des informations aux autorités compétentes. Le devoir qui incombe au personnel de santé pénitentiaire de consigner et de signaler tout indice ou élément permettant de penser que des détenus auraient pu subir des violences figure

également dans les Règles pénitentiaires européennes. L'établissement et le signalement précis et en temps voulu de ces preuves médicales facilitent grandement les enquêtes sur les cas de mauvais traitements éventuels et les poursuites à l'encontre de leurs auteurs, qui peuvent, à leur tour, avoir un effet fortement dissuasif sur les mauvais traitements à l'avenir.

### *Indépendance professionnelle*

L'indépendance professionnelle des professionnels de la santé pénitentiaire est capitale non seulement pour faciliter leur rôle en matière de lutte contre les mauvais traitements, mais aussi pour permettre une relation confidentielle médecin/patient non affectée par une allégeance double, réelle ou perçue, du personnel de santé à l'égard des patients et de l'administration pénitentiaire. Tant que les professionnels de santé relèvent de l'administration pénitentiaire, la prise en charge de leurs patients détenus peut souvent entrer en conflit avec des considérations liées à la gestion et à la sécurité de la prison. Ils risquent de subir des pressions pour servir des fins autres que la prise en charge des patients, ce qui peut soulever des questions éthiques difficiles et susceptibles de porter atteinte à la qualité des soins dispensés.

Conformément aux règles de déontologie du personnel de santé travaillant en milieu pénitentiaire telles qu'elles ont été établies par de nombreuses organisations internationales, les professionnels de la santé travaillant en milieu pénitentiaire ont pour seul devoir de dispenser aux détenus des soins de santé physique et mentale. Les professionnels qui prodiguent les soins de santé aux détenus ne devraient pas entreprendre des activités médicales qui ne soient pas dans l'intérêt du détenu, comme le dispose clairement le principe 3 de la résolution des Nations Unies sur les principes d'éthique médicale. Le CPT partage cette position et recommande que le statut de ces personnels soit aligné le plus possible sur celui des professionnels de santé en milieu ouvert, plutôt que de les subordonner à une autorité de l'administration pénitentiaire. Une plus grande participation des ministères de la Santé dans les services de santé pénitentiaires (y compris le recrutement du personnel de santé, leur formation en cours d'emploi, l'évaluation des pratiques cliniques, la certification et l'inspection) peut non seulement permettre une loyauté absolue du personnel de santé à l'égard de ses patients détenus, mais aussi contribuer à assurer une meilleure qualité de la prise en charge des détenus et à mettre en œuvre le principe général de l'équivalence des soins de santé en prison et en milieu libre.

Une des tendances de la politique en Europe veut en effet que les services de santé pénitentiaires relèvent dans une large mesure, ou entièrement, du ministère de la Santé : ainsi, en France, en Norvège, au Royaume-Uni et dans la plupart des régions d'Italie, ainsi que dans trois cantons suisses (Genève, Vaud et Valais), les services de santé pénitentiaire sont totalement indépendants des autorités pénitentiaires. L'intégration des services de santé pénitentiaire au système général, souvent à la suite du transfert de ces services aux autorités sanitaires, facilite aussi la continuité des soins médicaux et des mesures de prévention à la sortie de prison.

*Promotion de la santé et santé de la population*

La promotion de la santé et la santé de la population générale sont des questions transversales eu égard aux problèmes susmentionnés. L'absence de procédures d'évaluation efficaces lors de l'admission dans un établissement pénitentiaire est un problème majeur en la matière : « Si l'on ne connaît pas les besoins et les problèmes de santé des détenus, comment peut-on mener une action efficace ? » (Watson R. et al, p.125 du texte anglais). Le CPT a recommandé des procédures médicales d'évaluation et de dépistage appropriées au tout début de l'emprisonnement, en particulier pour permettre une détection précoce des troubles psychiatriques. De même, la promotion de la santé est reconnue comme faisant partie intégrante de tous les modèles de santé en milieu carcéral. C'est peut-être évident, mais il y a néanmoins lieu de souligner la relation étroite qui existe entre la santé en milieu pénitentiaire et la santé de la population générale. Selon une étude, « les problèmes de santé qui se posent en milieu pénitentiaire reflètent en grande partie, en les amplifiant, ceux qui se posent dans les collectivités où se trouvent ces prisons » et donnent lieu à une « interaction inévitable en termes de santé entre les prisons et la population générale » (Watson R. et al., p. 125 du texte anglais). Les services pénitentiaires et les services de proximité ont donc un intérêt particulier à coopérer pour s'assurer que les patients de part et d'autre des murs de la prison bénéficient de mesures de prévention et d'un traitement adéquats.



## Liste (non-exhaustive) de questions et thèmes de discussion

- Est-il possible d'identifier les raisons de l'augmentation constante du nombre de détenus présentant des problèmes de santé mentale? Comment traiter ce phénomène ?
- Quels sont les éléments essentiels à inclure dans une politique globale de santé mentale en faveur des détenus ? Quelle gamme d'institutions faut-il faire participer ? Quel type de politiques d'évaluation (normalisée) faut-il mettre en place ?
- Le problème de la toxicomanie en milieu pénitentiaire est notoirement difficile à traiter. Pourquoi les approches en matière d'éradication de la toxicomanie échouent-elles, même si elles sont établies selon les modalités définies dans le présent document ? Quels aspects risquent tout particulièrement d'être voués à l'échec et pourquoi ?
- Quelles sont les conditions minimales d'une politique visant à réduire le taux de suicide et d'automutilation en milieu pénitentiaire ? Dans quelle mesure une politique globale qui résout ces problèmes est tributaire de facteurs culturels et /ou autres, dans un pays donné ?
- En cas de risque élevé de suicide ou d'automutilation, suffit-il que le détenu soit placé sous la surveillance d'un membre du personnel ou ce dernier doit-il nécessairement faire partie du personnel de santé ? Pourquoi ?
- En quoi une stratégie de prévention de l'automutilation chez les femmes détenues pourrait différer de la stratégie appliquée aux hommes ?
- Le principe d'« équivalence des soins de santé » en milieu pénitentiaire doit-il être remplacé par le principe de « l'équité des soins de santé » compte tenu de l'état de santé proportionnellement plus mauvais des détenus par rapport à l'ensemble de la population ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de l'introduction d'un ensemble de soins de santé de base pour les prisons dans un pays donné ? Dans quelle mesure l'efficacité de cet ensemble de soins dépendrait-elle du niveau des services de santé à l'extérieur du système carcéral ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients que présente l'intégration des services de santé pénitentiaire dans le système de santé publique par rapport à leur subordination aux autorités pénitentiaires ?
- Il est fréquent que les petits établissements pénitentiaires n'assurent pas une présence du personnel de santé 24 heures sur 24. Cette présence permanente du personnel de santé est-elle indispensable dans tous les établissements pénitentiaires, ou des exceptions pourraient-elles être envisagées ? Si oui, dans quelles conditions (par exemple, présence d'une personne habilitée à prodiguer les premiers soins, possibilités soit de communiquer rapidement avec le personnel de santé externe, soit de procéder à un transfert d'urgence vers une structure médicale proche) ?
- Est-il acceptable que des médicaments - notamment des médicaments psychotropes et un traitement antiviral - soient distribués aux détenus par du personnel non médical ? Si oui, sous quelles conditions ? Quels sont les risques encourus ?

## Atelier 3 : Les mineurs en détention

En février 2012, le Conseil de l'Europe a adopté la Stratégie sur les droits de l'enfant 2012 – 2015 axée autour de quatre objectifs stratégiques, dont l'élimination de toutes les formes de violence à l'encontre des enfants et la garantie des droits des enfants en situation de vulnérabilité, objectifs qui sont particulièrement pertinents pour la situation des enfants privés de liberté. Dans son 24<sup>e</sup> rapport général, le CPT a revu les critères applicables à son travail en ce qui concerne les mineurs en détention. Ces critères font suite aux normes publiées dans son 9<sup>e</sup> rapport général en 1998<sup>2</sup> et doivent être considérés comme complémentaires des normes énoncées dans d'autres instruments internationaux, notamment la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant de 1989 et la Recommandation CM/Rec (2008) 11 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures (« Règles européennes pour les jeunes délinquants »), qui énonce un ensemble détaillé de règles pour le traitement des délinquants mineurs en Europe.<sup>3</sup> En outre, le Comité souscrit pleinement aux principes cardinaux garantis aux articles 3 et 37.b de la Convention relative aux droits de l'enfant et aux règles 5 et 10 des Règles européennes pour les délinquants mineurs, à savoir que, dans tous les actes concernant les mineurs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale et la privation de liberté de mineurs ne doit être qu'une mesure de dernier ressort, et être de la durée la plus brève possible.

Les circonstances dans lesquelles les mineurs sont privés de liberté varient fortement selon les différents Etats membres du Conseil de l'Europe. Les sujets de préoccupation le plus fréquemment invoqués dans les rapports du CPT sont la non-séparation des mineurs et des adultes en détention, les conditions et la durée de la garde à vue et les conditions et le traitement dans les centres de détention (notamment en ce qui concerne la protection contre les mauvais traitements, les conditions matérielles, le régime, le placement à l'isolement et les visites). Le CPT est également préoccupé par les problèmes auxquels doivent faire face les enfants placés dans des foyers sociaux, les enfants dont les parents sont incarcérés et les enfants étrangers en situation irrégulière.

Les conclusions et recommandations du CPT sont souvent citées par les organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine de la protection de l'enfance, dans des ouvrages spécialisés et, de plus en plus fréquemment, dans les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme.

---

<sup>2</sup> Voir aussi le 18<sup>e</sup> Rapport général du CPT, qui contient des commentaires sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures (CPT/Inf (2008) 25, et le 19<sup>e</sup> Rapport général (CPT/Inf (2009) 27), avec un chapitre de fond sur les étrangers en situation irrégulière privés de liberté qui aborde aussi la question des garanties supplémentaires pour les enfants se trouvant dans une telle situation.

<sup>3</sup> Voir aussi l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs de 1985 (« Règles de Beijing »), les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté de 1990 (« Règles de la Havane »), les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile de 1990 (« Principes directeurs de Riyad ») et les Lignes directrices du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur une justice adaptée aux enfants de 2010.

### *Les mineurs placés en garde à vue*

Conformément à son mandat, la priorité du CPT lors de visites à des mineurs placés en garde à vue est de chercher à établir s'ils ont été victimes de mauvais traitements. A cet égard, le CPT a accordé une attention particulière aux garanties procédurales visant à prévenir les mauvais traitements et à l'affirmation de la primauté du droit pour les enfants placés en garde à vue, notamment en recommandant des normes plus strictes que pour les adultes : que les responsables des forces de l'ordre aient l'obligation formelle de veiller à ce qu'un membre de la famille ou une autre personne adulte de confiance soit informé du placement en garde à vue du mineur (indépendamment des souhaits de l'intéressé) ; qu'un avocat soit toujours appelé lorsqu'un mineur est placé en garde à vue et que celui-ci ne soit jamais soumis à un interrogatoire de police ni contraint de faire une déclaration ou de signer un document sans la présence d'un avocat ; qu'un feuillet d'information adapté aux enfants énonçant les normes applicables dans une langue qu'ils comprennent soit distribué à chaque mineur arrivant dans des locaux de détention et que des efforts spécifiques soient faits en la matière pour s'assurer que l'enfant a bien compris les informations fournies.

