



CPT/Inf (93) 12

Comité européen pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
(CPT)

3e rapport général d'activités du CPT

couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992

Strasbourg, 4 juin 1993

TABLE DES MATIERES

	Page
Préface	4
I. ACTIVITES EN 1992	5
a. Visites	5
b. Réunions	6
c. Déclaration publique relative à la Turquie	7
d. Suivi des visites	8
e. Relations avec d'autres organismes	9
II. QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU CPT ET QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE	10
a. Signatures et ratifications de la Convention	10
b. Composition du CPT	10
c. Questions budgétaires	11
d. Autres questions	12
III. SERVICES DE SANTE DANS LES PRISONS	13
a. Accès au médecin	13
b. Equivalence des soins	14
i) médecine générale	14
ii) soins psychiatriques	15
c. Consentement du patient et confidentialité	16
i) consentement du patient	16
ii) confidentialité	17

d.	Prévention sanitaire	17
	i) hygiène	18
	ii) maladies transmissibles	18
	iii) prévention des suicides	18
	iv) prévention de la violence	19
	v) liens sociaux et familiaux	20
e.	Intervention humanitaire	20
	i) mère et enfant	20
	ii) adolescents	20
	iii) personnalités pathologiques	21
	iv) incapacité à la détention	21
f.	Indépendance professionnelle	21
g.	Compétence professionnelle	22
IV.	REMARQUES FINALES	23
ANNEXE 1 :	Etat des signatures et ratifications de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	24
ANNEXE 2 :	A. Membres du CPT par ordre de préséance	25
	B. Secrétariat du CPT	26
ANNEXE 3 :	Lieux de détention visités par des délégations du CPT en 1992	27
ANNEXE 4 :	Déclaration publique relative à la Turquie	31
ANNEXE 5 :	Lettre du Président du CPT au Secrétaire Général Adjoint aux Droits de l'Homme des Nations Unies	42

Préface

Les traits marquants des activités du Comité, au cours de l'année 1992, sont résumés dans le présent rapport. Ce rapport ne traite guère des questions de procédure et d'organisation liées au déroulement des visites. Le règlement intérieur du CPT n'a pas été amendé depuis septembre 1991 et, plus généralement, les méthodes de travail établies par le Comité depuis le début de ses activités ont démontré leur efficacité. La description détaillée de ces questions faite dans le 1er rapport général (cf. CPT (91) 3) reste valable.

Dans son 2e rapport général (cf. CPT/Inf (92) 3), le CPT faisait référence à certaines questions relatives à la détention par la police de personnes soupçonnées d'infractions pénales et à l'emprisonnement, auxquelles il est attentif lorsqu'il effectue ses visites. Dans le présent rapport, le Comité se propose d'examiner de façon plus approfondie la question des services de santé dans les prisons. A l'instar des remarques formulées précédemment au sujet de la détention par la police et de l'emprisonnement, le CPT apprécierait de recevoir des commentaires sur ce chapitre traitant des questions de fond.

I. ACTIVITES EN 1992

a. Visites

1. Le CPT a effectué des visites dans sept Etats en 1992 : par ordre chronologique, au Portugal (19 au 27 janvier 1992), en Italie (15 au 27 mars 1992), à Saint- Marin (25 au 27 mars 1992), en Finlande (10 au 20 mai 1992), aux Pays-Bas (30 août au 7 septembre 1992), à Chypre (2 au 9 novembre 1992), et en Turquie (22 novembre au 4 décembre 1992).

Ces visites étaient toutes à caractère périodique. Le CPT avait prévu d'effectuer en 1992 une huitième visite à caractère périodique, au Luxembourg. Toutefois, en raison des difficultés liées à la charge de travail au sein du Secrétariat du Comité, il a été décidé de reporter cette visite en 1993¹.

2. La liste des lieux de détention visités en 1992 par les délégations du CPT figure en annexe 3. Les visites des établissements de police et des prisons (non militaires) occupent toujours une place prépondérante dans l'activité du Comité bien qu'un nombre croissant d'établissements psychiatriques aient fait également l'objet de visites. On peut s'attendre à une extension significative des activités du CPT à d'autres types de lieux où des personnes sont privées de liberté, dès que le Comité aura achevé le "premier cycle" de visites à caractère périodique à toutes les Parties à la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après "la Convention").

3. Dans l'ensemble, les délégations chargées des visites ont bénéficié d'une coopération satisfaisante, tant de la part des autorités au niveau national (ministériel) que de celles responsables des lieux visités.

Tout comme en 1991, il y a eu quelques exemples isolés où l'accès d'une délégation à un lieu qu'elle souhaitait visiter a été retardé (de plus de deux heures dans un cas précis). Ce problème concernait presque exclusivement des établissements relevant de forces de l'ordre.

Le CPT reconnaît que lorsqu'une visite débute dans un lieu de détention, un bref délai peut être nécessaire à la vérification de l'identité des membres de la délégation chargée de la visite. Toutefois, ceci ne devrait être qu'une question de minutes et non d'heures. Afin de prévenir les difficultés concernant l'exercice, dans la pratique, du droit du CPT de se rendre à son gré dans des lieux de détention, il devient de plus en plus fréquent que les autorités nationales fournissent aux membres des délégations des lettres d'accréditation, en plus des pièces d'identité établies par le Conseil de l'Europe.

¹ La visite au Luxembourg s'est déroulée du 17 au 25 janvier 1993

4. Dans le cadre de deux visites, les activités des délégations ont été quelque peu gênées par les autorités judiciaires.

Dans un cas, un procureur a refusé de donner l'autorisation à une délégation de s'entretenir avec des personnes détenues par la police, en violation manifeste de l'article 8, paragraphe 3, de la Convention. Ce magistrat s'est refusé à donner cette autorisation en invoquant le fait qu'elle n'avait reçu aucune information concernant la visite de la délégation. Cette situation a été ensuite clarifiée et la délégation a pu rencontrer les personnes en question le lendemain.

Dans l'autre, la demande d'accès au dossier d'une personne détenue formulée par la délégation a été refusée par le juge compétent, ce qui a eu pour conséquence qu'elle n'a pu avoir accès aux informations nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (cf. article 8.2.d. de la Convention).

5. Mention devrait également être faite des difficultés rencontrées dans deux pays, par les délégations chargées des visites, relatives à la consultation des dossiers médicaux de détenus. Dans un cas, l'accès à des dossiers tenus par le service de santé d'une prison a été dans un premier temps refusé ; dans l'autre cas, il a fallu un temps considérable pour accéder à des fiches médicales concernant des détenus, établies par un service de médecine légale.

6. Le CPT n'a aucune raison de croire que ces situations ont une autre origine qu'une connaissance lacunaire, de la part des autorités concernées, des attributions du CPT. Cependant, elles illustrent combien il est important pour les Parties à la Convention d'informer en détail toutes les autorités compétentes - y compris les autorités judiciaires ainsi que les services de santé concernés - sur le mandat du CPT et les obligations des Parties vis-à-vis du Comité.

b. Réunions

7. Le CPT s'est réuni en session plénière à quatre reprises en 1992. Il a adopté les rapports relatifs aux visites à caractère périodique effectuées en France, Allemagne, Suède et Suisse en 1991 ainsi qu'en Italie et au Portugal en 1992². En outre, dans le cadre du dialogue permanent que le Comité entretient avec les Etats dans lesquels une visite a été effectuée, il a adressé des observations aux autorités maltaises, suédoises et du Royaume-Uni sur les rapports intérimaires et/ou de suivi présentés par ces pays en réponse à ses rapports de visite³.

² Lors de la session plénière de février 1993, le CPT a adopté les rapports relatifs aux visites à caractère périodique effectuées en Finlande et à Saint-Marin en 1992, et lors de celle de mai 1993, les rapports relatifs aux visites à caractère périodique effectuées à Chypre et aux Pays-Bas en 1992.

³ A ce jour, de telles observations ont été adressées aux autorités autrichiennes et françaises au cours de 1993.

8. En plus des sessions plénières, de nombreuses réunions des délégations responsables des visites se sont tenues au cours de l'année, tant à l'occasion des sessions plénières qu'indépendamment de celles-ci. Ces réunions concernent soit la préparation des visites soit leur suivi (discussion du projet de rapport de visite ; préparation des observations relatives au rapport intérimaire ou de suivi présenté par l'Etat visité). En réalité, pour nombre de membres du Comité (notamment les chefs de délégation), les tâches au titre de la participation aux délégations chargées des visites, sont aussi absorbantes - sinon plus - que celles découlant des sessions plénières.

c. Déclaration publique relative à la Turquie

9. Le 15 décembre 1992, le CPT a fait usage du pouvoir que lui confère l'article 10, paragraphe 2, de la Convention et a adopté une déclaration publique relative à la Turquie (cf. Annexe 4). La déclaration a été diffusée le 21 décembre 1992 ; un exemplaire sous embargo a été adressé aux Représentants Permanents des Etats membres du Conseil de l'Europe, le 18 décembre 1992. C'est la première fois que le Comité a eu recours aux dispositions de l'article 10, paragraphe 2.

10. Le CPT avait décidé à sa 14e réunion (28 septembre au 2 octobre 1992) de mettre en oeuvre la procédure prévue à l'article 10, paragraphe 2, après examen des mesures prises par les autorités turques suite aux recommandations formulées par le Comité dans ses rapports relatifs aux visites ad hoc effectuées en Turquie en 1990 et en 1991.

Les autorités turques ont été informées des conclusions du CPT et, conformément à la Convention, ont été invitées à s'expliquer. Les observations des autorités turques sont parvenues au Comité le 16 novembre 1992. Le CPT a étudié ces observations lors de sa 15e réunion qui s'est tenue du 14 au 17 décembre 1992 ; à cette même réunion, le Comité a pris en considération les faits constatés par la délégation qui a effectué la visite à caractère périodique en Turquie au cours de novembre/décembre 1992. A la majorité requise des deux tiers de ses membres, le Comité a décidé de faire une déclaration publique.

