



COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

CPT/Inf (98) 12

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

8e rapport général d'activités du CPT

couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1997

Strasbourg, 31 août 1998

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
Préface	4
I. ACTIVITES EN 1997	5
A. Visites	5
B. Réunions et suivi des visites	6
C. Publications	7
D. Recommandation 1323 et Directive n° 530 (1997) de l'Assemblée parlementaire	8
II. QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU CPT	8
A. La Convention et ses Protocoles	8
B. Composition du CPT	9
C. Questions administratives et budgétaires	10
D. Mise en oeuvre des recommandations du CPT	11
III. PLACEMENT NON VOLONTAIRE EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE	12
A. Remarques préliminaires	12
B. Prévention des mauvais traitements	12
C. Conditions de séjour et traitement des patients	14
D. Personnel	17
E. Moyens de contrainte	18
F. Garanties en cas de placement non volontaire	19
G. Remarques finales	20

ANNEXE 1 :	A.	Signatures et ratifications de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	21
	B.	Signatures et ratifications du Protocole No. 1 à la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	23
	C.	Signatures et ratifications du Protocole No. 2 à la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	25
ANNEXE 2 :	A.	Membres du CPT par ordre de préséance	27
	B.	Secrétariat du CPT	28
ANNEXE 3 :		Lieux de détention visités par des délégations du CPT en 1997	29

Préface

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a été créé par la Convention du Conseil de l'Europe de 1987 du même nom (ci-après "la Convention"). Selon l'article 1er de la Convention :

"Il est institué un Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants Par le moyen de visites, le Comité examine le traitement des personnes privées de liberté en vue de renforcer, le cas échéant, leur protection contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants".

Le travail du CPT est conçu comme une partie intégrante du système de protection des droits de l'homme du Conseil de l'Europe, mettant en place un mécanisme préventif non judiciaire en parallèle aux mécanismes judiciaires de contrôle a posteriori de la Commission et de la Cour européennes des Droits de l'Homme.

Le CPT exerce ses fonctions, essentiellement préventives, par le biais de visites de deux types - périodiques et ad hoc. Les visites périodiques sont effectuées dans tous les Etats Parties à la Convention, sur une base régulière. Les visites ad hoc sont organisées dans ces mêmes Etats lorsqu'elles paraissent au Comité "exigées par les circonstances".

Lorsqu'il effectue une visite, le CPT bénéficie de pouvoirs étendus en vertu de la Convention : l'accès au territoire de l'Etat concerné et le droit de s'y déplacer sans restrictions ; la possibilité de se rendre à son gré dans tout lieu où se trouvent des personnes privées de liberté, y compris le droit de se déplacer sans entrave à l'intérieur de ces lieux ; l'accès à des renseignements complets sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté ainsi qu'à toute autre information dont dispose la Partie et qui est nécessaire au Comité pour l'accomplissement de sa tâche.

Le Comité est également en droit de s'entretenir sans témoin avec les personnes privées de liberté et d'entrer librement en contact avec toute personne dont il pense qu'elle peut lui fournir des informations utiles.

Des visites peuvent être effectuées dans tout lieu "où des personnes sont privées de liberté par une autorité publique". Le mandat du CPT s'étend donc au-delà des établissements pénitentiaires et des commissariats de police, pour englober les établissements psychiatriques, les zones de détention dans les casernes militaires, les centres de rétention pour demandeurs d'asile ou d'autres catégories d'étrangers, et les lieux où des mineurs peuvent être privés de liberté par décision judiciaire ou administrative.

Deux principes fondamentaux régissent les relations entre le CPT et les Parties à la Convention : la coopération et la confidentialité. A cet égard, il doit être souligné que le rôle du Comité n'est pas de condamner des Etats, mais plutôt de les assister afin de prévenir les mauvais traitements de personnes privées de liberté.

Après chaque visite, le CPT établit un rapport exposant les faits constatés et, si nécessaire, des recommandations et d'autres conseils, sur la base desquels un dialogue est entamé avec l'Etat concerné. Le rapport de visite du Comité est, en principe, confidentiel; néanmoins, presque tous les Etats ont choisi de lever la règle de la confidentialité et ont rendu le rapport public.