Malheureusement, le phénomène des mauvais traitements de mineurs par des membres des forces de l'ordre demeure une préoccupation dans plusieurs pays d'Europe. Le CPT estime que les établissements des forces de l'ordre ne sont généralement pas adaptés à la privation de liberté pour des périodes prolongées, et que cela est d'autant plus vrai en ce qui concerne les mineurs. Le CPT recommande que les mineurs ne soient pas placés en garde à vue pendant une période supérieure à 24 heures. Par ailleurs, tous les efforts devraient être déployés pour éviter de mettre des mineurs dans des cellules de police et pour les placer dans un environnement plus approprié. A cette fin, des unités de police séparées devraient être créées, offrant un environnement et un traitement adapté aux mineurs, avec du personnel des forces de l'ordre ayant reçu une formation spéciale pour s'en occuper.

Quoi qu'il en soit, la vulnérabilité des mineurs aux différentes formes d'abus impose qu'il soit détenu par principe à l'écart des adultes. La collecte de données, la signalement et les enquêtes sur les allégations de mauvais traitements devraient être particulièrement rigoureuses dans le cas des mineurs, et il convient d'accorder une attention particulière pour garantir que leurs allégations seront prises au sérieux et transmises aux autorités compétentes.

### *Les centres de détention pour mineurs*

Dans le respect du principe du « dernier recours », il convient de prévoir un éventail de mesures alternatives à la privation de liberté pour les mineurs prévenus ou condamnés pour des infractions pénales. Par ailleurs, la détention provisoire devrait être strictement réglementée et utilisée uniquement lorsqu'elle est absolument nécessaire et pour la durée la plus courte possible. Il est essentiel que ces mesures bénéficient d'un soutien politique, tout comme sont essentielles l'éducation judiciaire et la formation. Lorsque la privation de liberté semble nécessaire, le CPT affirme depuis de nombreuses années que les centres de détention pour mineurs devraient être spécialement adaptés à leurs besoins, proposant un environnement différent de celui trouvé en milieu carcéral et doté de personnel formé pour

s'occuper des jeunes. Bien trop souvent, l'absence de personnes formées et de conditions matérielles satisfaisantes ainsi que d'activités constructives impliquent que les mineurs ne bénéficient pas d'une la formation à la vie quotidienne nécessaire pour la réintégration dans la société à leur libération.

Certains pays ont cependant des centres adaptés aux mineurs, qui se composent de petites unités disposant du personnel adéquat, comprenant chacune un nombre limité de chambres individuelles (généralement pas plus de 10), ainsi qu'un espace commun. Ces centres proposent une gamme d'activités motivantes pendant la journée, avec du personnel dévoué qui encourage le sens de la collectivité au sein de l'unité. Le CPT s'est inquiété du régime appauvri souvent constaté en détention provisoire, où les mineurs sont particulièrement vulnérables en raison de l'incertitude de leur situation. Considérant que le manque d'activités motivantes est tout particulièrement préjudiciable au bien-être des mineurs, le CPT estime qu'ils doivent bénéficier de tout un ensemble d'activités en dehors de leurs cellules, que ce soient des activités éducatives, sportives, de formation et de loisirs ou autres. Le CPT accorde une attention particulière à ce que l'attention, la protection, l'assistance, le traitement et la formation dont bénéficient les jeunes filles mineures privées de liberté ne soient pas inférieurs à ce dont bénéficient les jeunes délinquants de sexe masculin.

Les services de santé pour mineurs doivent faire partie d'un programme multidisciplinaire intégré de prise en charge. En vertu de ce programme, tous les mineurs devraient bénéficier lors de leur admission d'une évaluation complète individuelle de leurs besoins sociaux, psychologiques et médicaux et l'équipe de santé devrait toujours travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels compétents, notamment les éducateurs spécialisés, les travailleurs sociaux et les enseignants qui travaillent régulièrement avec des mineurs détenus. L'objectif doit être de faire en sorte que les soins de santé dispensés aux mineurs s'inscrivent dans un dispositif thérapeutique et de soutien permanent. Les jeunes filles mineures devraient avoir accès à des soins gynécologiques et à une éducation à la santé. La grossesse et la maternité sont des questions nécessitant une prise en charge particulière : les jeunes filles devraient au minimum bénéficier d'un soutien et de soins médicaux appropriés et, si possible, des alternatives à la détention devraient être trouvées pour les jeunes mères. Les jeunes filles mineures devraient aussi bénéficier pleinement des normes applicables dans ce contexte aux femmes privées de liberté telles qu'elles sont énoncées dans le 10<sup>e</sup> rapport général du CPT.

Des possibilités adaptées et flexibles pour les visites de membres de la famille et d'autres personnes de confiance sont essentielles au développement des compétences sociales et au processus de réadaptation, et les mineurs en détention devraient avoir fréquemment accès au téléphone et pouvoir librement écrire et recevoir des courriers. Les contacts des mineurs avec le monde extérieur ne devraient jamais être interdits ni restreints en tant que mesure disciplinaire, sauf si cette restriction est imposée comme réponse proportionnée à une infraction disciplinaire concernant ces contacts. En outre, ces mesures ne devraient être imposées que pour une période limitée. Enfin, les parents ou le représentant légal d'un mineur devrait toujours être informé sans délai de tous transferts, libérations, sanctions disciplinaires et mesures de sécurité ou de protection, ainsi que de toute maladie, blessure ou décès.

- *La protection contre les mauvais traitements*

Les mineurs en détention sont particulièrement vulnérables aux mauvais traitements physiques et aux insultes lorsqu'ils sont entre les mains du personnel ou d'autres détenus. L'automutilation pose également problème sérieux. Le CPT a souligné en particulier le lien existant entre la protection des mineurs contre les traitements inhumains et dégradants et leur séparation d'avec les adultes en détention. Lorsqu'exceptionnellement, des mineurs sont détenus dans des prisons pour adultes, ils devraient toujours être hébergés séparément des adultes, dans une unité distincte. Les activités en dehors des cellules avec des détenus adultes peuvent, dans certaines circonstances, être autorisées, voire bénéfiques, à la stricte condition cependant qu'une surveillance appropriée soit assurée par le personnel.

Le recours à la contention à l'encontre des mineurs inquiète également le CPT, plus particulièrement pour ce qui est du stress excessif et des blessures potentielles induites par le menottage et par certaines techniques de contrôle manuel. Les châtiments corporels et toutes les formes de punition collective doivent être strictement interdits.

- *Le placement à l'isolement*

Le placement à l'isolement comme mesure disciplinaire ne devrait être imposé que pour de très courtes périodes, et en aucun cas pendant plus de trois jours. Les mineurs placés à l'isolement devraient recevoir un soutien socio-éducatif, un traitement médical si nécessaire et bénéficier régulièrement de contacts humains (dont la visite d'un membre de l'équipe soignante au moins une fois par jour). Dans de très rares cas, l'isolement peut être nécessaire à des fins de protection ou de prévention si aucune autre solution n'est possible. Chaque mesure de ce type devrait être soumise aux garanties suivantes : elle devrait être décidée par une autorité compétente, sur la base d'une procédure claire spécifiant la nature de l'isolement, sa durée et les raisons pour lesquelles il peut être imposé, et prévoyant une procédure de réexamen régulier ainsi que la possibilité pour le mineur d'interjeter appel de la décision auprès d'une autorité extérieure indépendante.

De même, le placement d'un mineur violent et/ou agité dans une cellule d'isolement aux fins d'apaisement devrait être une mesure totalement exceptionnelle, qui ne dure pas plus de quelques heures et jamais imposée à titre de punition informelle. La contention mécanique n'est jamais appropriée dans de telles circonstances. Chaque mesure de ce type devrait être immédiatement portée à l'attention d'un médecin et consignée dans un registre central, ainsi que dans le dossier individuel du mineur concerné.

*Les enfants placés en foyer*

Les enfants placés dans des foyers attirent aussi tout particulièrement l'attention du CPT, à la fois en raison de leur vulnérabilité et des conditions souvent inadéquates dans lesquelles ils sont hébergés. Dans ces foyers, de nombreux enfants sont atteints à divers degrés de troubles de l'apprentissage ou de maladies mentales ou somatiques. Comme dans d'autres types d'établissements, ces enfants ne devraient jamais être hébergés avec des adultes, et

leurs besoins spéciaux devraient être pris en compte. Le recours à des moyens de contention est particulièrement préoccupant dans ce contexte et le CPT a estimé qu'à cet égard, des garanties plus strictes que pour des adultes soumis à des mesures de contention sont nécessaires. De nombreux pays s'orientent à l'heure actuelle vers la désinstitutionnalisation des personnes placées dans des foyers sociaux, notamment des enfants, et leur transfert dans des structures de soutien de proximité. Le CPT se félicite de ces initiatives, sous réserve de l'adoption de mesures appropriées pour garantir l'intérêt supérieur des enfants concernés. Il suit de près les progrès enregistrés dans les pays en question.

### *Les enfants dont les parents sont en prison*

Le CPT est conscient de l'effet préjudiciable pour les enfants de voir leurs parents placés en détention et, plus particulièrement, de l'effet sur les relations familiales des régimes de visite restrictifs et des mauvaises conditions de visite. Dans de nombreuses prisons, les parloirs ne sont pas adaptés aux enfants, ce qui nuit à la qualité des contacts entre les enfants et leurs parents emprisonnés. Dans plus d'un cas, le CPT a rapporté que des parents avaient décidé que leurs enfants ne devaient plus leur rendre visite en raison de l'expérience traumatisante que cela représentait pour eux-mêmes et pour leurs jeunes enfants.<sup>4</sup>

Il est reconnu qu'une séparation précoce d'avec la mère engendre chez l'enfant des difficultés à long terme, dont une incapacité à s'attacher aux autres, une inadaptation affective et des troubles de la personnalité. Comme énoncé dans son 10<sup>e</sup> rapport général, le CPT estime que les bébés ne devraient pas naître en prison, et la pratique habituelle dans les Etats membres du Conseil de l'Europe est de transférer les futures mères vers des hôpitaux extérieurs au moment approprié.