11. Dans sa déclaration, le CPT conclut, à la lumière de toutes les informations en sa possession, que la pratique de la torture et d'autres formes de mauvais traitements graves de **personnes détenues par la police** reste largement répandue en Turquie et qu'il en est fait usage à la fois à l'égard de suspects de droit commun et de personnes détenues en vertu de la législation contre le terrorisme.

Le CPT y expose par ailleurs les différentes mesures qu'il considère nécessaires pour traiter ce problème.

12. Le CPT souhaite rappeler que la déclaration publique a été faite dans un esprit constructif. Il espère qu'elle facilitera les efforts des autorités turques et du Comité - agissant en coopération - en vue de renforcer la protection des personnes privées de liberté contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants.

d. Suivi des visites

13. Actuellement, le CPT adresse son rapport à la Partie concernée quelque neuf mois après une visite à caractère périodique. Ce délai est trop important. Le Comité demeure résolument attaché au principe d'adresser les rapports de visite dans les six mois après la fin de chaque visite au plus tard. La situation présente est due largement à une surcharge de travail au niveau du Secrétariat du Comité. Le CPT a bon espoir que les moyens de résoudre ce problème seront trouvés (cf. également paragraphe 26 et 27).

14. Toutefois, le CPT souhaite rappeler qu'une délégation chargée d'une visite rencontre invariablement les autorités nationales à l'issue de celle-ci. Par conséquent, les autorités en question sont informées immédiatement de toute question suscitant une préoccupation particulière.

15. Le processus de dialogue permanent avec les Etats visités s'est poursuivi globalement de façon satisfaisante pendant l'année 1992. Les rapports intérimaires et de suivi demandés par le CPT ont été transmis par les Etats concernés, normalement dans les limites de temps demandées par le Comité. Certains de ces rapports apportent des réponses substantielles et tous témoignent que les recommandations et autres conseils du CPT sont examinés avec sérieux.

16. Au cours de l'année 1992, deux autres rapports du CPT - concernant la visite à Malte en 1990 et en Suède en 1991 - ont été publiés, conformément à l'article 11 (2) de la Convention. Les autorités suédoises ont consenti ultérieurement à la publication de leur rapport intérimaire en réponse au rapport du CPT⁴.

Le CPT ne peut que réitérer sa satisfaction devant l'attitude des Etats qui ont consenti à la publication de ses rapports.

⁴ Il est à noter que les rapports du CPT relatifs à ses visites en France et en Suisse au cours de l'année 1991 ont été publiés en janvier 1993, conjointement avec les rapports intérimaires des autorités françaises et suisses, et que le rapport relatif à la visite en Finlande au cours de l'année 1992 a été publié en avril 1993. A ce jour, huit rapports du CPT ont été publiés, c'est-à-dire (en ordre alphabétique) ceux relatifs aux visites en Autriche, au Danemark, en Finlande, en France, à Malte, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni. En outre, les rapports de suivi des autorités suédoises et du Royaume-Uni, en réponse aux rapports du CPT, ont été publiés respectivement en mars et avril 1993.

e. Relations avec d'autres organismes

17. Le CPT a maintenu des relations avec d'autres organismes, à la fois gouvernementaux et non gouvernementaux, qui travaillent dans des domaines couverts par le mandat du Comité.

Les contacts suivis entre le Comité et le Comité International de la Croix-Rouge sur des questions d'intérêt commun méritent d'être soulignés (cf. également le 1er rapport général du CPT (91) 3, paragraphe 44). En outre, des relations de travail ont été établies récemment entre le CPT et le Conseil de Coopération Pénologique.

18. En août 1992, le Secrétaire Général Adjoint des Nations Unies pour les Droits de l'Homme a invité le CPT à soumettre des observations sur le projet de Protocole additionnel se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, proposé par le Gouvernement du Costa-Rica le 22 janvier 1991. Les observations transmises par la suite par le CPT sont reproduites en annexe 5.

De plus, en octobre 1992, le Second Vice-président du CPT a participé à une audition devant le groupe de travail chargé d'examiner le projet de Protocole additionnel, afin d'expliquer les activités du CPT.

19. Des membres du CPT prennent de plus en plus part, à titre individuel, à des séminaires et des colloques en vue d'exposer le travail du CPT. Une mention particulière pourrait être faite à l'"Atelier de Formation des Directeurs de prison d'Europe centrale et orientale" qui s'est tenu à Varsovie en octobre 1992, auquel ont participé les Premier et Second Vice-présidents du Comité.

20. Enfin, le Président du CPT a participé à un échange de vues avec les Délégués des Ministres le 23 juin 1992, dans le cadre de l'examen par ces derniers du 2e Rapport général du Comité. De tels échanges de vues sont une occasion inestimable d'effectuer un large tour d'horizon sur les activités du CPT ; le Comité espère que ceux-ci deviendront une tradition annuelle.

II. QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU CPT ET QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE

a. Signatures et ratifications de la Convention

21. Le nombre des Etats Parties à la Convention est resté stable en 1992, c'est-à-dire 23. La Convention a été signée le 23 décembre 1992 par la Tchécoslovaquie, peu avant que cet Etat ne cesse d'exister⁵. La question de savoir si cette signature aura un effet à l'égard des Républiques tchèque et slovaque récemment constituées, au cas où elles deviendraient membres du Conseil de l'Europe (les deux Républiques ont déposé leur demande d'adhésion à l'Organisation), n'a pas encore été clarifiée.

b. Composition du CPT

22. Quatre nouveaux membres du CPT ont été élus par le Comité des Ministres en 1992: M. Jón Bjarman, au titre de l'Islande, M. Arnold Oehry (Liechtenstein), Mme Nora Staels-Dompas (Belgique), et M. José Vieira Mesquita (Portugal). A la fin de 1992, le CPT comptait 22 membres, le siège de Saint-Marin étant toujours vacant (voir la liste complète des membres en annexe 2A)⁶.

23. Dans son 2e Rapport d'activités, le CPT a mis l'accent sur l'importance d'augmenter le nombre de ses membres qui possèdent des connaissances pratiques spécialisées en matière de systèmes pénitentiaires ou qui soient des médecins ayant une expérience appropriée (cf. CPT/Inf (92) 3, paragraphes 26 et 27). Le CPT est reconnaissant au Comité des Ministres des mesures qu'il a prises par la suite à ce sujet.

24. Une autre question soulevée dans le 2e Rapport d'activités concernait les dates d'expiration des mandats des membres du CPT (cf. CPT/Inf (92) 3, paragraphe 16). Le Comité est également reconnaissant au Comité des Ministres d'avoir demandé au Comité Directeur pour les Droits de l'Homme d'examiner la question de l'opportunité de répartir les membres du CPT en deux groupes, assurant par là un renouvellement équilibré d'une moitié du Comité tous les deux ans.

⁵ Par ailleurs, la Convention a été signée par la Hongrie, le 9 février 1993, (cf. annexe 1 pour l'état des signatures et des ratifications de la Convention).

⁶ M. Leopoldo Torres Boursault a été élu membre du CPT au titre de l'Espagne le 3 mai 1993, suite à la démission de M. José Maria Mohedano le 15 février 1993.

25. La nécessité de mesures en ce sens ressort clairement de la liste des membres du CPT qui figure en annexe 2A. Sur les 22 membres actuels, 10 ont des mandats comportant la même date d'expiration. Cependant, parmi les mandats des 12 autres membres, il n'y a pas moins de 9 dates différentes d'expiration échelonnées sur une période d'environ trois ans. Selon les dispositions actuelles de la Convention, il n'y a pas de moyen d'aligner les mandats de ces derniers membres. En outre, les mandats de membres élus au titre de nouvelles Parties à la Convention auront d'autres dates d'expiration. Même le groupe actuel des 10 membres dont les mandats ont une date identique d'expiration sera sans doute dissout au fur et à mesure que des membres de ce groupe n'arriveront pas, pour l'une ou l'autre raison, au terme de leur mandat.

A moins que des mesures appropriées ne soient prises, la diversité des dates d'expiration des mandats deviendra tôt ou tard une source considérable d'inconvénients du point de vue de l'organisation. Le CPT espère donc vivement qu'un Protocole à la Convention, traitant cette question, sera adopté le plus tôt possible et qu'il inclura des dispositions destinées à lui assurer une entrée en vigueur rapide.

c. Questions budgétaires

26. Les demandes budgétaires du CPT pour 1993 concernant les visites et les réunions ont été approuvées par le Comité des Ministres. Cependant, les moyens du Secrétariat du CPT pour 1993 seront quelque peu plus limités par rapport à ce qui avait été envisagé quand le programme de visites pour 1993 avait été arrêté au milieu de 1992. Confronté à cette situation et prenant également en compte une certaine accumulation de travail en ce qui concerne la préparation des rapports de visite et la poursuite du dialogue continu avec les Etats visités, le CPT a dû réduire le programme prévu initialement pour 1993. Néanmoins, le Comité espère toujours avoir terminé avant la fin de 1993 le premier cycle de visites périodiques aux Etats qui sont actuellement Parties à la Convention⁷.

27. Le Secrétariat devrait être renforcé par l'arrivée d'un administrateur supplémentaire au courant de 1993 et il est espéré qu'un autre administrateur soit mis à disposition au début de l'année 1994. Cela devrait permettre au CPT d'augmenter le volume des visites et en même temps d'éviter tout retard dans l'élaboration des rapports de visite et dans la mise en oeuvre des procédures de suivi.

⁷ Au début de 1993, les Parties suivantes à la Convention n'avaient pas encore reçu de visite périodique : Belgique, Grèce, Islande, Irlande, Liechtenstein, Luxembourg et Norvège.

d. Autres questions

28. Dans ses précédents Rapports d'activités, le CPT avait attiré l'attention sur certains problèmes juridiques qui s'étaient posés au sujet de l'interprétation de la Convention, c'est-à-dire l'exigence d'un visa pour les membres des délégations du CPT chargées des visites, l'indication des raisons en cas de mise en oeuvre de l'article 14 (3) de la Convention (objections à la participation à une visite d'un expert ou d'une autre personne assistant le Comité) et le statut juridique du Rapport explicatif relatif à la Convention.

29. Le Comité des Ministres a levé le caractère confidentiel des documents échangés avec le CPT sur ces sujets. En conséquence, ceux-ci peuvent être obtenus auprès du Secrétariat du CPT.

III. SERVICES DE SANTE DANS LES PRISONS

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

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

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

- a. Accès au médecin
- b. Equivalence des soins
- c. Consentement du patient et confidentialité
- d. Prévention sanitaire
- e. Intervention humanitaire
- f. Indépendance professionnelle
- g. Compétence professionnelle

a. Accès au médecin

33. A l'entrée en prison, tout détenu devrait être vu sans délai par un membre du service de santé de l'établissement. Dans les rapports établis à ce jour, le CPT a recommandé que chaque détenu nouvellement arrivé bénéficie d'un entretien avec un médecin et, si nécessaire, soit soumis à un examen médical aussi tôt que possible après son admission. Il faut ajouter que dans certains pays, le contrôle médical à l'admission est effectué par un infirmier diplômé qui fait rapport à un médecin; cette dernière approche peut parfois être considérée comme le moyen de faire au mieux avec le personnel disponible.

Il est également à recommander qu'une note ou une brochure informative soit remise au nouvel arrivant, portant sur l'existence et le fonctionnement du service de santé et rappelant les mesures d'hygiène essentielles.

34. Pendant son incarcération, un détenu doit en tout temps pouvoir recourir à un médecin, quel que soit le régime de détention auquel il est soumis (en ce qui concerne plus particulièrement l'accès au médecin pour les prisonniers placés à l'isolement, voir paragraphe 56 du 2e Rapport général : CPT/Inf (92) 3). L'organisation du service de santé doit permettre de répondre aux demandes de consultation aussi rapidement que nécessaire.

Tout détenu doit pouvoir faire appel confidentiellement au service de santé, par exemple sous la forme d'un message sous pli fermé. En outre, le personnel de surveillance ne doit pas trier les demandes de consulter un médecin.

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

En ce qui concerne le dispositif d'urgence, un médecin doit pouvoir être atteint en permanence. Par ailleurs, une personne en mesure de fournir les premiers soins doit toujours être présente dans les locaux pénitentiaires. Elle doit être dotée dans toute la mesure du possible d'une qualification reconnue d'infirmier.

Un suivi approprié devrait être assuré par le personnel soignant, notamment à l'égard des traitements administrés en consultation ambulatoire ; dans de nombreux cas il n'est pas suffisant que le suivi médical soit laissé à l'initiative du détenu.

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

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

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

b. Equivalence des soins

i) médecine générale

38. Le service de santé pénitentiaire doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers, ainsi que les régimes alimentaires, la physiothérapie, la rééducation ou toute autre prise en charge spéciale qui s'impose, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre. Les effectifs en personnel médical, infirmier et technique, ainsi que la dotation en locaux, installations et équipements, doivent être établis en conséquence.

Une supervision appropriée de la pharmacie et de la distribution des médicaments doit être assurée. En outre, la préparation des médicaments doit être confiée à un personnel qualifié (pharmacien, infirmier, etc.)

39. Un dossier médical doit être établi pour chaque patient, contenant des informations diagnostiques ainsi qu'un relevé suivi de l'évolution et des examens spéciaux réalisés. En cas de transfert, le dossier doit être porté à la connaissance des médecins successifs.

De plus, des registres journaliers doivent être tenus par les équipes de soins, dans lesquels sont mentionnés les événements particuliers qui se rapportent aux patients. De tels registres fournissent une vue générale de la situation sanitaire dans la prison et mettent en relief tout problème spécifique qui surgit.

40. Le bon fonctionnement d'un service de santé demande que médecins et personnel soignant puissent se rencontrer régulièrement et se constituer en équipe de travail, sous la responsabilité d'un médecin-chef.

ii) soins psychiatriques

41. En comparaison avec les taux statistiques observés dans la population générale, un nombre élevé de personnes incarcérées présentent des symptômes d'ordre psychiatrique. Par conséquent, un médecin qualifié en psychiatrie doit être attaché au service de santé dans chaque prison, et certains infirmiers doivent avoir reçu une formation dans ce domaine.

La dotation en personnel médical et soignant, ainsi que la disposition des lieux de détention, doivent garantir la possibilité de programmes pharmacologiques, psychothérapeutiques et ergothérapeutiques suivis.

42. Le CPT souhaite insister sur le rôle important que doit jouer l'administration pénitentiaire dans la détection précoce des détenus souffrant d'un désordre psychiatrique (dépression, état réactionnel, etc.), en vue de permettre les aménagements appropriés de leur environnement. Cette activité peut être encouragée par une formation sanitaire adéquate de certains membres du personnel de surveillance.

43. Un détenu malade mental doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Cette structure pourrait être soit un hôpital psychiatrique civil, soit une unité psychiatrique spécialement équipée, établie au sein du système pénitentiaire.

D'un côté, il est souvent avancé que des raisons d'éthique conduisent à hospitaliser les détenus malades mentaux en dehors du système pénitentiaire, dans des institutions qui relèvent de la santé publique. D'un autre côté, il peut être soutenu que la création de structures psychiatriques au sein du système pénitentiaire permet d'assurer les soins dans des conditions optimales de sécurité et de renforcer l'activité des services médicaux et sociaux au sein de ce système.

Quelle que soit l'option prise, la capacité d'accueil de l'unité psychiatrique doit être suffisante. Il existe trop souvent un délai d'attente prolongé lorsqu'un transfert est devenu nécessaire. Le transfert de la personne en question dans une unité psychiatrique doit être considéré comme une question hautement prioritaire.

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

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

c. Consentement du patient et confidentialité

45. La liberté du consentement comme le respect de la confidentialité relèvent des droits fondamentaux de l'individu. Ces conditions sont aussi à la base de la confiance qui est nécessaire dans la relation entre médecin et malade, spécialement en milieu de détention, alors que le libre choix du médecin n'est pas possible pour les détenus.

i) consentement du patient

46. Le patient doit pouvoir disposer de toutes informations utiles (si nécessaire sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical pénitentiaire, à moins d'une contre indication justifiée d'un point de vue thérapeutique.

Il doit pouvoir demander la transmission de ces informations à sa famille, à son avocat ou à un médecin de l'extérieur.

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

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

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

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

Les règles appliquées doivent être celles du milieu libre, avec intervention d'une commission d'éthique. Le CPT souhaite ajouter qu'il est favorable à la recherche concernant la pathologie ou l'épidémiologie carcérales ou d'autres aspects propres à la condition des détenus.

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

iii) confidentialité

50. Le secret médical doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Les dossiers des patients doivent être conservés sous responsabilité médicale.

51. Tous les examens médicaux des détenus (lors de leur admission ou ultérieurement) doivent s'effectuer hors de l'écoute et - sauf demande contraire du médecin - hors de la vue du personnel pénitentiaire. En outre, les détenus doivent être examinés individuellement et non collectivement.

d. Prévention sanitaire

52. Les services de santé des prisons ne devraient pas limiter leur intervention aux prestations de soins à des détenus malades. Ils devraient également être investis d'une responsabilité de médecine sociale et préventive.

i) hygiène

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

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

ii) maladies transmissibles

54. Un service de santé dans une prison doit s'assurer qu'une information sur les maladies transmissibles (en particulier hépatite, sida, tuberculose, affections dermatologiques) est diffusée régulièrement, tant à l'intention des détenus que du personnel pénitentiaire. Le cas échéant, un contrôle médical de l'entourage (co-détenus, personnel pénitentiaire, visiteurs fréquents du détenu en question) doit être mis en oeuvre.

55. En ce qui concerne plus particulièrement le sida, des conseils adéquats devraient être fournis avant et, si nécessaire, après tout test de dépistage. Il faut assurer au personnel pénitentiaire une formation suivie portant sur les mesures préventives à prendre et les conduites à observer concernant la séropositivité au V.I.H., avec indication de consignes appropriées quant à la non-discrimination et à la confidentialité.

56. Le CPT souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'existe aucune justification médicale à la ségrégation de détenus séropositifs pour le V.I.H. qui sont des porteurs sains.

iii) prévention des suicides

57. La prévention des suicides constitue un autre domaine relevant de la compétence d'un service de santé pénitentiaire. Celui-ci devrait assurer une sensibilisation à ce problème au sein de l'établissement ainsi que la mise en place de dispositifs appropriés.

58. Le contrôle médical lors de l'admission, et la procédure d'accueil dans son ensemble, ont un rôle important à jouer dans ce domaine ; effectué convenablement, ce processus peut permettre d'identifier au moins un certain nombre de sujets à risque et atténuer en partie l'anxiété éprouvée par tous les détenus nouvellement arrivés.

En outre, tout fonctionnaire pénitentiaire, quel que soit son travail, doit être rendu attentif aux signes de risque suicidaire - ce qui implique d'être formé à les reconnaître. A cet égard, il est à noter que les périodes précédant ou suivant immédiatement un procès et quelquefois la période proche de la libération se caractérisent par une augmentation du risque de suicide.

59. Une personne identifiée comme présentant un risque de suicide doit être placée, aussi longtemps que nécessaire, en observation particulière. En outre, de telles personnes ne devraient pas avoir un accès facile à des objets leur permettant de se suicider (barreaux des fenêtres, verre brisé, ceintures, cravates, etc.).