De nombreuses femmes emprisonnées sont le principal soutien de leurs enfants, et la question de la durée pendant laquelle l'enfant devrait être autorisé à rester avec sa mère emprisonnée est une question délicate. De l'avis du CPT, le principe qui doit régir tous ces cas doit être le bien-être de l'enfant, et l'objectif doit être de fournir à cet enfant à un environnement le plus « normal » et respectueux possible. Des études ont montré que l'encouragement de meilleurs liens familiaux entre les parents emprisonnés et leurs enfants peut améliorer à la fois les relations détenus – personnel et l'environnement carcéral en général. Il est aussi largement reconnu que le fait de favoriser de meilleurs liens familiaux entre le détenu et sa famille contribue à sa réintégration et réduit la récidive.

### *Les garanties pour les enfants étrangers en situation irrégulière*

Le CPT partage l'opinion du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, qui estime qu'« [e]n application de l'article 37 de la Convention [relative aux droits de l'enfant] et du principe d'intérêt supérieur de l'enfant, les enfants non accompagnés ou séparés ne devraient pas, en règle générale, être placés en détention. La détention ne saurait être justifiée par le seul fait que l'enfant est séparé ou non accompagné, ni par son seul statut au regard de la

---

<sup>4</sup> Rapport sur la visite du CPT en Italie, CPT/Inf (2010) 12, paragraphes 76-78 ; rapport sur la visite du CPT en Grèce, CPT/Inf (2010) 33, paragraphe 143.

législation relative à l'immigration ou à la résidence ou l'absence d'un tel statut ». <sup>5</sup> Par ailleurs, d'autres organes du Conseil de l'Europe, comme l'Assemblée parlementaire <sup>6</sup> ou le Commissaire aux droits de l'homme, <sup>7</sup> ont déclaré que les mineurs non accompagnés ne doivent pas être placés en rétention. En cas de doute ou si la personne a moins de 18 ans, on présume qu'il s'agit d'un mineur jusqu'à preuve du contraire. Les enfants migrants non accompagnés ou séparés doivent obtenir rapidement et gratuitement l'accès à une assistance juridique, ou à une autre assistance appropriée, y compris la désignation d'un tuteur ou autre représentant légal. La qualité de la tutelle doit être régulièrement contrôlée.

Le placement de mineurs avec leurs parents dans un centre de rétention ne doit se faire que comme mesure de dernier ressort. Si, dans des circonstances exceptionnelles, ce placement ne peut pas être évité, sa durée devra être la plus courte possible. Tous les efforts doivent être faits pour éviter de séparer les enfants de leurs parents.

---

<sup>5</sup> Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 6 (2005) sur le traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine, CRC/GC/2005/6, 1<sup>er</sup> septembre 2005, paragraphe 61.

<sup>6</sup> Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Résolution 1707 (2010) sur la rétention administrative des demandeurs d'asile et des migrants en situation irrégulière en Europe, 28 janvier 2010, paragraphe 9.1.9, et Résolution 2020 (2014) sur les alternatives au placement en rétention d'enfants migrants, 3 octobre 2014, paragraphe 3.

<sup>7</sup> Commissaire aux droits de l'homme, Document de synthèse sur les droits des migrants mineurs en situation irrégulière, CommDH/Position Paper (2010)6, 25 juin 2010.

## Liste (non exhaustive) de questions et thèmes de discussion

- Ce document a essentiellement été rédigé en se fondant sur le chapitre de fond sur les mineurs que contient le dernier rapport général du CPT - résumé pour les besoins du présent document. Y a-t-il des questions primordiales qui ont été laissées de côté en ce qui concerne la privation de liberté des mineurs ?
- Quel est le meilleur modèle d'hébergement des enfants placés en détention provisoire ou condamnés pour une infraction pénale ? Les établissements pour enfants devraient-ils être placés sous une autre autorité que celle des services pénitentiaires ? Si oui, laquelle ?
- Quels sont les obstacles majeurs à l'adoption d'une approche centrée sur l'enfant en matière de locaux de détention ? Comment pourrait-on au mieux les surmonter ?
- De quelle manière des références directes aux instruments internationaux pertinents dans les rapports du CPT pourraient renforcer le travail du Comité ?
- Tout en reconnaissant que la privation de liberté des mineurs ne devrait être utilisée que comme mesure de dernier recours, quels exemples de bonnes pratiques concernant les locaux de détention pour mineurs peuvent être identifiés ?
- Il peut être délicat de veiller à ce que les mineurs soient détenus séparément des adultes dans des environnements avec des ressources très limitées et où les mineurs privés de liberté sont très rares. Dans ce cas de figure, quelles sont les solutions réalistes pour des structures spécialisées pour mineurs ou encore pour la protection et des conditions d'hébergement satisfaisantes de mineurs détenus dans des structures pour adultes ?
- Quelles pourraient être les critères minimum pour que les visites des enfants à leurs parents incarcérés soient considérées comme se déroulant dans des conditions acceptables ? Dans quelle mesure le CPT devrait-il les intégrer à ses normes ?
- Comment le CPT peut-il transmettre un message plus centré sur les mineurs, à la lumière des normes du Conseil de l'Europe et des Nations unies en matière de droits de l'enfant ?
- Quel type de garanties supplémentaires le CPT pourrait-il envisager eu égard aux enfants placés dans des foyers sociaux ? Le CPT devrait-il être plus précis concernant le type de structures de proximité qui sont adaptées aux enfants atteints d'un handicap physique/de troubles de l'apprentissage et/ou de maladies mentales ? Quels pourraient être les inconvénients de la désinstitutionalisation pour ces enfants ?
- Quel est le principal obstacle à la garantie qu'aucun enfant étranger en situation irrégulière ne sera privé de liberté ? Peut-il y avoir des arguments pour justifier leur placement en rétention ?
- Le CPT doit-il consacrer davantage d'attention aux problèmes spécifiques des jeunes filles privées de liberté ? Quelles sont les vulnérabilités particulières de ce groupe que le CPT devrait étudier de manière plus précise ?



## Atelier 4 : L'isolement de détenus

Le CPT entend par le terme « isolement » tout placement d'un détenu séparément des autres détenus, tel qu'il résulte par exemple de la décision d'un tribunal, d'une sanction disciplinaire imposée au sein du système pénitentiaire, d'une mesure administrative préventive ou d'une mesure de protection du détenu concerné. Les effets néfastes de l'isolement sur la santé mentale et le bien-être de ceux qui y sont soumis sont bien documentés et l'isolement peut donc être considéré comme une peine ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, surtout s'il est de longue durée. S'il est utilisé de manière intentionnelle comme moyen d'intimidation, de coercition ou d'obtention d'informations ou d'aveux, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination, et si la douleur et les souffrances infligées sont extrêmes, l'isolement peut même être considéré comme une forme de torture.

Dans son 21<sup>ème</sup> Rapport général, le CPT a élaboré des normes sur la question de l'isolement en vue de réduire au minimum le recours à cette pratique dans les établissements pénitentiaires, tant en raison des préjudices qu'elle peut porter à l'état de santé mentale et physique ainsi qu' au bien-être social des détenus, tant en raison de l'opportunité qu'elle peut offrir d'infliger délibérément des mauvais traitements. Le CPT considère que l'isolement ne doit être utilisé que dans des circonstances exceptionnelles, en dernier ressort et pour la durée la plus courte possible.

Les détenus placés à l'isolement doivent bénéficier de conditions de détention décentes. En outre, la mesure ne devrait imposer que le minimum de restrictions aux détenus, compatibles avec ses objectifs et le comportement du détenu, et devrait toujours être accompagnée d'efforts soutenus de la part du personnel pour résoudre les problèmes sous-jacents. Plus spécifiquement, les régimes à l'isolement doivent être aussi favorables que possible et tendre à cibler les causes qui ont rendu la mesure nécessaire. Par ailleurs, des garanties juridiques et pratiques doivent être intégrées dans les processus décisionnels en relation avec l'imposition et le réexamen du placement à l'isolement. Faire en sorte que l'isolement soit toujours une réponse proportionnée à des situations difficiles en milieu pénitentiaire promouvra des interactions positives entre les détenus et le personnel et limitera les dommages encourus par les personnes qui sont souvent déjà parmi les plus perturbées au sein de la population carcérale.

La Cour européenne des droits de l'homme a estimé qu'un isolement sensoriel complet, doublé d'un isolement social total, peut détruire la personnalité et constitue une forme de traitement inhumain qui ne saurait se justifier par les exigences de la sécurité ou toute autre raison<sup>8</sup>. D'autres formes d'isolement peuvent également porter atteinte à l'article 3 de la CEDH, mais la Cour considère que l'interdiction de contacts avec d'autres détenus ne constitue pas en soi une forme de peine ou de traitement inhumain<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Voir *Van der Ven c. les Pays-Bas*, n° 50901/99, 4 février 2003.

<sup>9</sup> Voir *Babar Ahmad et autres c. Royaume-Uni*, n° 24027/07, 11949/08, 36742/08, 66911/09 et 67354/09, 10 avril 2012, paragraphe 208 ; *Messina c. Italie* (n° 2) (déc.), n° 25498/94, 10 avril 2012, cité avec approbation par la Grande Chambre dans *Ramirez Sanchez c. France* [GC], n° 59450/00, 4 juillet 2006, paragraphe 12 ; et *Öcalan c. Turquie* [GC], n° 46221/99, 12 mai 2005, paragraphe 191.

Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture (ci-après Rapporteur sur la torture) a également préconisé des normes strictes et a attiré l'attention sur un certain nombre de principes généraux pour aider les Etats à réévaluer et à réduire au minimum le recours à l'isolement. Il a également recommandé que certaines catégories de détenus ne soient pas soumises à des mesures d'isolement. Des appels dans ce sens ont été lancés dans le cadre de la révision de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, au cours de laquelle des propositions ont été formulées pour envisager d'inclure l'interdiction de recourir à l'isolement pour les catégories suivantes de détenus :

- les mineurs ;
- les femmes enceintes, qui allaitent ou qui ont avec elles un enfant en bas âge<sup>10</sup> ;
- les détenus atteints de troubles mentaux ;
- les détenus condamnés à la réclusion à perpétuité et les détenus condamnés à mort, du simple fait de la nature de leur peine ; et
- les prévenus, comme moyen d'extorsion.

### *Durée de l'isolement*

Le Rapporteur sur la torture a appelé à une interdiction absolue du maintien prolongé à l'isolement d'un détenu (pendant plus de 15 jours), tandis que le CPT a déclaré qu'il considèrerait que la durée maximale du maintien à l'isolement à *des fins disciplinaires* ne devrait pas excéder 14 jours pour une infraction donnée et devrait de préférence être plus courte. Le CPT a par ailleurs fait observer que, s'agissant des mineurs, la durée maximale devrait impérativement être plus courte et ne pas excéder trois jours.