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

iv) prévention de la violence

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

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

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

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

v) liens sociaux et familiaux

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

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

e. Intervention humanitaire

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

i) mère et enfant

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

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

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

ii) adolescents

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

Pendant l'incarcération, il faut donner aux adolescents la possibilité de vivre dans un lieu stable, avec des objets personnels, selon des regroupements socialement favorables. Le régime de détention doit être basé sur une occupation intensive, des rencontres socio-éducatives diverses, des activités sportives, la scolarisation, l'apprentissage, les sorties accompagnées, ainsi que l'ouverture à des choix et à des projets raisonnables.

iii) personnalités pathologiques

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

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

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

iv) incapacité à la détention

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

f. Indépendance professionnelle

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

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

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

73. Un médecin pénitentiaire est un médecin-traitant. Par conséquent, afin de préserver la relation médecin/patient, il ne doit pas être appelé à certifier qu'un détenu est apte à subir une punition. Il ne doit pas non plus procéder à des fouilles ou à des examens corporels demandés par une autorité, sauf urgence lorsqu'un autre médecin ne peut être requis.

74. Il est également à noter que la liberté professionnelle du médecin pénitentiaire est limitée par la condition carcérale elle-même : il ne peut choisir librement ses malades, car les détenus n'ont pas d'autre voie sanitaire à leur disposition. Son obligation demeure, même si le patient se met en contradiction avec les règles médicales ou s'il a recours à des menaces ou des violences.

g. Compétence professionnelle

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

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

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

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

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

IV. REMARQUES FINALES

78. Pour le CPT, 1992 a constitué une année de consolidation de ses activités. Sept pays ont été visités par des délégations du CPT, ce qui représente une légère augmentation par rapport à l'année précédente. Fin 1992, seize des vingt-trois Parties à la Convention avaient fait l'objet d'une visite à caractère périodique.

Les autres Parties à la Convention devraient recevoir des visites à caractère périodique en 1993. De fait, près de quatre années après sa mise en place, le CPT aura achevé son premier cycle de visites. Le moment sera alors propice à un bilan de l'activité du Comité. Dans ce contexte, le CPT a l'intention d'organiser une réunion avec tous les agents de liaison, désignés par les Etats Parties aux termes de l'article 15 de la Convention.

79. Une éventuelle extension des activités du CPT au-delà du cadre du Conseil de l'Europe reste à l'étude.

Dans ses 1er et 2e Rapports généraux, le CPT a fait référence à la possibilité d'ouvrir la Convention à l'adhésion d'Etats non membres, en particulier à des Etats membres de la Conférence sur la Sécurité et la Coopération en Europe (CSCE) qui ne sont pas membres du Conseil de l'Europe.

Le Comité des Ministres a maintenant donné mandat au Comité Directeur pour les Droits de l'Homme, afin qu'il élabore un projet de Protocole à la Convention permettant une telle ouverture. Le CPT est reconnaissant au Comité des Ministres d'avoir prévu que le CPT soit associé à ces travaux.

80. En outre, dans sa Recommandation 1183 (1992), adoptée le 5 mai 1992, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a, entre autres, recommandé que le Comité des Ministres "permette aux Etats européens non membres du Conseil de l'Europe mais membres de la CSCE d'inviter le Comité européen pour la prévention de la torture à visiter les lieux de détention dans leurs pays."

Le CPT croit savoir que cette recommandation est destinée à prendre en considération le fait que l'adoption et l'entrée en vigueur d'un Protocole ouvrant la Convention à l'adhésion d'Etats non membres (mesure également recommandée par l'Assemblée) prendraient inévitablement plusieurs années.

81. Le CPT se félicite de l'initiative prise par l'Assemblée ; le Comité est en principe favorable à la recommandation de l'Assemblée. Une telle extension de l'action de contrôle et de prévention effectuée par le CPT ne peut qu'être bénéfique à la cause des droits de l'homme.

Cependant, le CPT souhaite souligner que les ressources supplémentaires requises par de telles activités devront être clairement définies à l'avance et mises à disposition. En aucun cas de telles visites à des Etats non membres, en dehors du cadre de la Convention, ne devraient compromettre les activités que la Convention assigne au Comité.

ANNEXE 1

**Etat des signatures et ratifications de la
Convention européenne pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (*)**

ETATS MEMBRES	Date de signature	Date de ratification	Date d'entrée en vigueur
AUTRICHE	26.11.87	06.01.89	01.05.89
BELGIQUE	26.11.87	23.07.91	01.11.91
BULGARIE			
CHYPRE	26.11.87	03.04.89	01.08.89
TCHECOSLOVAQUIE (**)	23.12.92		
DANEMARK	26.11.87	02.05.89	01.09.89
FINLANDE	16.11.89	20.12.90	01.04.91
FRANCE	26.11.87	09.01.89	01.05.89
ALLEMAGNE	26.11.87	21.02.90	01.06.90
GRECE	26.11.87	02.08.91	01.12.91
HONGRIE	09.02.93		
ISLANDE	26.11.87	19.06.90	01.10.90
IRLANDE	14.03.88	14.03.88	01.02.89
ITALIE	26.11.87	29.12.88	01.04.89
LIECHTENSTEIN	26.11.87	12.09.91	01.01.92
LUXEMBOURG	26.11.87	06.09.88	01.02.89
MALTE	26.11.87	07.03.88	01.02.89
PAYS-BAS	26.11.87	12.10.88	01.02.89
NORVEGE	26.11.87	21.04.89	01.08.89
POLOGNE			
PORTUGAL	26.11.87	29.03.90	01.07.90
SAINT MARIN	16.11.89	31.01.90	01.05.90
ESPAGNE	26.11.87	02.05.89	01.09.89
SUEDE	26.11.87	21.06.88	01.02.89
SUISSE	26.11.87	07.10.88	01.02.89
TURQUIE	11.01.88	26.02.88	01.02.89
ROYAUME-UNI	26.11.87	24.06.88	01.02.89

(*) La Convention est ouverte à la signature des Etats membres du Conseil de l'Europe.

(**) La Tchécoslovaquie a cessé d'exister le 31 décembre 1992. Les Républiques Tchèque et

Slovaque nouvellement formées ont demandé à devenir Membres du Conseil de l'Europe.

ANNEXE 2

A. Membres du CPT par ordre de préséance
(au 15 mai 1993 *)

Nom	Nationalité	Date d'expiration du mandat
M. Antonio CASSESE, Président	italien	19.9.1995
M. Bent SØRENSEN, 1er Vice-Président	danois	19.9.1993
M. Jacques BERNHEIM, 2e Vice-Président	suisse	19.9.1993
M. Love KELLBERG	suédois	19.9.1993
Mme Lydie DUPUY	française	19.9.1993
M. Stefan TERLEZKI	britannique	19.9.1993
M. Rudolf MACHACEK	autrichien	19.9.1993
Mme Astrid HEIBERG	norvégienne	19.9.1993
M. Ergun ÖZBUDUN	turc	19.9.1993
M. Petros MICHAELIDES	chypriote	19.9.1995
M. Michael MELLETT	irlandais	19.9.1995
Mme Nadia GEVERS LEUVEN-LACHINSKY	néerlandaise	19.9.1993
M. Claude NICOLAY	luxembourgeois	19.9.1993
M. Günther KAISER	allemand	21.6.1994
M. Tonio BORG	maltais	21.6.1994
Mme Pirkko Anneli LAHTI	finlandaise	20.6.1995
M. Constantin ECONOMIDES	grec	1.12.1995
Mme Nora STAELS-DOMPAS	belge	8.1.1996
M. Jón BJARMAN	islandais	26.3.1996
M. José VIEIRA MESQUITA	portugais	24.9.96
M. Arnold OEHRYS	liechtensteinois	22.10.96
M. Leopoldo TORRES BOURSAULT	espagnol	3.5.97

* A cette date, le siège au titre de Saint-Marin était vacant.

B. Secrétariat du CPT

M. Trevor STEVENS,	Secrétaire du Comité
Mme Geneviève MAYER,	Administratrice
M. Fabrice KELLENS,	Administrateur
M. Mark KELLY,	Administrateur
Mme Florence DURING,	Assistante administrative principale (questions administratives et budgétaires)
Mme Joëlle BOUTEILLER,	Assistante administrative principale (documentation et information)
Mlle Mireille MONTI,	Commis principal
Mlle Gráinne GALVIN,	Secrétaire
Mlle Marie O'KANE,	Secrétaire

ANNEXE 3

Lieux de détention visités par des délégations du CPT en 1992

A. CHYPRE

District de Famagusta :

- Commissariat de Police d'Ayia Napa
- Commissariat de Police de Xylotymbou
- Commissariat de Police de Xylophagou

District de Larnaca :

- Commissariat de police et zone de transit pour étrangers de l'aéroport de Larnaca
- Commissariat central de police de Larnaca
- Commissariat de police de Kiti
- Commissariat de police de Kophinou
- Commissariat de police d'Oroklini

District de Limassol :

- Commissariat central de police de Limassol
- Commissariat de police d'Yermasoyia

District de Nicosie :

- Hôpital psychiatrique à Athalassa
- Foyer "Nea Eleoussa" pour personnes atteintes de graves handicaps mentaux (aire d'Athalassa)
- Prisons centrales de Nicosie
- Prison de la police de Nicosie
- Commissariat de police d'Ayios Dhometios
- Commissariat de police de Deftera
- Commissariat de police de Klirou
- Commissariat de police de Lykavitos
- Commissariat de police d'Omorphita
- Commissariat de police de Strovolos
- Salle de détention de la Cour d'Assises de Nicosie

District de Paphos :

- Commissariat de police de Kouklia
- Commissariat central de police de Paphos

B. FINLANDEHelsinki :

- Prison Centrale,
- Commissariat Central de police,
- Centre de dégrisement de la police.

Hämeenlinna :

- Prison Centrale et Provinciale,
- Commissariat municipal de police.

Kerava :

- Etablissement de détention pour jeunes.

Turku :

- Hôpital psychiatrique pour détenus,
- Commissariat municipal de police.

C. ITALIEMilan :

- Prison de District (Casa Circondariale), San Vittore
- Préfecture de Police, Via Fatebenefratelli
- Département opérationnel des Carabiniers, Via Moscova

Naples :

- Hôpital Psychiatrique Judiciaire (Ospedale Psichiatrico Giudiziario)
- Préfecture de Police, Via Medina
- Quartier Général des Carabiniers, Corso Vittorio Emanuele
- Quartier Général des Carabiniers du District de Stella, Piazzetta Stella

Rome :

- Prison de District pour femmes, Rome-Rebibbia
- Prison de District Nouveau Complexe (Nuovo Complesso), Rome-Rebbibia
- Prison de District, Rome-Regina Coeli
- Préfecture de Police, Via di S. Vitale
- Poste de Police de Trevi, Piazza del Collegio Romano
- Département opérationnel des Carabiniers, Via In Selci
- Poste des Carabiniers à la Piazza Dante, Via Tasso

D. PAYS-BASAlmelo :

- Centre Orthopédagogique pour jeunes Alexandra
- Quartier général de la police municipale

Amsterdam :

- Etablissements pénitentiaires de Over-Amstel (Demersluis, De Singel, Het Veer)
- Police Municipale d'Amsterdam (Quartier Général ; 1er, 2e, et 4e districts de police)
- Het Nieuwe Lloyd (Centre de détention pour jeunes)
- Grenshospitium (Centre de rétention pour demandeurs d'asile et immigrants illégaux)

Rotterdam :

- Prison De Schie
- Police municipale (5e District)

Volendam :

- Groupe de la Police d'Etat

E. PORTUGALAlcoentre :

- Prison du Vale de Judeus

Almada :

- Prison de la Force Navale d'Alfeite
- Direction de la Garde Nationale Républicaine
- Division de la Police de la Sécurité Publique d'Almada

Lisbonne :

- Prison du Groupement de la Police Judiciaire
- Direction de la Police Judiciaire
- Commissariat Central de la Police de la Sécurité Publique
- Commissariat de la Police de la Sécurité Publique, Praça de Alegria

Santarem :

- Commissariat Central de la Police de la Sécurité Publique
- Direction de la Garde Nationale Républicaine

Sintra :

- Prison de Linhó
- Commissariat de la Police de la Sécurité Publique, rue du Dr. Guilherme Fernandes

F. SAN MARINO

- Prison de Saint-Marin
- Quartier Général de la Police Civile
- Quartier Général de la Gendarmerie

G. TURQUIEAdana :

- Direction de la police
- Prison d'Adana
- Unité fermée pour prisonniers à l'hôpital général de Numune

Ankara :

- Direction de la police
- Commissariat de police central, district de Çankaya
- Commissariat de police central, district d'Eltik
- Commissariat de police central, district de Mamak
- Prison centrale d'Ankara

Diyarbakır :

- Direction de la police
- Centre d'interrogatoire de la première section de la police de Diyarbakır
- Centre d'interrogatoire du Commandement départemental du régiment de gendarmerie de Diyarbakır
- Commissariat de police à l'Université de Dicle
- Prison de Diyarbakır - 1
- Prison de Diyarbakır - 2

Istanbul :

- Direction de la police
- Commissariat de police central, district de Beyoğlu
- Commissariat de police central, district d'Eminönü
- Commissariat de police central, district d'Eyüp
- Prison de Bayrampaşa
- Hôpital pour maladies mentales de Bakirköy

ANNEXE 4**Déclaration publique relative à la Turquie****(Adoptée le 15 décembre 1992)****Original: anglais****Introduction**

1. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a organisé, à ce jour, trois visites en Turquie. Les deux premières visites, effectuées du 9 au 21 septembre 1990 et du 29 septembre au 7 octobre 1991, étaient des visites ad hoc, c'est-à-dire des visites qui ont paru au Comité "exigées par les circonstances" (article 7, paragraphe 1, de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants). Ces circonstances résultaient essentiellement du nombre considérable de rapports reçus par le Comité, de sources différentes, comportant des allégations de torture ou d'autres formes de mauvais traitements de personnes privées de liberté en Turquie. Ces rapports concernaient, en particulier, des personnes détenues par la police. La troisième visite s'est déroulée du 22 novembre au 3 décembre 1992 et faisait partie du programme de visites à caractère périodique pour cette année.

2. Tout au long des années 1991 et 1992, les autorités turques et le CPT ont dialogué de façon continue sur les sources de préoccupation de ce dernier. Ce dialogue s'est établi à partir des rapports que le Comité avait élaborés après ses première et deuxième visites et des rapports fournis en réponse par les autorités turques. Le dialogue a atteint son point culminant lors de réunions entre les autorités turques et une délégation du CPT, qui se sont tenues du 22 au 24 septembre 1992 à Ankara.

Lors de sa 14e réunion (28 septembre au 2 octobre 1992), le CPT a réexaminé les mesures prises par les autorités turques suite aux recommandations formulées par le Comité dans ses rapports de visite. Le Comité a conclu que les autorités turques ont manqué de façon continue d'améliorer la situation à la lumière de ses recommandations relatives (i) au renforcement des garanties juridiques contre la torture et les autres formes de mauvais traitements dans les établissements de police (et de gendarmerie) et (ii) aux activités des départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır, et que ce manquement justifiait le recours à l'article 10, paragraphe 2, de la Convention.

3. Les autorités turques ont été informées des conclusions du CPT et, conformément à la Convention, ont été invitées à s'expliquer. Les observations des autorités turques sont parvenues au Comité le 16 novembre 1992. Le CPT les a étudiées lors de sa 15e réunion, qui s'est tenue du 14 au 17 décembre 1992. A cette même réunion, le Comité a pris en considération les faits constatés par la délégation qui a effectué la visite à caractère périodique en novembre/décembre 1992, en particulier ceux qui concernaient les questions de détention par la police et la gendarmerie. A la majorité requise des deux tiers de ses membres, le Comité a décidé de faire une déclaration publique.

Les visites ad hoc

a) Première visite

4. Dans le rapport élaboré suite à sa première visite en Turquie en 1990, le CPT parvenait à la conclusion que la torture et d'autres formes de mauvais traitements graves constituaient des caractéristiques importantes de la détention policière dans ce pays. Plus particulièrement, à la lumière de toutes les informations recueillies au sujet des départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır, le CPT concluait que, dans ces départements, les fonctionnaires de police avaient fréquemment recours à la torture et/ou d'autres formes de mauvais traitements graves, tant de nature physique que psychologique, lors de la détention et de l'interrogatoire des suspects. Le Comité a été conduit à ces conclusions par une série d'éléments distincts.

5. En premier lieu, le CPT a été frappé par le nombre extrêmement important d'allégations de torture et d'autres formes de mauvais traitements par la police, qu'il a reçues lors de la visite, et par le large éventail de personnes qui ont formulé ces allégations. Il a également été frappé par la concordance des descriptions des types particuliers de torture et de mauvais traitements allégués. Il est à noter que les allégations émanaient de personnes soupçonnées ou reconnues coupables d'infractions à la législation contre le terrorisme, ainsi que de personnes soupçonnées ou reconnues coupables d'infractions de droit commun. S'agissant de ces dernières, le nombre des allégations était particulièrement élevé parmi les personnes détenues du chef d'infractions relatives aux stupéfiants, d'infractions relatives à des atteintes aux biens (cambriolage, vol avec violence, vol) et d'infractions à caractère sexuel. S'agissant des types de mauvais traitements, les formes suivantes ont été à maintes et maintes reprises alléguées : suspension par les bras ; suspension par les poignets, attachés dans le dos de la victime (dite "palestinian hanging" ; technique, semble-t-il, employée surtout dans les départements de lutte contre le terrorisme) ; chocs électriques appliqués sur les parties sensibles du corps (y compris les organes génitaux) ; compression des testicules ; coups assenés sur la plante des pieds ("falaka") ; arrosage à l'eau froide sous pression ; détention pendant des périodes prolongées dans des cellules très étroites, obscures et non aérées ; menaces de torture ou d'autres formes de mauvais traitements graves proférées à l'encontre de la personne détenue ou de tiers ; humiliations psychologiques profondes.

6. Il convient aussi de mettre l'accent sur les données médicales rassemblées par le CPT. En effet, un nombre considérable de personnes examinées par les médecins de la délégation du CPT ayant effectué la visite, présentaient des lésions physiques ou d'autres signes médicaux compatibles avec leurs allégations de torture ou de mauvais traitements par la police. La délégation a aussi rencontré plusieurs personnes détenues par la police qui, sans dire ouvertement qu'elles avaient été maltraitées, présentaient des signes médicaux évidents compatibles avec des actes très récents de torture ou d'autres mauvais traitements graves, tant de nature physique que psychologique. Certains cas spécifiques ont été décrits dans le rapport du Comité.

7. D'autres observations faites sur le terrain dans les établissements de police visités (relatives, en particulier, aux conditions matérielles de détention souvent extrêmement médiocres, aux installations prévues pour les interrogatoires et à l'attitude et allure générales des fonctionnaires de police) n'ont, de loin, pas été de nature à rassurer la délégation du CPT sur le sort des personnes placées en détention. Cela vaut aussi pour les circonstances dans lesquelles certaines visites se sont déroulées, notamment à la direction de la police d'Ankara, où la délégation a été confrontée à une série de retards et de diversions (et, où à plusieurs reprises, elle a reçu des informations fausses) et où des détenus ont été déplacés pour empêcher la délégation de les rencontrer.

8. Dans son rapport, le CPT a recommandé aux autorités turques diverses mesures pour lutter contre la torture et les autres formes de mauvais traitements. Ces mesures concernaient, pour partie, la mise en place ou le renforcement des garanties formelles contre de telles méthodes (réduction des périodes maximales de détention par la police ou la gendarmerie ; information d'un proche ou d'un tiers choisi par la personne détenue, de la détention de cette dernière ; accès à un avocat; examen médical des personnes détenues ; code de conduite des interrogatoires).

Le Comité a aussi insisté sur la nécessité d'un effort majeur et soutenu de la part des autorités turques dans les domaines de l'enseignement des droits de l'homme et de la formation professionnelle des responsables de l'application des lois. A l'évidence, la meilleure garantie possible contre les mauvais traitements de personnes privées de liberté est que ces responsables rejettent, sans équivoque, le recours à de telles pratiques.