La Cour européenne des droits de l'homme a conclu que si une interdiction prolongée de contacts avec d'autres personnes n'était pas souhaitable, il y avait lieu, pour apprécier si pareille mesure tombe sous le coup de l'article 3 de la CEDH, d'avoir égard aux conditions de l'espèce, à la sévérité de la mesure, à sa durée, à l'objectif qu'elle poursuit et à ses effets sur la personne concernée<sup>11</sup>. La Cour n'a jamais énoncé de règles précises régissant le placement à l'isolement et n'a jamais fixé de durée maximale<sup>12</sup>. Elle a néanmoins souligné qu'un maintien à l'isolement ne saurait être imposé à un détenu indéfiniment<sup>13</sup>. S'il ne fixe pas une durée maximale précise pour les formes d'isolement autres que celles imposées à des fins disciplinaires, le CPT considère en revanche que plus la durée de la mesure se prolonge, plus les raisons qui la motivent doivent être importantes et plus il faut veiller à ce qu'elle atteigne son objectif. Si l'isolement doit se prolonger, il conviendrait que les garanties en place soient renforcées, en prévoyant par exemple un réexamen judiciaire et un suivi médical supplémentaire, notamment une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique.

---

<sup>10</sup> La Règle 22 des Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok) dispose également que le régime cellulaire ou l'isolement disciplinaire ne doivent pas s'appliquer comme punition aux femmes qui sont enceintes, qui allaitent ou qui ont avec elles un enfant en bas âge.

<sup>11</sup> Voir *Rohde c. Danemark*, n° 69332/01, 21 juillet 2005, paragraphe 93.

<sup>12</sup> Voir *Babar Ahmad et autres c. Royaume-Uni*, paragraphe 210.

<sup>13</sup> Voir *Ramirez Sanchez c. France [GC]*, paragraphes 136 et 145.

### *Conditions matérielles*

Les cellules utilisées à des fins d'isolement doivent répondre aux mêmes normes minimales que les autres lieux d'hébergement pour détenus. Ce n'est toutefois que rarement le cas. Les cellules disciplinaires sont souvent sombres, exigües et mal aérées et les détenus n'ont souvent pas accès à des cours de promenade appropriées<sup>14</sup>.

### *L'isolement résultant de la décision d'un tribunal*

Le CPT considère que le placement à l'isolement ne devrait jamais être imposé comme faisant partie de la peine. Dans le cadre de la détention provisoire, il peut être justifié, dans un cas individuel et lorsqu'existent des preuves suffisantes, de maintenir un détenu à l'écart des autres détenus. Cette mesure ne devrait toutefois être prise que s'il existe un risque sérieux pour l'administration de la justice et devrait être assortie de garanties.

L'isolement prolongé des prévenus a tout particulièrement fait débat dans les pays scandinaves. La situation a évolué ces dernières années avec une réduction significative du recours à cette forme d'isolement, par exemple en Norvège<sup>15</sup> et au Danemark<sup>16</sup>. Néanmoins, certains détenus continuent à être placés à l'isolement pendant de longues périodes et dans ses rapports, le CPT a recommandé le développement des activités hors des cellules et des contacts avec le monde extérieur.

### *L'isolement en tant que sanction disciplinaire*

La privation de contacts entre un détenu et ses codétenus peut être mise en œuvre, comme la sanction disciplinaire la plus sévère, selon les procédures disciplinaires normales prévues par la loi. Etant donné les effets potentiels très dommageables de l'isolement, le CPT considère que le principe de proportionnalité exige qu'il soit utilisé au titre de sanction disciplinaire seulement dans des cas exceptionnels et en tout dernier recours, et pour la période de temps la plus brève possible ; le CPT préconise une durée maximale n'excédant pas 14 jours, et de préférence plus courte. En outre, les détenus condamnés à des périodes successives d'isolement à des fins disciplinaires devraient toujours bénéficier d'une interruption de plusieurs jours entre chaque période.

Le CPT a insisté sur le fait que les détenus ne devraient jamais être totalement privés de contacts avec leurs proches, et que toute restriction de ces contacts ne devrait être imposée que lorsque l'infraction a un lien avec ceux-ci. Cette approche est celle adoptée par de plus en plus de pays ; toutefois, la privation de tout contact pour un détenu est une pratique qui persiste dans un certain nombre d'Etats<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2013) 3, paragraphe 41 ; CPT/Inf (2013) 4, paragraphe 81 ; et CPT/Inf (2012) 32, paragraphe 56.

<sup>15</sup> CPT/Inf (2011) 33, paragraphes 71-77.

<sup>16</sup> CPT/Inf (2014) 25, paragraphes 33-39.

<sup>17</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2013) 18, paragraphe 54 ; CPT/Inf (2012) 32, paragraphe 55 ; CPT/Inf (2012) 17, paragraphe 100 ; CPT/Inf (2010) 16, paragraphe 113 ; CPT/Inf (2009) 28, paragraphe 53.

Le placement à l'isolement pour de longues périodes est souvent une mesure prise en réaction à des infractions disciplinaires graves ou répétées de la part de détenus. Dans ce contexte, le CPT considère que les infractions graves justifiant des sanctions plus sévères devraient être traitées dans le cadre du système de justice pénale et pas seulement dans le cadre des procédures disciplinaires internes.

### *L'isolement à des fins préventives*

Le placement à l'isolement est souvent utilisé pour séparer les détenus qui ont porté – ou sont jugés susceptibles de porter – de graves préjudices à autrui ou qui présentent un risque très sérieux pour la sûreté ou la sécurité de la prison. Cela peut varier de quelques heures – dans le cas d'un incident isolé – à des périodes aussi longues que des années, pour des détenus considérés comme particulièrement dangereux et comme continuant à représenter une menace imminente. Comme évoqué plus haut, des garanties supplémentaires devraient s'appliquer si la durée de l'isolement se prolonge.

Le CPT considère que, lorsqu'il devient évident que le placement à l'isolement devra probablement se prolonger pour une durée plus longue, un organe extérieur à la prison où est détenu l'intéressé, par exemple, un haut fonctionnaire de l'administration pénitentiaire, devrait intervenir. Un droit de recours auprès d'une autorité indépendante devrait aussi être en place. Lorsqu'une décision est confirmée, une réunion interdisciplinaire sur ce cas devrait être convoquée et le détenu invité à présenter son point de vue devant cet organe. Une tâche essentielle pour l'équipe chargée du réexamen est d'établir un programme pour le détenu, visant à résoudre les problèmes qui nécessitent le maintien du détenu à l'isolement. Entre autres choses, le réexamen devrait notamment évaluer si certaines restrictions imposées au détenu sont strictement nécessaires – ainsi, il peut être possible d'autoriser quelques contacts limités avec d'autres détenus choisis. Le détenu devrait recevoir une décision écrite, motivée, de l'organe de réexamen, ainsi que des indications relatives aux modalités d'appel. Après une décision initiale, il devrait y avoir un réexamen à l'issue du premier mois et, plus tard, au moins tous les trois mois, réexamens au cours desquels les progrès enregistrés s'agissant du programme convenu peuvent être évalués et, le cas échéant, un nouveau programme élaboré. Plus une personne est soumise à ces conditions, plus le réexamen doit être complet et plus des ressources importantes – y compris des ressources externes à l'établissement – doivent être mises à disposition pour essayer d'intégrer ou réintégrer le détenu dans la population carcérale générale. Celui-ci doit être en mesure de solliciter un réexamen à tout moment et d'obtenir des rapports indépendants pour de tels réexamens. Le directeur ou des membres du personnel d'encadrement devraient veiller à rendre visite quotidiennement à ces détenus et à se familiariser avec leurs programmes individuels. Les médecins devraient également porter une attention particulière aux détenus placés dans de telles conditions.

Les prisons qui présentent des niveaux élevés de violence entre détenus et/ou d'activités en bande organisée ont la difficile tâche de séparer les détenus qui représentent une menace les uns pour les autres. Alors que la séparation des détenus dangereux semble être une mesure efficace à court terme, il importe que l'administration et le personnel pénitentiaires s'emploient à réduire autant que possible le recours à cette mesure. Cela suppose généralement une évolution de la culture pénitentiaire, avec notamment la mise en place d'une formation et d'activités ciblées à la fois pour le personnel et pour les détenus<sup>18</sup>.

Dans les cas où l'isolement total vis-à-vis du reste de la population carcérale est inévitable, il importe que les conditions matérielles soient au minimum les mêmes que celles dont bénéficient les autres détenus et qu'un programme individualisé soit mis en place. Ce programme devrait s'efforcer de maximiser les contacts avec autrui et de proposer un éventail d'activités aussi vaste que possible pour occuper les journées<sup>19</sup>.

### *L'isolement à des fins de protection*

Les Etats sont tenus de fournir un environnement sûr à ceux qui sont incarcérés et doivent s'efforcer de respecter cette obligation en autorisant des interactions sociales aussi souvent que possible entre détenus, tout en maintenant le bon ordre. Il convient de recourir à l'isolement à des fins de protection seulement lorsqu'il n'y a absolument aucun autre moyen d'assurer la sécurité du détenu concerné.

L'une des responsabilités premières des autorités pénitentiaires est en effet de veiller à ce que les détenus dont elles ont la charge ne subissent pas de dommages. Le recours à des mesures de protection à l'égard de certains détenus pourrait avoir des incidences négatives inévitables sur les activités qui leur sont proposées. Cependant, les détenus concernés ne devraient jamais rester confinés dans leur cellule pour des périodes allant jusqu'à 21 heures ou plus par jour. Des activités constructives devraient leur être proposées, de même qu'un soutien psychologique<sup>20</sup>.

### *Le rôle du personnel médical dans le placement à l'isolement*

Les médecins travaillant en milieu pénitentiaire agissent en tant que médecin personnel des détenus. Aussi, dans le souci de préserver la relation médecin/patient, les médecins en question ne devraient pas être tenus de certifier qu'un détenu est apte à supporter une sanction. Le personnel médical ne devrait jamais participer aux processus décisionnels aboutissant à un placement à l'isolement (sauf lorsque la mesure s'impose pour des raisons médicales) mais devrait en revanche être très attentif aux besoins des détenus concernés. Il devrait notamment effectuer des visites quotidiennes, assurer une prise en charge médicale rapide et rendre compte au directeur de la prison dès lors que la santé d'un détenu est gravement mise en danger du fait de son placement à l'isolement. L'isolement à long terme requiert en outre une assistance appropriée en matière de santé mentale.

---

<sup>18</sup> Voir par exemple Normes du CPT concernant la violence entre détenus, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, paragraphe 27.

<sup>19</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2014) 11, paragraphes 68-71.

<sup>20</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2012) 15, paragraphe 45 ; CPT/Inf (2012) 1, paragraphe 80 ; et CPT/Inf (2011) 24, paragraphe 97.