Pour ce qui concerne les départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır, le Comité a recommandé que des mesures appropriées soient immédiatement prises pour remédier à la situation constatée dans ces services.

9. La mise en oeuvre de ces recommandations a été l'objet, en 1991, de nombreux échanges entre les autorités turques et le CPT. Toutefois, au moment de la deuxième visite du Comité, il y avait peu de résultats tangibles, à l'exception de l'élaboration et de la modification subséquente de règles pour la conduite des interrogatoires.

b) Deuxième visite

10. Lors de sa deuxième visite en Turquie, à l'automne 1991, le Comité a constaté qu'aucun progrès n'avait été réalisé dans l'élimination de la torture et des mauvais traitements par la police. De nombreuses personnes ont allégué avoir subi de tels traitements au cours des douze mois précédents. Les types de traitement allégués n'avaient guère changé. Toutefois, un nombre croissant d'allégations concernaient l'introduction par la force d'un bâton ou d'une matraque dans les orifices naturels. Une fois de plus, un certain nombre de personnes qui déclaraient avoir été maltraitées, présentaient à l'examen médical des lésions ou d'autres signes médicaux compatibles avec leurs allégations. La délégation a également eu accès à beaucoup de rapports établis au cours des douze derniers mois, à l'issue de périodes de détention par la police, par des médecins des instituts de médecine légale. Nombre de ces rapports contenaient des constatations compatibles avec des formes particulières de torture ou de mauvais traitements graves. Pour ce qui est plus précisément des départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır, la seule conclusion qui a pu être tirée de toutes les informations recueillies, était que la torture et d'autres formes de mauvais traitements graves continuaient à être infligés, au même rythme, dans ces services.

11. Dans le rapport relatif à sa deuxième visite en Turquie, le Comité a réitéré les recommandations antérieurement formulées pour prévenir la torture et les autres formes de mauvais traitements. De plus, le Comité a recommandé qu'un organe composé de personnes indépendantes soit immédiatement mis en place, avec pour mandat d'effectuer une enquête approfondie sur les méthodes utilisées par les fonctionnaires de police des départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır lors de la détention et l'interrogatoire des suspects. A la lumière des informations recueillies au cours de la deuxième visite du CPT, il a aussi été souligné qu'il conviendrait que le mandat de cet organe englobe le département de lutte contre le terrorisme de la police d'Istanbul.

Examen des mesures prises suite aux rapports relatifs aux visites ad hoc

12. Un an après la transmission de son deuxième rapport, le Comité a fait le point sur les mesures prises par les autorités turques au sujet de l'intégralité des recommandations formulées dans les rapports élaborés suite à ses deux visites. Il a relevé que des progrès avaient été réalisés sur certains points. Des mesures, à la fois d'ordre juridique et pratique, avaient été prises en réponse aux recommandations du CPT sur les conditions matérielles de détention dans les établissements de police et de gendarmerie. Le dialogue entre les autorités turques et le Comité sur des questions concernant les prisons paraissait commencer à porter ses fruits. A l'inverse, aucun progrès concret n'a été enregistré dans la mise en oeuvre des recommandations majeures ayant trait à la torture et aux autres formes de mauvais traitements dans les établissements de police.

13. Une législation, allant dans le sens des recommandations formulées par le CPT au sujet du renforcement des garanties juridiques contre la torture et les autres formes de mauvais traitements, a été adoptée par la Grande Assemblée Nationale de Turquie, le 21 mai 1992. Toutefois, la loi a été renvoyée à l'Assemblée pour réexamen par le Président de la République, et au moment où le Comité revoyait la situation, on se perdait en conjectures quant au sort de la loi.

14. De plus, aucune mesure satisfaisante n'avait été prise au sujet de la recommandation du CPT concernant les départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır. La Commission d'Enquête sur les Droits de l'Homme de la Grande Assemblée Nationale - à laquelle avait été confiée la tâche d'effectuer l'enquête recommandée par le Comité - a manqué de célérité. Ce n'est que le 29 juin 1992 que le Sous-Comité compétent de la Commission a effectué, pour la première fois, une visite à la direction de la police d'Ankara (une deuxième visite aurait, apparemment, été effectuée le 7 juillet 1992). Par ailleurs, au moment des réunions entre les autorités turques et une délégation du CPT, qui se sont déroulées à Ankara vers la fin septembre 1992, le Sous-Comité n'avait toujours pas communiqué ses constatations à la Commission d'Enquête sur les Droits de l'Homme. Le Sous-Comité n'avait, pas davantage, effectué de visites au département de lutte contre le terrorisme de la police de Diyarbakır (ni d'ailleurs, au département de lutte contre le terrorisme de la police d'Istanbul). En outre, il ressortait manifestement des informations fournies par un membre du Sous-Comité à la délégation du CPT que les visites effectuées à la direction générale de la police d'Ankara avaient été superficielles. De plus, il était aussi clair que le Sous-Comité ne possédait ni les pouvoirs nécessaires, ni la compétence professionnelle requise pour mener l'"enquête approfondie" préconisée dans la recommandation formulée par le CPT dans son deuxième rapport.

15. Il convient d'ajouter que les informations, reçues de la part de représentants du Ministère de l'Intérieur lors des réunions précitées en septembre 1992, montraient qu'aucune mesure crédible n'avait été prise au niveau administratif en réponse aux recommandations successives du CPT concernant les départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır. Les seules enquêtes mises en oeuvre avaient été confiées aux mêmes forces de police pour lesquelles le Comité était arrivé à la conclusion qu'elles avaient recours à la torture. Il n'est, dès lors, guère surprenant qu'elles n'aient pas abouti.

16. Bref, plus de deux ans après la première visite du Comité, très peu avait été fait pour renforcer les garanties légales contre la torture et les mauvais traitements, et aucune mesure concrète de nature à porter remède à la situation constatée par le Comité dans les départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır n'avait été prise. En même temps, le Comité a continué de recevoir des rapports de torture et d'autres formes de mauvais traitements graves dans ces départements, tout comme dans de nombreux autres établissements de la police en Turquie.

C'est dans ces conditions que le Comité a décidé, le 2 octobre 1992, de mettre en oeuvre la procédure prévue à l'article 10, paragraphe 2, de la Convention européenne pour la prévention de la torture.

La visite à caractère périodique

17. Les informations recueillies au cours de la visite à caractère périodique du CPT en Turquie, qui s'est déroulée du 22 novembre au 3 décembre 1992, montrent que la question de la torture et d'autres mauvais traitements infligés aux personnes détenues par la police n'a pas été résolue, en dépit de l'importance que lui avait accordée le gouvernement actuel, lorsqu'il était entré en fonctions fin 1991. La délégation du Comité a été submergée d'allégations de tels traitements, émanant tant de suspects de droit commun que de personnes détenues en vertu de la législation contre le terrorisme. De plus, de nombreuses personnes examinées par les médecins de la délégation présentaient des lésions ou des signes médicaux compatibles avec leurs allégations.

18. A titre d'illustration, on peut faire mention des cas suivants :

- plusieurs prisonniers inculpés d'atteintes aux biens, rencontrés à l'unité de réception de la prison de Bayrampaşa (Istanbul), présentaient des hématomes frais, compatibles avec leurs allégations selon lesquelles ils avaient récemment subi la "falaka" et avaient été frappés sur la paume des mains et sur la partie antérieure des poignets ;
- un prisonnier, inculpé d'une infraction relative aux stupéfiants, placé en observation dans une section médico-légale de l'hôpital Bakırköy (Istanbul), avait une lésion arrondie sur le pénis (brune-rougeâtre, légèrement tuméfiée à la périphérie avec un centre blanchâtre sans induration), compatible avec son allégation selon laquelle une électrode avait été placée sur cette partie de son corps lorsque la police lui avait infligé des chocs électriques, environ cinq jours auparavant ;

- un prisonnier inculpé de contrebande, examiné à la prison d'Adana, avait des hématomes sur la plante des pieds et une série de stries violacées verticales (d'environ 10 cm de long/ 2 cm de large) sur la partie supérieure du dos, compatibles avec son allégation selon laquelle il avait récemment subi la "falaka" et avait été frappé dans le dos avec une matraque pendant qu'il était détenu par la police.

19. Des cas comparables, à Ankara et Diyarbakır, auraient aussi pu être décrits, incluant ceux de personnes qui avaient été détenues dans les départements de lutte contre le terrorisme de la police d'Ankara et de Diyarbakır (en particulier, des cas de paralysie motrice au niveau des bras accompagnée de déficits sensoriels importants compatibles avec des allégations de suspension).

Toutefois, le CPT appellera plutôt l'attention sur des preuves matérielles extrêmement compromettantes trouvées dans des établissements de police de ces villes.

20. Agissant dans chacun des cas en fonction d'informations concordantes, reçues séparément de plusieurs sources différentes, la délégation du Comité a visité de manière inopinée deux pièces spécifiques, situées au dernier étage des directions de la police d'Ankara (nouveau bâtiment) et de Diyarbakır. Les pièces en question se trouvaient dans les locaux des départements "de la loi et de l'ordre", qui sont chargés des suspects de droit commun. Dans la pièce à la direction de la police d'Ankara, la délégation a découvert un lit bas, de type civière, équipé de huit sangles (quatre de chaque côté) correspondant parfaitement à la description faite par des personnes, du meuble auquel elles auraient été attachées quand on leur infligeait des chocs électriques. Aucune explication crédible n'a pu être donnée à la présence de ce lit dans cet endroit qualifié de "bureau d'interrogatoires" par un écriteau.

A Diyarbakır, la délégation a trouvé en place, prêt à être utilisé, l'équipement nécessaire pour suspendre une personne par les bras (à savoir, une poutre, de trois mètres de long, montée sur des armoires de classement chargées d'objets lourds, placées de part et d'autre de la pièce et à laquelle était fixée, en son milieu, une sangle faite d'un matériau solide). Dans les deux cas, les découvertes de la délégation ont provoqué une vive consternation parmi les fonctionnaires présents : certains ont exprimé des regrets, d'autres ont adopté une attitude de défi.

Conclusions fondées sur les visites ad hoc et à caractère périodique

21. A la lumière de toutes les informations en sa possession, le CPT ne peut que conclure que la pratique de la torture et d'autres formes de mauvais traitements graves de personnes détenues par la police reste largement répandue en Turquie et qu'il en est fait usage à la fois à l'égard de suspects de droit commun et de personnes détenues en vertu de la législation contre le terrorisme. Les mots "personnes détenues par la police" méritent d'être soulignés.

22. Le Comité a entendu très peu d'allégations de mauvais traitements commis par des fonctionnaires pénitentiaires dans les différentes prisons visitées ces deux dernières années et pratiquement aucune allégation de torture. Il y a, sans doute, des problèmes qui doivent être traités dans les prisons turques, mais le phénomène de la torture n'en fait pas partie. Comme indiqué plus haut, le dialogue que le CPT entretient avec les autorités turques sur les questions pénitentiaires progresse, dans l'ensemble, de manière satisfaisante.

23. Par ailleurs, lors de son troisième séjour en Turquie, le CPT a visité le plus grand établissement psychiatrique du pays à savoir l'hôpital pour maladies mentales de Bakirköy. La délégation du CPT n'a entendu au cours de cette visite aucune allégation de torture ou d'autres formes de mauvais traitements qui auraient été infligés par le personnel de l'hôpital et n'a pas trouvé d'autre indication en ce sens. La délégation a eu une impression favorable des relations personnel-patients.

24. Pour ce qui est de la gendarmerie (qui assure les fonctions de police dans les zones rurales), le CPT a entendu des allégations selon lesquelles des suspects étaient fréquemment traités avec rudesse - voire parfois battus - par des membres de la gendarmerie, en particulier, lors de leur appréhension. De plus, le CPT a des raisons de croire que, de temps en temps, des mauvais traitements sont infligés lors du transport des prisonniers (tâche également dévolue à la gendarmerie). Cependant, le CPT a entendu moins d'allégations - et mis en évidence moins de données médicales - en relation avec des tortures ou d'autres formes de mauvais traitements graves prémédités par des membres de la gendarmerie.

25. En résumé, pour autant que le CPT puisse en juger, le phénomène de la torture et d'autres formes de mauvais traitements des personnes privées de liberté en Turquie concerne, à l'heure actuelle, principalement la police (et, dans une moindre mesure, la gendarmerie). Il y a tout lieu de croire que c'est là un problème profondément enraciné.

Mesures requises

26. Des mesures s'imposent, sur plusieurs fronts, si l'on veut traiter ce problème de manière efficace. Les garanties juridiques contre la torture et les autres formes de mauvais traitements doivent être renforcées et de nouvelles garanties introduites. En même temps, l'enseignement des droits de l'homme et la formation professionnelle des responsables de l'application des lois doivent être intensifiés. A cet égard, les récentes dispositions prises pour envoyer quelques 20 fonctionnaires de police turcs dans différents autres pays européens pour étudier les techniques de police, constituent une mesure appréciable. Le CPT espère qu'elles feront partie d'un processus permanent.

Par ailleurs, le ministère public doit agir avec célérité et de manière efficace en présence de plaintes de torture et de mauvais traitements. Sur ce point, la récente annulation par la Cour Constitutionnelle de l'article 15 (3) de la loi relative à la lutte contre le terrorisme du 12 avril 1991 (qui restreignait considérablement les possibilités pour le ministère public d'engager des poursuites contre des fonctionnaires de police à l'encontre desquels ont été formulées des allégations de mauvais traitements de personnes commis dans l'exercice de leurs fonctions liées à la lutte contre le terrorisme), constitue un progrès notable. Afin de faciliter l'action efficace du ministère public, la portée des examens médicaux de personnes détenues par la police et la gendarmerie, effectués par les instituts de médecine légale, devrait être élargie (les certificats médicaux devraient contenir un exposé des allégations, une description clinique, et les conclusions correspondantes). En outre, des mesures appropriées devraient être prises pour garantir l'indépendance, tant des médecins des instituts de médecine légale que d'autres médecins assumant des fonctions médico-légales ainsi que pour les faire bénéficier d'une formation spécialisée.

Il convient aussi d'assurer un encadrement et une surveillance corrects des responsables de l'application des lois, y compris par la mise en place d'organes de contrôle efficaces et indépendants dotés des pouvoirs nécessaires. Et, il ne faut pas non plus perdre de vue la question des conditions de travail de tels fonctionnaires, car des conditions de travail satisfaisantes sont indispensables au développement d'une force de police de haut niveau.

La mise en oeuvre de la récente réglementation relative aux conditions matérielles de détention doit aussi être poursuivie de manière vigoureuse dans toute la Turquie. Des progrès considérables ont été effectués, en ce domaine, à Ankara et à Diyarbakır, conformément aux recommandations du CPT. Toutefois, la situation constatée récemment à la direction de la police d'Adana (et plus précisément au département de lutte contre le terrorisme) donne à penser que dans d'autres parties de la Turquie, des personnes peuvent encore être détenues par la police ou la gendarmerie dans des conditions matérielles totalement inacceptables.

27. Mention particulière doit être faite de la loi, récemment adoptée et entrée en vigueur le 1er décembre 1992, modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale et de la loi relative à l'organisation et la procédure des cours de sûreté de l'Etat. Il s'agit d'une version révisée du texte qui avait été l'objet d'un renvoi à la Grande Assemblée Nationale par le Président de la République, précédemment dans l'année. Entre autres, la nouvelle loi clarifie l'existence de certaines garanties fondamentales contre les mauvais traitements, tels le droit pour une personne détenue de faire informer un proche de sa détention et le droit à l'accès à un avocat (garanties qui existaient déjà auparavant, mais qui étaient largement inopérantes dans la pratique) ; elle régleme de manière détaillée le déroulement pratique des interrogatoires ; elle introduit le droit de recourir au juge en vue de la libération immédiate de la personne appréhendée et elle réduit les périodes maximales de détention par la police/gendarmerie. L'introduction de ces dispositions est un pas en avant des plus appréciables. Toutefois, le CPT regrette vivement que l'application de ces dispositions aux infractions relevant de la compétence des cours de sûreté de l'Etat ait été expressément écartée. Certes, le nombre d'infractions relevant de la compétence de ces cours a aussi été réduit par la loi nouvelle, mais il demeure considérable (crimes contre l'Etat, infractions liées au terrorisme, aux stupéfiants et aux armes, etc.).

28. Le CPT saisit cette occasion pour souligner qu'il abhorre le terrorisme, crime tout particulièrement méprisable dans un pays démocratique comme la Turquie. Le Comité déplore également le trafic illicite de drogues ou d'armes. En outre, il est pleinement conscient des grandes difficultés auxquelles les forces de l'ordre sont confrontées dans leur lutte contre ces phénomènes destructeurs. De telles actions criminelles rencontrent, à juste titre, une réponse ferme des institutions de l'Etat. Cependant, en aucune circonstance, on ne saurait permettre que cette réponse dégénère en actes de torture ou en d'autres formes de mauvais traitements de la part des responsables de l'application des lois. De tels actes sont à la fois des violations scandaleuses des droits de l'homme et des méthodes fondamentalement inefficaces pour obtenir des preuves fiables dans la lutte contre le crime. Ils sont par ailleurs dégradants pour les fonctionnaires qui les infligent ou les autorisent. Et, plus grave encore, ils peuvent à la longue saper la structure même d'un Etat démocratique.

29. Malheureusement, la loi turque, en son libellé actuel, n'offre pas de protection adéquate contre le recours à ces méthodes à l'encontre de personnes appréhendées parce que soupçonnées d'infractions relevant de la compétence des cours de sûreté de l'Etat. Au contraire, elle facilite le recours à ces méthodes. Les personnes suspectées de crimes à caractère collectif, peuvent être détenues jusqu'à 15 jours par la police ou la gendarmerie (30 jours dans les régions où l'état d'urgence a été déclaré). Pendant cette période, tout contact avec le monde extérieur est habituellement dénié.

Il est vrai que l'article 13 de la nouvelle loi, traitant des procédés d'interrogatoire prohibés, s'applique aussi aux personnes soupçonnées d'infractions relevant de la compétence des cours de sûreté de l'Etat. Néanmoins, il serait peu sage de croire que ces dispositions suffiront, à elles seules, à mettre un terme à la torture et aux mauvais traitements. Les méthodes décrites à l'article 13 étaient, depuis de nombreuses années déjà, illégales en droit turc en vertu de l'interdiction générale de la torture et des mauvais traitements contenue dans l'article 17 (3) de la Constitution. De plus, la règle selon laquelle les déclarations obtenues par de telles méthodes n'ont pas valeur de preuve, ne constitue que la réaffirmation bienvenue d'un principe déjà consacré par le système juridique turc.

En réalité, les périodes de détention au secret sont suffisamment longues pour que les traces physiques de torture et de mauvais traitements guérissent et s'atténuent ; un nombre incalculable de prisonniers a décrit aux délégations du CPT les techniques de traitement utilisées par des fonctionnaires de police. Il convient aussi de noter que certaines méthodes de torture communément utilisées ne laissent pas de traces physiques, ou n'en laisseront pas si elles sont utilisées de manière experte. Il en résulte qu'il sera souvent difficile de démontrer qu'une déclaration a été obtenue par des mauvais traitements. Il en va de même pour l'admissibilité des autres preuves obtenues par des mauvais traitements (cf. article 24 de la loi nouvelle).

30. Le CPT ne conteste pas, qu'à titre exceptionnel, des procédures légales spécifiques puissent s'avérer nécessaires pour combattre certaines formes de criminalité, en particulier en matière de terrorisme. Cependant, même en prenant en compte les conditions de sécurité très difficiles dans certaines parties de la Turquie, une période de détention au secret allant jusqu'à 15, voire 30 jours, est manifestement excessive. Il est évident qu'un juste équilibre entre les impératifs de sécurité et les droits fondamentaux des détenus n'a pas été trouvé.