### *Isolement et lutte contre le terrorisme*

Dans le contexte des efforts de lutte contre le terrorisme, le recours à l'isolement strict, souvent prolongé, est devenu une pratique plus courante dans les systèmes pénitentiaires de divers pays à travers le monde<sup>21</sup>. Le CPT considère que le placement d'un détenu dans des conditions particulièrement restrictives selon le seul critère de la peine/peine éventuelle est inacceptable. Toute mesure de cette nature doit être prise au cas par cas, à la lumière d'une évaluation individuelle des besoins et des risques<sup>22</sup>. Le CPT peut uniquement contrôler les conditions de détention relevant de la compétence des Etats membres du Conseil de l'Europe, mais il a à plusieurs reprises examiné le respect par ceux-ci du principe de non-refoulement, particulièrement dans le cadre d'expulsions, de mesures d'éloignement forcé et d'opérations de renvoi<sup>23</sup>.

La question de savoir si la perspective d'un placement prolongé à l'isolement pourrait constituer une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et, dès lors, servir de motif pour stopper l'extradition d'une personne vers un autre pays, a notamment été examinée par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Babar Ahmad et autres c. le Royaume-Uni* (2012). Il s'agissait de déterminer si l'incarcération dans la prison fédérale de très haute sécurité ADX de Florence, en Arizona, où les détenus passeront vraisemblablement trois années au moins, voire beaucoup plus, seuls dans une cellule, privés de tout contact physique avec les autres détenus et ne bénéficiant que d'une interaction sociale limitée avec le personnel pénitentiaire, pourrait entraîner une violation de l'article 3. La Cour a conclu comme suit :

*Bien que les détenus soient confinés dans leur cellule la majeure partie du temps, la télévision, les stations de radio, les nombreux journaux et livres, les activités manuelles et de loisirs ainsi que les programmes éducatifs, permettent d'offrir un niveau très élevé de stimulation à l'intérieur de la cellule. L'éventail des activités et des services fournis est bien plus varié que celui de beaucoup de prisons en Europe...les détenus ont en outre droit à des appels téléphoniques réguliers et à des visites sociales et ont la possibilité - même ceux qui font l'objet de mesures administrative spéciales - de correspondre avec leur famille...Lorsqu'ils sont dans leur cellule, les détenus peuvent communiquer entre eux, uniquement à travers le système de ventilation il est vrai. Lors des périodes de récréation (à savoir dix heures par semaine, alternant entre espaces intérieurs et extérieurs), les détenus peuvent communiquer librement et sans entrave. L'ensemble de ces éléments montre que l'isolement auquel sont soumis les détenus de la prison ADX est partiel et relatif. Voir paragraphe 222 de l'arrêt.*

<sup>21</sup> Voir par exemple l'Étude conjointe sur les pratiques mondiales concernant le recours à la détention secrète dans le cadre de la lutte contre le terrorisme, UN Doc A/HRC/13/42, 19 février 2010.

<sup>22</sup> Voir la Recommandation Rec(2003)23 du Comité des Ministres aux Etats membres concernant la gestion par les administrations pénitentiaires des condamnés à perpétuité et des autres détenus de longue durée, qui dispose, au point 7, qu'il faudrait prendre en considération le fait que les condamnés à perpétuité et les autres détenus de longue durée ne devraient pas être séparés des autres prisonniers selon le seul critère de leur peine (principe de non-séparation). Voir également, par exemple, CPT/Inf (2012) 32, paragraphe 59 et CPT/Inf (2012) 23, paragraphe 32.

<sup>23</sup> Voir par exemple CPT/Inf (2010) 14, paragraphes 26-33 ; CPT/Inf (2002) 8, paragraphe 58.

## Liste (non exhaustive) de questions et thèmes de discussion

- Comment définir l'isolement ?
- Quelles sont les mesures de substitution à l'isolement ?
- Faut-il interdire le placement à l'isolement pour certaines catégories de détenus ? Si oui, lesquelles ?
- L'isolement ordonné par un tribunal dans le cadre de la détention provisoire est une pratique en recul dans certains pays où elle était auparavant monnaie courante. Quelles sont actuellement en Europe les principales préoccupations concernant cette forme d'isolement ?
- S'agissant de l'isolement à des fins disciplinaires, une durée n'excédant pas 14 jours pour les adultes et trois jours pour les mineurs est-elle appropriée, trop longue ou trop courte ? Et quelles devraient être les normes minimales en matière de contacts avec la famille ?
- La décision d'un placement prolongé à l'isolement intervient souvent pour séparer certains détenus considérés comme présentant un risque très sérieux pour la sûreté ou la sécurité de la prison.
  - Quelles devraient être les exigences minimales afin que la séparation de longue durée soit acceptable ?
  - Quels sont les moyens les plus adaptés d'offrir davantage de contacts sociaux satisfaisants aux détenus placés à l'isolement ?
  - Quels seraient les éléments constitutifs d'un réexamen efficace ?
- Quels sont les principaux défis que pose l'isolement à des fins de protection et comment peut-on y répondre ?
- Quel rôle, s'il y a lieu, les professionnels de santé devraient-ils jouer dans le cadre de l'isolement ?

## Atelier 5 : Vers de nouvelles normes du CPT en matière de psychiatrie

Dans le cadre de son travail, le CPT est appelé à examiner la manière dont sont traitées toutes les catégories de personnes privées de liberté par une autorité publique, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale. En conséquence, le CPT visite fréquemment des établissements psychiatriques de différentes catégories. Les hôpitaux psychiatriques où sont placés non seulement des patients volontaires mais aussi des personnes hospitalisées d'office pour y recevoir un traitement psychiatrique constituent l'une de ces catégories d'établissements. 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.

En évaluant la manière dont sont traités les personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui sont privées de liberté, le CPT examine en particulier les aspects suivants : les mauvais traitements ; les conditions de vie et le traitement ; le personnel ; l'utilisation de moyens de contention ; et les garanties dans le contexte de l'internement d'office.

Eu égard au mandat du CPT, la première priorité de celui-ci, lorsqu'il visite un établissement, consiste à établir s'il y a des indications de mauvais traitements infligés délibérément à des personnes privées de liberté. Le CPT a constaté que, dans sa très grande majorité, le personnel de la plupart des établissements psychiatriques se montre dévoué pour assurer aux patients des soins de bonne qualité, et cela malgré la faiblesse des effectifs et le manque de ressources qu'il peut y avoir dans de nombreux pays. Néanmoins, il peut arriver que de mauvais traitements soient infligés délibérément et cela est souvent étroitement lié à des questions d'effectifs et de procédures suivies pour l'utilisation de moyens de contention, entre autres aspects de la privation de liberté. De plus, la pénurie de personnel, l'absence d'une gestion digne de ce nom, l'ignorance des normes (internationales) acceptables et le manque de moyens matériels peuvent conduire à des situations relevant du champ d'application de l'expression « traitement inhumain et dégradant » au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH).

### *Révision des normes du CPT en matière de psychiatrie*

En 2011, le CPT a décidé de réviser ses normes à la lumière de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), qui est entrée en vigueur le 3 mai 2008. A la date du 12 janvier 2015, la Convention a été ratifiée par 41 Etats membres du Conseil de l'Europe. La CDPH inclut dans sa définition des personnes handicapées (article premier) les « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». En 2008, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a publié un rapport dans lequel il a déclaré que la



Convention « vient en complément d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme sur l'interdiction de la torture et des mauvais traitements en fournissant des orientations faisant autorité ». <sup>24</sup> L'article 34 de la Convention prévoit le suivi de sa mise en œuvre par un Comité des droits des personnes handicapées qui, à ce jour, a publié des observations finales concernant les rapports initiaux de 20 Etats parties. Le Protocole facultatif à la Convention, qui prévoit un mécanisme de réclamations individuelles, a été ratifié à ce jour par 28 Etats membres du Conseil de l'Europe.

Afin de perfectionner ses normes, le CPT consacre une attention croissante aux questions du placement d'office, du traitement d'office, et de l'emploi de moyens de contention. Ces questions ont aussi attiré l'attention d'universitaires et de praticiens extérieurs au CPT.

### *Placement d'office et traitement d'office*

La Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo) établissent clairement le principe selon lequel un traitement médical ne peut être administré que sur la base du consentement libre et éclairé du patient. Les deux instruments contiennent aussi des dispositions relatives aux conditions dans lesquelles des personnes peuvent faire l'objet des mesures exceptionnelles que constituent le placement d'office et le traitement d'office.

Le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe, après avoir procédé à l'examen de la mise en œuvre des dispositions de la Recommandation Rec(2004)10, a constaté « un vide juridique dans certains Etats membres concernant notamment l'encadrement des mesures de placement et de traitement involontaires de personnes atteintes de troubles mentaux ». Un nouveau protocole additionnel à la convention d'Oviedo, essentiellement axé sur le traitement d'office et le placement d'office, est en cours d'élaboration sous les auspices du Comité de bioéthique (DH-BIO). <sup>25</sup> Cette initiative est soutenue par le Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH) et par le CPT. La rédaction du nouveau protocole suppose de consulter des organisations internationales non gouvernementales représentant les patients et leurs familles, des professionnels de santé, des défenseurs des droits de l'homme et des spécialistes de la défense des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce travail est mené « à la lumière de la Convention des Nations Unies [relative aux] droits des personnes handicapées » et en s'appuyant sur « les dispositions pertinentes de la Rec(2004)10 du Comité des Ministres et les normes du CPT » <sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Rapport intérimaire du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, document de l'Assemblée générale des Nations Unies n° A/63/175, paragraphe 44.

<sup>25</sup> Depuis janvier 2012, les responsabilités du CDBI en vertu de la Convention sont confiées au Comité de bioéthique.

<sup>26</sup> Voir la page internet du Conseil de l'Europe « Psychiatrie et droits de l'homme » à [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/default\\_fr.asp](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/default_fr.asp). En novembre 2011, le CDBI a adopté une déclaration de compatibilité concernant les droits prévus par la CDPH vis-à-vis des normes du Conseil de l'Europe.

- Placement d'office

La CDPH a provoqué un débat considérable sur la question du placement d'office en établissement psychiatrique eu égard à la disposition de l'article 14, paragraphe 1(b) selon laquelle les Etats Parties veillent « à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté ». D'après les observations finales du Comité des droits des personnes handicapées concernant les rapports initiaux qui lui ont été soumis jusqu'à présent, il semblerait que la position du Comité soit que toute législation autorisant le placement d'office de personnes atteintes de problèmes de santé mentale soit incompatible avec l'article 14<sup>27</sup>, point de vue qui se reflète aussi dans certaines publications scientifiques. Etant donné qu'il est généralement reconnu que la prévention des discriminations est au cœur de la CDPH, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a déclaré que l'article 14 « signifie non pas que les personnes handicapées ne peuvent pas être privées légalement de liberté pour recevoir des soins et un traitement ou bien à titre préventif, mais que le fondement juridique de la restriction de liberté doit être dissocié du handicap et défini de manière neutre afin de s'appliquer à toutes les personnes de manière égale »<sup>28</sup>. Il reste à préciser comment cela pourra être mis en pratique.

La Cour européenne des droits de l'homme a abordé la question du placement d'office essentiellement sous l'angle des violations de l'article 5 (Droit à la liberté et à la sûreté - en ce qui concerne le placement lui-même) et/ou de l'article 8 (Droit au respect de la vie privée et familiale - en ce qui concerne la déchéance de la capacité juridique) de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans l'arrêt *Winterwerp*, la Cour a établi des critères pour l'internement d'office, exigeant qu'« un trouble mental réel » soit présent (« aliénation ») et qu'il revête un caractère ou une ampleur « légitimant l'internement ». Qui plus est, ce dernier ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble.<sup>29</sup> La Cour a aussi jugé que la décision d'internement devait émaner d'une autorité compétente et être exécutée par une telle autorité, que l'intéressé devait avoir accès à un tribunal et l'occasion d'être entendu lui-même ou par l'intermédiaire d'un représentant, et qu'une déchéance automatique de la capacité juridique lors de l'admission dans un établissement psychiatrique est contraire à l'article 6 de la Convention car elle ne permet pas au requérant de bénéficier à ce sujet d'une audience équitable devant un tribunal. Dans l'arrêt *Winterwerp*, la Cour a également reconnu que le terme « aliéné » ne se prête pas à une interprétation définitive eu égard à l'évolution constante de la recherche psychiatrique, de la mise au point de traitements plus souples, et des changements d'attitude de la société envers les maladies mentales. Dans une décision de 2012 – *D.D. c. Lituanie* – la Cour a jugé que, même lorsqu'une personne est privée de sa capacité juridique, elle doit se voir accorder la possibilité de contester en justice une décision de placement d'office avec un représentant en justice distinct de son représentant légal. Enfin, dans l'arrêt *Stanev c. Bulgarie*, la Cour, se référant à la CDPH, a reconnu que les instruments internationaux de protection des personnes atteintes de troubles mentaux accordaient une importance croissante à l'octroi d'une autonomie juridique optimale à ces personnes.

<sup>27</sup> Voir, par exemple, les Observations finales du Comité sur le rapport initial de l'Australie, CRPD/C/Aus/CO/1, 21 octobre 2013.

<sup>28</sup> *Etude thématique visant à faire mieux connaître et comprendre la Convention relative aux droits des personnes handicapées établie par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme*, Rapport annuel, A/HRC/10/48, 26.01.2009, paragraphe 49.

<sup>29</sup> *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979, paragraphe 39.

Les normes actuelles du CPT prévoient notamment que la décision initiale de placement doit offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité ainsi que d'expertise médicale objective, que les patients doivent être informés de leurs droits au moment de leur admission, qu'ils doivent bénéficier d'une procédure efficace pour porter plainte et de contacts avec le monde extérieur, que tout placement d'office doit être réexaminé à intervalles réguliers ou à la demande du patient et qu'il doit cesser lorsqu'il n'est plus indispensable, et que les personnes qui font l'objet d'un tel placement doivent avoir la possibilité de contester la décision. En outre, les patients qui n'ont plus besoin d'un placement d'office devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge et d'un logement adéquats au sein de la population générale. Une question qui mériterait peut-être plus ample réflexion est celle de savoir si une décision de placement d'office ne peut être prise que par une autorité judiciaire. Actuellement, les normes du CPT admettent le placement d'office, même décidé par des autorités non judiciaires, mais elles prévoient que l'intéressé doit avoir le droit d'intenter un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention.

Au cours de ses visites, le CPT a fréquemment rencontré des patients considérés « officiellement » comme des patients volontaires (et donc techniquement non concernés par le mandat du CPT) mais qui sont néanmoins soumis à des mesures de restriction et de coercition, y compris l'hébergement dans des unités fermées et le traitement d'office (parfois sur le fondement de leur signature apposée sur des formulaires de « renonciation » à leurs droits à cet égard). Juridiquement, ces personnes ne sont pas protégées par les mêmes garanties que les patients internés d'office, situation qui préoccupe considérablement le CPT. Dans ses rapports, le CPT recommande que les autorités revoient le statut des patients volontaires soumis à des mesures de restriction ou de coercition, et qu'une législation soit adoptée en conséquence. Dans l'arrêt *Stanev*, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le placement « volontaire » du requérant dans un foyer en raison de ses problèmes psychiatriques constituait une privation de liberté compte tenu notamment du régime de sortie du foyer, de la durée de la mesure et de l'absence de consentement de l'intéressé. La Cour a rendu une décision analogue dans l'affaire *Storck c. Allemagne*.

Eu égard au débat qui entoure la compatibilité de certaines des normes actuelles du Conseil de l'Europe concernant le placement d'office avec l'article 14 de la CDPH, on peut espérer que l'adoption du Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo fournira quelques indications sur la mesure dans laquelle le Conseil de l'Europe est disposé à perfectionner ses normes conformément à la nouvelle direction annoncée par la CDPH.

#### - Traitement d'office

La Convention d'Oviedo et la Recommandation Rec(2004)10 établissent toutes deux clairement le principe du consentement libre et éclairé à tout traitement médical. Les deux instruments prévoient que, dans le cas des incapables, une autorisation doit être obtenue auprès du représentant de l'intéressé ou d'une autorité, personne ou instance prévue par la loi. La Recommandation Rec(2004)10 établit aussi des garanties détaillées dont doit bénéficier une personne qui fait l'objet d'un traitement d'office.

Dans l'arrêt historique de 1992 *Herczegfalvy c. Autriche*, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que, lorsque des mesures incluant l'administration forcée de médicaments

psychiatriques, y compris des sédatifs, sont dictées par une « nécessité thérapeutique » selon la pratique médicale de l'époque, elles ne sauraient, en général, passer pour inhumaines ou dégradantes. Un grand nombre des mesures thérapeutiques évoquées dans cet arrêt seraient maintenant considérées comme des mesures de contention (voir ci-dessous dans la partie « Le recours à des moyens de contention ») ; le principe subsiste cependant plus ou moins intact. Dans une décision de 2004 - *Gennadiy Naumenko c. Ukraine* - la Cour a réaffirmé sa position, jugeant dans une affaire de traitement d'office par médicaments psychiatriques qu'un traitement thérapeutique ne saurait en principe être considéré comme contraire à l'article 3 de la Convention si sa nécessité a pu être démontrée de manière convaincante, même sans le consentement de l'intéressé. Plus récemment, dans l'affaire *Schneider c. Suisse*, la Cour a reconnu que le « but légitime » de l'administration forcée de médicaments pouvait être notamment la protection des droits et libertés d'autrui.

La CDPH ne fait aucune référence explicite au traitement d'office<sup>30</sup> mais une partie de la doctrine situe cette question dans le champ d'application de l'article 17 (Protection de l'intégrité de la personne) qui est ainsi libellé : « Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres ». Les observations finales du Comité des droits des personnes handicapées concernant les rapports initiaux des Etats Parties ont estimé qu'un traitement médical sans consentement (y compris dans le cas des personnes considérées comme juridiquement incapables) constituait une violation de la Convention (que ce soit en vertu de l'article 17 ou d'autres articles). Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a également déclaré que « l'acceptation d'un traitement involontaire et d'un isolement involontaire est contraire aux dispositions de la » CDPH<sup>31</sup>. Une partie de la doctrine a estimé que, compte tenu du fondement anti-discrimination de la CDPH, « celle-ci va vraisemblablement permettre le traitement d'office de troubles mentaux dans le cas où un traitement d'office serait également autorisé pour des affections physiques de gravité comparable, et s'agissant de personnes sans handicap mental ou autre »<sup>32</sup>. Là aussi, il reste à définir comment une telle approche pourra être mise en pratique.

Le CPT ne cesse de faire remarquer dans ses rapports que le placement d'office ne saurait être considéré comme une justification inconditionnelle du traitement d'office et qu'en principe le consentement au traitement devrait être obtenu auprès de toutes les personnes juridiquement capables (« capables de discernement »). Ce consentement devrait être systématiquement consigné par écrit, toute dérogation à cette règle devant impérativement avoir une base légale en ce qui concerne des circonstances définies clairement et strictement. En outre, le CPT insiste pour que des « informations complètes, exactes et compréhensibles » soient communiquées à chaque patient et que des informations pertinentes soient également communiquées à la suite du traitement.

---

<sup>30</sup> L'article 25(d) de la Convention précise toutefois que les Etats sont tenus de dispenser aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, et notamment d'obtenir « le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ».

<sup>31</sup> Rapport intérimaire du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Assemblée générale des Nations Unies A/63/175, paragraphe 44.

<sup>32</sup> Bartlett P. (2013), "Re-Thinking *Herczegfalvy*: The ECHR and the Control of Psychiatric Treatment", dans Brems E. (dir.), *Diversity and European Human Rights: Rewriting Judgments of the ECHR*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 368.

Un aspect des normes du CPT qui peut nécessiter plus ample réflexion à la lumière de la CDPH réside dans l'exception au principe général du consentement lorsque qu'il s'agit de personnes qui ne sont pas « capables de discernement » (c'est-à-dire sans capacité juridique). Le Comité des droits des personnes handicapées a été jusqu'à présent très cohérent en affirmant sa position selon laquelle un traitement psychiatrique sans consentement ne devrait plus être autorisé dans la loi ni dans la pratique, même s'agissant de personnes considérées comme dépourvues de capacité juridique. Cette position est conforme à l'intention sous-jacente de la CDPH qui est de remplacer « la prise de décision pour autrui » (c'est-à-dire l'exercice des droits d'une personne par un tuteur/représentant légal) par « l'aide à la prise de décision » (notion nouvelle dont les contours ne sont pas encore bien clairs), afin que tous les traitements médicaux, y compris les traitements psychiatriques, ne soient administrés que sur la base du consentement libre et éclairé de l'intéressé. Ainsi que cela a été indiqué dans la partie précédente, la Cour européenne des droits de l'homme a également reconnu la tendance croissante à aller dans cette direction au niveau international.

### *Le recours à des moyens de contention*

La nécessité d'une révision des normes du CPT en ce qui concerne le recours à des moyens de contention dans les établissements psychiatriques est reconnue depuis un certain temps. Dans les remarques préliminaires à son 16<sup>e</sup> rapport général, le CPT a déclaré qu'il apprécierait de recevoir « les observations des praticiens » sur cette question, en instaurant un « dialogue constructif, dans le but d'aider le personnel de santé à accomplir les tâches ardues qui lui incombent et à fournir aux patients des soins adaptés ». Les différents moyens de contention (contention physique, contention mécanique, contention pharmaceutique, placement à l'isolement) sont certes utilisés dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe, mais il y a des différences considérables selon les Etats en ce qui concerne les formes de contention le plus employées, la fréquence d'utilisation, et la durée. Toutes les différentes formes impliquent un certain degré de risque pour le patient, et il semblerait que ce soit la contention mécanique qui soit à l'origine du plus grand nombre d'accidents mortels. Les effets néfastes sur le patient et les risques engendrés par les différentes formes de contention sont de plus en plus reconnus, et de nombreux pays ont réduit la durée maximale autorisée en particulier pour la contention mécanique et le placement à l'isolement.