Le CPT en appelle au Gouvernement de la Turquie afin qu'il prenne les mesures appropriées pour réduire les périodes maximales pendant lesquelles des personnes soupçonnées d'une infraction relevant des cours de sûreté de l'Etat peuvent être détenues par la police ou la gendarmerie; qu'il définisse clairement les cas dans lesquels l'exercice du droit de ces personnes d'informer un proche de leur détention peut être retardé et limite strictement dans le temps l'application d'une telle mesure ; qu'il garantisse à ces personnes, dès le début de leur détention, le droit à l'accès à un avocat indépendant (sans qu'il soit nécessairement leur propre avocat) ainsi qu'à un médecin autre que celui choisi par la police.

31. Pour ce qui est des suspects de droit commun, les modifications introduites par la loi précitée pourraient porter un coup sévère à la pratique de la torture et des mauvais traitements. Néanmoins, beaucoup dépendra de la manière dont ces dispositions seront mises en oeuvre en pratique. C'est là une question que le Comité a l'intention de suivre de très près dans les mois à venir, en étroite coopération avec les autorités turques. Toutefois, le CPT croit devoir faire dès à présent certaines observations.

32. La période maximale de détention par la police pour les infractions à caractère collectif (impliquant 3 personnes ou plus), bien que réduite, continue d'être relativement longue - jusqu'à huit jours sur décision d'un juge à la requête du ministère public. A cet égard, le CPT souhaite souligner que, dans l'intérêt de la prévention des mauvais traitements, il est capital qu'un détenu soit physiquement présenté au juge auquel la requête en prolongation de la détention est soumise. La nouvelle loi n'est pas claire sur ce point.

33. Bien que le contenu précis du droit à l'accès à un avocat soit impressionnant (cf. en particulier les articles 14, 15 et 20 de la loi), il n'en comporte pas moins potentiellement une faiblesse : à l'exception du cas des personnes de moins de 18 ans ou des personnes handicapées, un avocat sera seulement désigné si la personne en détention le demande. Un système à toute épreuve devra être trouvé pour garantir que les détenus soient informés (comme la loi l'exige) de leur droit à désigner un avocat et ne soient pas soumis à des pressions lorsqu'ils envisagent de l'exercer. Cela vaut aussi pour le droit des personnes en détention de faire savoir à un proche de leur choix qu'elles ont été appréhendées. Il faudra de même veiller à ce que la possibilité de recueillir dans certains cas une déclaration en l'absence de l'avocat désigné par la personne détenue, ne fasse pas l'objet d'abus.

34. Dans le cadre des nouvelles dispositions, le ministère public sera mieux à même d'exercer une influence considérable sur la manière dont les fonctionnaires de police s'acquittent de leurs tâches et, plus particulièrement, traitent les personnes détenues qui sont sous leur garde. Le CPT espère vivement que le ministère public fera un usage efficace des possibilités qui lui sont ouvertes, et ce dans le but de prévenir les mauvais traitements.

35. La nouvelle loi passe sous silence la question du droit, pour les personnes détenues par la police ou la gendarmerie, d'avoir accès à un médecin. Cependant, une circulaire du Ministère de l'Intérieur en date du 21 septembre 1992, reconnaît un droit d'accès à un médecin selon les modalités précédemment recommandées par le CPT (à savoir un droit pour le détenu d'être examiné par un médecin de son choix - le cas échéant, un médecin dont le nom figure sur une liste approuvée par l'organe professionnel compétent - en sus de tout examen effectué par un médecin employé par l'Etat). Le CPT s'en félicite, bien que la consécration de ce droit par la loi soit préférable. Des circulaires antérieures traitant de garanties importantes pour les personnes détenues sont, en effet, restées lettre morte.

36. Il convient enfin de souligner à nouveau que la seule action du législateur ne saurait mettre un terme au phénomène de la torture et des autres formes de mauvais traitements infligés par la police. Il sera toujours possible de réduire l'effet des dispositions législatives par l'utilisation de plus en plus experte de techniques de mauvais traitements. On peut, en effet, légitimement avancer que s'attaquer aux racines du problème de la torture et des mauvais traitements implique davantage un changement des mentalités que des lois. C'est là un processus qui ne concerne pas seulement les fonctionnaires de police mais l'intégralité du système pénal.

*

* *

37. Le CPT est convaincu que s'abstenir de faire une déclaration publique -comme le lui ont demandé les autorités turques - aurait eu des effets négatifs pour la protection des droits de l'homme. **La présente déclaration est faite dans un esprit constructif. Loin de constituer un obstacle, elle devrait faciliter les efforts des deux parties - agissant en coopération - en vue de renforcer la protection des personnes privées de liberté contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants.**

ANNEXE 5**Lettre du Président du CPT au Secrétaire
Général Adjoint aux Droits de l'Homme des Nations Unies**Original.: anglais

Strasbourg, le 20 octobre 1992

Monsieur le Secrétaire Général Adjoint,

1. Je réponds, par la présente, à votre lettre du 27 août 1992 dans laquelle vous appeliez l'attention du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) sur le projet de Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, proposé par le Gouvernement du Costa Rica, le 22 janvier 1991.

En application du paragraphe 5 de la Résolution 1992/43, adoptée par la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies le 3 mars 1992, le CPT souhaiterait soumettre les observations ci-après au groupe de travail de la Commission des Droits de l'Homme chargé d'élaborer le projet de Protocole Facultatif.

2. Le CPT estime qu'il doit s'abstenir de formuler un avis sur l'opportunité de créer à l'échelon mondial un système de visites des lieux de détention, par un comité d'experts. C'est là une question de politique générale qui n'est pas de son ressort. Toutefois, dans l'éventualité de la création d'un tel système, il serait à l'évidence essentiel que les activités du nouvel organe soient effectivement coordonnées avec celles d'instances régionales accomplissant une tâche comparable.

3. A cet égard, le CPT a pris note avec intérêt de l'article 9 paragraphe 1, du projet de Protocole facultatif. Le Comité approuve sans réserve l'esprit de cette disposition qui se veut d'éviter, à travers la consultation, un inutile double emploi d'efforts de la part de systèmes parallèles de contrôle. A cette fin, le CPT sera sans nul doute très désireux d'établir les liens les plus étroits possibles avec le Sous-Comité envisagé par le projet de Protocole facultatif.

4. Toutefois, le CPT a des réserves quant aux moyens concrets de coordination des activités respectives du Sous-Comité, créé dans le cadre du projet de Protocole facultatif et des instances régionales mis en évidence à l'article 9 paragraphe 1. Il est prévu qu'un membre du Sous-Comité participe, à titre d'observateur, aux missions effectuées par les instances régionales. Ce membre soumettrait ensuite un rapport "strictement confidentiel" au Sous-Comité.

./.

5. La mise en oeuvre d'une telle mesure risque d'engendrer pour le CPT de considérables difficultés juridiques et pratiques. Elle impliquerait presque à coup sûr une modification des dispositions de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants au regard de la composition des délégations chargées d'effectuer les visites et de la règle de la confidentialité. De plus, la présence d'un observateur du Sous-Comité au sein d'une délégation chargée d'effectuer une visite pourrait bien compliquer les opérations sur le terrain, quel que soit le soin apporté à préciser à l'avance sa position. L'efficacité d'une telle délégation dépend dans une large mesure de sa cohésion ; ce que la proposition actuellement à l'étude ne contribuerait pas à faciliter.

6. En outre, il est loin d'être certain qu'un tel système soit la meilleure méthode pour assurer une bonne coordination des activités, puisque l'observateur ne pourrait avoir qu'une vision partielle des résultats de la visite. Sa connaissance détaillée se limiterait aux parties de la visite auxquelles il aurait participé personnellement (à ce propos, il convient de rappeler que les délégations du CPT opèrent essentiellement en sous-groupes, qui se rendent souvent dans des régions, éloignées les unes des autres, du pays concerné). En outre, il ne disposerait ni du rapport ultérieurement envoyé à l'Etat visité ni de la réponse de ce dernier. Son propre rapport au Sous-Comité serait donc incomplet et, par voie de conséquence, potentiellement trompeur.

7. Quant à la remarque formulée au milieu du paragraphe 13 du Mémoire Introductif au projet de Protocole facultatif ("Il pourrait se révéler problématique, en effet, que certains Etats parties puissent voir un de leurs nationaux membre du Sous-Comité - et donc habilité à visiter des lieux de détention sur le territoire d'autres Etats parties - alors qu'ils seraient dispensés de recevoir des visites du Sous-Comité dans leurs propres lieux de détention par le simple fait qu'ils auraient également ratifié une convention régionale établissant un mécanisme de visites préventives"), elle est de nature essentiellement politique. Un tel argument n'est pas directement lié au souci d'assurer une bonne coordination des activités d'instances régionales avec celles d'un organe mondial.

8. Une autre possibilité - plus efficace - de faciliter la coordination des activités souhaitée serait qu'un Etat ayant ratifié à la fois un système régional et le Protocole facultatif accepte que les rapports de visite, le concernant, rédigés par l'instance régionale, comme sa réponse, soient systématiquement transmis au Sous-Comité à titre confidentiel. Le Sous-Comité aurait ainsi une vision complète de la situation dans le contexte régional. Les consultations entre l'instance régionale et le Sous-Comité prévues à l'article 9 (1) du projet de Protocole facultatif, pourraient dès lors se dérouler à la lumière de toutes les informations pertinentes.

La mise en oeuvre de cette mesure par rapport aux activités du CPT, pourrait ne pas nécessiter de modification de la Convention européenne.

9. Pour l'instant, le CPT souhaite s'en tenir à ces quelques remarques relatives aux rapports entre les instances régionales et le Sous-Comité envisagé dans le projet de Protocole facultatif. Toutefois, il est prêt, sur demande, à soumettre d'autres observations sur des questions particulières.

Veillez agréer,

Antonio CASSESE