Il n'existe aucun instrument juridiquement contraignant dans le domaine des droits de l'homme qui traite directement de la question du recours à la contention, et la CDPH n'aborde pas non plus directement cette question. Parmi les instruments pertinents non contraignants, on peut citer la Recommandation Rec(2004)10, qui prévoit que le recours à la contention peut intervenir « afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui », et la Résolution 46/119 des Nations Unies sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale, qui prévoit que les méthodes de contrainte doivent être utilisées uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui.

Eu égard à l'évolution de la psychiatrie et aux changements d'attitude dans la société à l'égard des maladies mentales, un grand nombre des « mesures thérapeutiques » envisagées par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Herczegfalvy c. Autriche* – l'administration forcée de sédatifs à de multiples reprises (conduisant parfois le requérant à subir des ecchymoses, la perte de dents et des côtes cassées), le placement à l'isolement, l'attachement pendant 48 heures à un lit de sécurité à filet, le fait de rester menotté avec une ceinture autour des chevilles pendant plus de deux semaines – seraient aujourd'hui considérées comme étant des mesures de contention plutôt que comme faisant partie du traitement médical. De même, les mesures de ce genre sont de plus en plus passées au crible sous l'angle de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans deux affaires récentes, la Cour a jugé que le fait d'attacher sur un lit pendant des heures d'affilée une personne souffrant d'un trouble psychiatrique constituait une violation de l'article 3 au motif qu'il s'agissait d'un traitement inhumain et dégradant.<sup>33</sup>

Dans son 8<sup>e</sup> rapport général (publié quelques années seulement après *Herczegfalvy*), le CPT a affirmé sans ambiguïté que l'application de la contention pendant des jours « ne peut avoir aucune justification thérapeutique et...s'apparente à un mauvais traitement ». Malheureusement, de telles mesures sont encore appliquées régulièrement dans un certain nombre de pays. Dans son 16<sup>e</sup> rapport général, le CPT a présenté des normes plus détaillées concernant le recours à la contention dans les établissements psychiatriques pour adultes. A l'occasion de sa 78<sup>e</sup> réunion, en juillet 2012, le CPT a approuvé la révision des normes relatives au recours à la contention, qui fait l'objet du document intitulé *Le recours à la contention dans les établissements psychiatriques* (CPT (2012) 28). Cette révision concerne en particulier : les fondements juridiques du recours à des moyens de contention ; la durée en ce qui concerne les différentes formes de contention ; les lignes directrices pour l'application concrète de moyens de contention mécanique ; les lignes directrices pour le recours à la contention médicamenteuse ; la position du CPT concernant les différentes formes de contention ; les normes concernant le recours à la contention à l'égard des enfants et des adolescents ; les normes concernant le recours à la contention à l'égard de patients internés de leur plein gré ou qui ont demandé eux-mêmes à être immobilisés ; les procédures de surveillance et de réclamations ; les lignes directrices concernant les situations dans lesquelles il est jugé nécessaire de faire une utilisation prolongée de la contention<sup>34</sup>.

Le CPT, reconnaissant la complexité des questions qui se posent, s'est efforcé d'inclure des impératifs juridiques, pratiques et déontologiques dans son réexamen des questions abordées dans le présent document. Les discussions à l'occasion de la Conférence du 25<sup>e</sup> anniversaire du CPT sont les bienvenues dans le cadre de ce processus permanent.

---

<sup>33</sup> Voir *Bureš c. République tchèque*, n° 37679/08, 18 octobre 2012, et *Korovin c. Russie*, n° 31974/11, 27 février 2014.

<sup>34</sup> Høyer G. (2012), *Le recours à la contention dans les établissements psychiatriques*, CPT (2012) 28, accessible à <http://www.cpt.coe.int/fr/docstravail.htm>.

Liste (non exhaustive) de questions et thèmes de discussion :

Généralités

- Dans quelle mesure les normes du CPT devraient-elles opérer une distinction entre établissements pour patients psychiatriques et établissements pour personnes handicapées mentales ? Les mêmes principes s'appliqueraient-ils aux deux catégories de patients ?

Contention

- Le recours à certaines/toutes les mesures de contention ou la prolongation de celles-ci devraient-ils nécessiter la participation/l'approbation d'un second médecin, indépendant ? La participation ou l'approbation d'une autorité judiciaire devrait-elle être indispensable dans certains cas/dans tous les cas ?
- Il est reconnu que les mineurs de moins de 16 ans ne devraient jamais faire l'objet d'un moyen de contention sauf dans les cas exceptionnels où l'on peut appliquer la contention physique (manuelle), qui implique de tenir l'enfant. Qu'en est-il des enfants plus âgés ? Les normes concernant le recours à la contention à l'égard des mineurs âgés de 16 à 18 ans devraient-elles différer sensiblement de celles applicables aux adultes ?
- Comment les normes devraient-elles traiter les rares cas de personnes qui sont violentes de façon persistante et imprévisible et qui en même temps résistent au traitement ? Peut-il parfois être justifié d'attacher une personne pendant une période prolongée ? Les mesures appliquées en pareil cas devraient-elles alterner entre immobilisation, placement à l'isolement et médication ? Pourrait-il y avoir d'autres solutions que le recours à des moyens de contention ?

Placement d'office

- Dans quelle mesure le CPT devrait-il réexaminer sa position concernant le placement d'office à la lumière de l'article 14 de la CDPH? Est-il réaliste/possible d'envisager l'éradication du placement d'office et de la privation de la capacité juridique ?
- Existe-t-il une conception commune de ce qui constitue des garanties juridiques inadmissibles ou insuffisantes pour empêcher les admissions arbitraires et injustifiées dans des établissements de santé mentale? Le CPT devrait-il s'efforcer de définir des normes minimales à cet égard (y compris, par exemple, des procédures, des délais, etc.) ?
- Dans quelle mesure et pour quelles questions les directives anticipées données par une personne qui est ensuite privée de sa capacité juridique devraient-elles être prises en considération par un établissement psychiatrique ?
- Le CPT rencontre fréquemment des patients « volontaires » qui n'ont pas donné leur consentement valable à leur hospitalisation ou qui font l'objet de mesures de coercition ou de restriction incompatibles avec leur statut de « volontaires ». Il se peut cependant qu'ils ne réunissent pas la totalité des critères juridiques requis pour être considérés comme « internés d'office ». Comment le CPT devrait-il traiter de tels cas ?

- Compte tenu de la tendance au niveau international à s'écarter des soins en établissement pour s'orienter vers des protocoles de soins en milieu ouvert, le CPT devrait-il renforcer sa position à cet égard (de récents rapports laissent entendre que le CPT considère de plus en plus que les Etats devraient consacrer davantage de ressources aux traitements assurés en milieu ouvert) ? Quels motifs pourrait-on invoquer à l'encontre d'une telle approche ?

#### Traitement d'office

- Les décisions de traitement d'office de patients psychiatriques devraient-elles nécessiter l'approbation d'un second médecin, indépendant ? De telles décisions devraient-elles en outre nécessiter l'approbation d'un tribunal ou une notification adressée à un procureur ? Quelles sont les autres garanties qui pourraient être importantes sous l'angle du traitement d'office ?
- Etant donné qu'il est reconnu que même une personne privée de sa capacité juridique peut néanmoins être capable de discernement et de consentir à un certain traitement médical ou refuser celui-ci, les normes du CPT devraient-elles comprendre des garanties concernant de tels cas ? Ou suffit-il que le tuteur/représentant légal prenne des décisions relatives au traitement médical au nom de l'intéressé (voir paragraphe 41 du 8<sup>e</sup> rapport général) ?
- Quelles garanties pourrait-on envisager pour s'assurer qu'une personne juridiquement incapable puisse contester son traitement d'office ?



## Références bibliographiques

Les documents suivants ont été consultés pour l'élaboration du présent document (compte tenu de la diffusion restreinte de ce document de travail, les sources d'information ont été signalées dans le texte uniquement lors de citations directes ou par souci de clarté) :

### *Atelier 1 : La lutte contre l'impunité dans la police et les services pénitentiaires*

Rapports du CPT : 14<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2004) 28 ; 23<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2013) 29 ; rapports du CPT sur sa visite de 2013 au Portugal, CPT/Inf (2013) 35, sur sa visite de 2011 en Russie, CPT/Inf (2013) 1, sur sa visite de 2011 en Espagne, CPT/Inf (2013) 6, et sur sa visite de 2010 en Irlande, CPT/Inf (2011) 3.

Arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme :

*Aksoy c. Turquie*, n° 21987/93, 18 décembre 1996

*Assenov c. Bulgarie*, n° 24760/94, 28 octobre 1998

*El-Masri c. Macédoine*, n° 39630/09, 31 décembre 2012.

Commissaire aux droits de l'homme, *Les violences policières – une menace grave pour l'État de droit*, 25 février 2014, Conseil de l'Europe.

Protocole d'Istanbul : *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, HCDH, Série sur la formation professionnelle, n° 8/Rev.1 (2004).

Svanidze E. (2014), *Normes européennes pour des enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, Conseil de l'Europe.

Smith G. (2015), « The interface between human rights and police complaints in Europe », chapitre devant être inclus dans Prenzler, T. et G. den Heyer (sous la direction de), *Civilian Oversight of Police: International Perspectives*, CRC Press.

### *Atelier 2 : Soins de santé en milieu pénitentiaire*

Rapports du CPT : 3<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (93) 12 ; 23<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2013) 29 ; rapports du CPT sur sa visite de 2010 en Italie, CPT/Inf (2013) 30 ; sur sa visite de 2012 en Bulgarie, CPT/Inf (2012) 32 ; et sur sa visite de 2013 à Chypre, CPT/Inf (2014) 31.

Arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme :

*Logvinenko c. Ukraine*, n° 13448/07, 14 octobre 2010

*A.B. c. Russie*, n° 1439/06, 14 octobre 2010

*Vasyukov c. Russie*, n° 2974/05, 05 avril 2011

*Iacov Stanciu c. Roumanie*, n° 35972/05, 24 juillet 2012.

Règles pénitentiaires européennes : Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux États membres.

Recommandation Rec(1998)7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

Documents de l'Organisation mondiale de la santé : *La prévention du suicide : Indications pour le personnel pénitentiaire* (2002), *Déclaration sur la santé en prison et la santé publique (Déclaration de Moscou)* (2005), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (2005), *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels* (2007).

Résolution A/RES/37/194 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 18 décembre 1982 sur les Principes d'éthique médicale  
<http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r194.htm>.

Bennett L. and Dyson J. (2014), "Deliberate self-harm among adults in prison", *Mental Health Practice*, Vol. 18, No.1, pp. 14-20.

Bjørngaard, J.H., Rustad A.B., Kjelsberg E. (2009), "The prisoner as patient – a health services satisfaction survey", *BMC Health Services Research*, 9:176,  
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-176.pdf>.

Hawton K. *et al.* (2014), "Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide", *The Lancet*, Vol. 383, pp. 1147-1154.

Lehtmetts A. and Pont J. (2014), *Prison health care and medical ethics: A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*, Council of Europe, Strasbourg.

Lines R., (2006) "From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons", *International Journal of Prisoner Health*, Vol.2 Issue 4, pp. 269-280.

Pont J., Stöver H., Wolff H. (2012), "Dual Loyalty in Prison Health Care", *American Journal of Public Health*, Vol. 102, No. 3, pp. 475-480.

Watson R., Stimpson A., Hostick T. (2004), "Prison health care: a review of the literature", *International Journal of Nursing Studies* 41, pp. 119-128.

### *Atelier 3 : Les mineurs en détention*

Rapports du CPT : 9<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (99) 12 ; 10<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2000) 13 ; 18<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2008) 25 ; 19<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2009) 27 ; 24<sup>e</sup> Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2015) 1 ; rapports du CPT sur sa visite en Italie, CPT/Inf (2010) 12 ; et sur sa visite en Grèce, CPT/Inf (2010) 33.

Ayre L., Philbrick K. and Reiss M. (eds) (2006), *Children of Imprisoned Parents: European Perspectives on Good Practice*, EUROCHIPS, Paris.

Hammarberg T. (2009), *Les enfants et la justice des mineurs : pistes d'amélioration*, Document thématique du Commissaire aux droits de l'homme, Conseil de l'Europe, Strasbourg.

Kilkelly U. (2012), *Les droits de l'enfant et le Comité européen pour la prévention de la torture*, Conseil de l'Europe, Strasbourg.

Kilkelly U. (2013), "Rewriting V v. United Kingdom: building on a ground-breaking standard", in *Diversity and European Human Rights: Rewriting Judgments of the ECHR*, Cambridge University Press, Cambridge.

Malmberg F. (2013), *From the Inside: Children and Young People on Life in Police Cells and in Remand Prisons*, The Ombudsman for Children in Sweden, Stockholm.

*Les enfants et la détention*, CICR (2014), Genève.

Lignes directrices du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur une justice adaptée aux enfants (adoptées le 17 novembre 2010).

Recommandation CM/Rec(2008)11 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures, adoptée le 5 novembre 2008.

Recommandation 1469 (2000) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les mères et bébés en prison, adoptée le 30 juin 2000.

Résolution 2020 (2014) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les alternatives au placement en rétention d'enfants migrants, 3 octobre 2014.

Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 6 (2005) sur le traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine, CRC/GC/2005/6, adoptée le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Observation générale n°10 (2007), Les droits de l'enfant dans le système de justice pour mineurs, CRC/GC/10, adoptée le 25 avril 2007.

Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, Assemblée générale A/RES/44/25, adoptée le 20 novembre 1989.

Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour les mineurs (« Règles de Beijing »), Assemblée générale, résolution A/RES/40/33, adopté le 29 novembre 1985.

Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté de 1990 (« Règles de la Havane »), Assemblée générale, A/RES/45/113, adoptées le 14 décembre 1990.

Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile de 1990 (« Principes directeurs de Riyad »), Assemblée générale, A/RES/45/112, adoptés le 14 décembre 1990.

#### *Atelier 4 : L'isolement de détenus*

Rapports du CPT : 21<sup>e</sup> Rapport général sur les activités du CPT, CPT/Inf (2011) 28 ; 24<sup>e</sup> Rapport général sur les activités du CPT, CPT/Inf (2015) 1 ; rapports du CPT sur sa visite de 2001 en Turquie, CPT/Inf (2002) 8, sur sa visite de 2008 en Azerbaïdjan, CPT/Inf (2009) 28; sur sa visite de 2009 en Italie, CPT/Inf (2010) 14; sur sa visite de 2009 en Hongrie, CPT/Inf (2010) 16; sur sa visite de 2010 en Arménie CPT/Inf (2011) 24; sur sa visite de 2011 en Arménie, CPT/Inf (2012) 23; sur sa visite de 2011 en Bosnie-Herzégovine, CPT/Inf (2012) 15; sur sa visite de 2011 en Grèce CPT/Inf (2012) 1; sur sa visite de 2011 en Serbie, CPT/Inf (2012) 17; sur sa visite de 2012 au Danemark (Groenland), CPT/Inf (2013) 3; su sa visite de 2012 au Portugal, CPT/Inf (2013) 4; sur sa visite de 2012 en Bulgarie, CPT/Inf (2012) 32; sur sa visite de 2012 en Géorgie, CPT/Inf (2013) 18; et sur sa visite de 2012 au Royaume-Uni, CPT/Inf (2014) 11.

Arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme :

*Van der Ven c. les Pays-Bas*, n° 50901/99, 4 février 2003

*Öcalan c. Turquie* [GC], n° 46221/99, 12 mai 2005

*Rohde c. Danemark*, n° 69332/01, 21 juillet 2005

*Ramirez Sanchez c. France* [GC], n° 59450/00, 4 juillet 2006

*Babar Ahmad et autres c. Royaume-Uni*, n° 24027/07, 11949/08, 36742/08, 66911/09 and 67354/09, 10 avril 2012

*Messina c. Italie* (n° 2) (déc.), n° 25498/94, 10 avril 2012.

Rapport intérimaire du Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, UN Doc A/68/295, 9 août 2013.

Rapport intérimaire du Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, UN Doc A/66/268, 5 août 2011.

Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique, adoptée le 9 décembre 2007 au Colloque international de psychotraumatologie à Istanbul.

Document de travail élaboré par le Secrétariat pour la deuxième réunion du groupe d'experts intergouvernemental à composition non limitée sur l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, UNODC/CCPCJ/EG.6/2012/2, 6 novembre 2012.

Shalev S. (2008), *Manuel de référence sur l'isolement cellulaire*, Mannheim Centre for Criminology, LSE: Londres, disponible en ligne à l'adresse suivante : [www.solitaryconfinement.org/sourcebook](http://www.solitaryconfinement.org/sourcebook).

Scharff Smith P. (2006), « The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates. A Brief History and Review of the Literature » in *Crime and Justice*, Vol. 34, pp. 441-528.

### *Atelier 5 : Vers de nouvelles normes du CPT en matière de psychiatrie*

Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rév. 2013

Rapports du CPT : 3e Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (93) 12 ; 8e Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (98) 12 ; 16e Rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (2006) 35.

Arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme :

*Bureš c. République tchèque*, n° 37679/08, 18 octobre 2012

*D.D. c. Lituanie*, n° 13469/06, 14 février 2012

*Gennadiy Naumenko c. Ukraine*, n° 42023/98, 10 février 2004

*Herczegfalvy c. Autriche*, n° 10533/83, 24 septembre 1992

*Ketreb c. France*, n° 38447/09, 19 juillet 2012

*Koroviny c. Russie*, n° 31974/11, 27 février 2014

*Lashin c. Russie*, n° 33117/02, 22 janvier 2013

*Schneiter c. Suisse*, n° 63062/00, 31 mars 2005 (irrecevable)

*Shtukaturov c. Russie*, n° 44009/05, 27 mars 2008

*Stanev c. Bulgarie*, n° 36760/06, 17 janvier 2012

*Storck c. Allemagne*, n° 61603/00, 16 juin 2005

*Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979.

Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, CPT/Inf/C (2002) 1, adoptée à Strasbourg, 26 novembre 1987.

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006 (Résolution A/RES/61/106).

Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006 (Résolution A/RES/61/106).

Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de

l'Homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo), STCE no. 164, accessible à l'adresse : <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Treaties/Html/164.htm>.

Site internet du Conseil de l'Europe <http://www.coe.int/en/>.

Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées sur les rapports initiaux des Etats parties, accessibles à l'adresse <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>.

Observation générale n° 1 du Comité des droits des personnes handicapées, *Article 12: Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité*, CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014.

Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Recommandation n° R (99) 4 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables.

Résolution 46/119 des Nations Unies sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, adoptée par l'Assemblée générale le 17 décembre 1991 (A/RES/46/119).

Bartlett P. (2013), "Re-Thinking *Herczegfalvy*: The ECHR and the Control of Psychiatric Treatment", in Brems E. (dir.), *Diversity and European Human Rights: Rewriting Judgments of the ECHR*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bartlett P. (2012), "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law", *Modern Law Review*, Vol. 75, Issue 5, pp. 752-778.

Dierck de Casterlé B., Goethals S., Gastmans C. (2014), "Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint", *Nursing Ethics*, 6 août 2014, 1477-0989.

Freeman M. *et al.* (2005), Ouvrage de référence de l'OMS sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation, OMS, Genève.

Høyer G. (2012), *Le recours à la contention dans les établissements psychiatriques*, CPT (2012) 28, accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2012-28-fra.pdf>.

Høyer G. (2011), *Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux (Document de discussion préparé pour le groupe médical par Georg Høyer)*, CPT (2011) 27 accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2011-27-fra.pdf>.

Høyer G. (2010) 100, *Comment aborder les cas de recours prolongé à des moyens de contention mécanique dans les établissements de santé mentale – Lignes directrices à l'intention des délégations qui effectuent des visites*, CPT (2010) 100 accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2010-100rev-fra.pdf> .

Kontio R. *et al.* (2010), "Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?", *Nursing Ethics*, vol.17 no.1, pp. 65-76.

Lehtmets A. et Hauksson P., *Liste de référence pour l'évaluation des hôpitaux psychiatriques*, CPT (2009) 56, accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2009-56rev-fra.pdf> .

Lehtmets A. et Pimenoff V., *Moyens de contrainte en hôpital psychiatrique*, CPT (2006) 22 accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/cpt-2006-22-fra.pdf>.

Ortakov V. (2010), *Proposition pour le chapitre de fond du 21e Rapport Général du CPT sur le traitement psychiatrique non volontaire et les mesures de remplacement du traitement en institution*, CPT (2010) 67, accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2010-67-fra.pdf>.

Prinsen E.J.D. et van Delden J.J.M. (2009), "Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry?" *Journal of Medical Ethics* No. 35(1), pp. 69-73.

Restellini J.-P. (2008), *Traitement somatique sous contrainte chez les détenus*, CPT (2008) 87, accessible à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2008-87-fra.pdf>.

*Rapport intérimaire du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Assemblée générale, A/63/175, 28 juillet 2008.

*Rapport intérimaire du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Assemblée générale, A/66/268, 05 août 2011.

*Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, FRA, 2012.

*Recommandations du Centre de défense des droits des personnes handicapées mentales (MDAC) au Comité européen pour la prévention de la torture, concernant l'alignement des normes sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*, document non publié, 02 mars 2010.

*Etude thématique visant à faire mieux connaître et comprendre la Convention relative aux droits des personnes handicapées, établie par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Rapport annuel, A/HRC/10/48, 26 janvier 2009.*