I. ACTIVITES EN 1997

A. Visites

1. Le CPT a effectué sept **visites périodiques** en 1997, par ordre chronologique, en République Tchèque (16 au 26 février), en Grèce (25 mai au 6 juin), en Estonie (13 au 23 juillet), en Belgique (31 août au 12 septembre), en Turquie (5 au 17 octobre), aux Pays-Bas (17 au 27 novembre) et en Albanie (9 au 19 décembre). Il s'agissait des premières visites du CPT en République Tchèque, en Estonie et en Albanie. En ce qui concerne les pays restants, 1997 a été l'occasion d'une deuxième visite périodique du Comité.

2. En outre, six **visites ad hoc** ont été organisées : en Espagne (17 au 18 janvier et 21 au 28 avril), en Norvège (17 au 21 mars), au Luxembourg (20 au 25 avril), au Royaume-Uni et à l'île de Man (8 au 17 septembre) et aux Antilles néerlandaises (7 au 11 décembre).

La visite en **Espagne** en janvier 1997 a été organisée afin d'examiner le traitement réservé à une personne qui avait très récemment détenue par la Garde Civile, ainsi que le fonctionnement, en ce qui la concerne, des garanties formelles contre les mauvais traitements des personnes détenues. S'agissant de la deuxième visite ad hoc, en avril 1997, la délégation du CPT a examiné le traitement des étrangers retenus à Ceuta, Malaga et Melilla.

La visite ad hoc en **Norvège** visait la détention des personnes prévenues dans les établissements de police et le placement des prévenus à l'isolement sur décision judiciaire. Ces deux questions avaient auparavant fait l'objet de recommandations du CPT.

La visite ad hoc au **Luxembourg** avait pour principal objectif d'examiner la situation des mineurs privés de liberté. En outre, la délégation a passé en revue les mesures prises suite à certaines recommandations faites antérieurement en ce qui concerne le Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

Lors de la visite ad hoc au **Royaume-Uni**, l'efficacité des recours juridiques ouverts en cas d'allégations de mauvais traitements formulées à l'encontre de fonctionnaires de police a fait l'objet d'une évaluation. En outre, la visite a permis d'examiner les mesures prises pour s'attaquer au problème du surpeuplement dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galle. La délégation du CPT a également examiné les conditions de détention à la prison de **l'île de Man** au sujet de laquelle le Comité avait récemment reçu diverses informations.

Au cours de la visite ad hoc aux **Antilles néerlandaises**, la délégation du CPT a examiné de manière approfondie la situation à la Prison de Koraal Specht afin de déterminer si les recommandations formulées par le Comité après sa visite de 1994 dans cet établissement avaient été mises en oeuvre. La visite a également fourni l'occasion de réexaminer les conditions prévalant dans les locaux de détention de la police et à la Police judiciaire à Rio Canario.

3. Au total, environ 120 jours de visite ont été effectués durant l'année. Une liste des lieux de détention visités par les délégations du CPT en 1997 figure à l'Annexe 3.

4. A de rares exceptions près, le degré de coopération témoigné aux délégations du CPT est resté satisfaisant, tant sur le plan national que local. Cette situation favorable est certainement due, en partie, à la pratique instaurée d'organiser des séminaires d'information sur les activités du CPT dans les Etats qui sont récemment devenus Parties à la Convention. En 1997, de tels séminaires ont été organisés à Kyiv, Prague et Tirana¹.

5. Il convient néanmoins d'ajouter que, parfois, le Comité n'a pas reçu en temps utile les listes complètes des lieux de détention. Tel a été le cas en particulier en ce qui concerne des établissements de police. A cet égard, le Comité souhaite rappeler l'obligation qui incombe aux Parties en vertu de l'article 8, paragraphe 2(b) de la Convention, de fournir tous renseignements sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté.

B. Réunions et suivi des visites

6. Le CPT a tenu trois sessions plénières en 1997, sessions au cours desquelles treize rapports de visite ont été adoptés : sur les visites au Danemark, en France, en Grèce, en Italie, au Portugal et en Turquie en 1996 ainsi qu'en République Tchèque, en Estonie, en Grèce, au Luxembourg, en Norvège et en Espagne (deux visites) en 1997. Il convient de noter que le nombre de rapports de visite adoptés a augmenté considérablement par rapport à 1996, nonobstant la diminution du nombre de sessions plénières, de quatre à trois. En d'autres termes, la nouvelle procédure accélérée d'examen des rapports de visite, mentionnée dans le 7^e Rapport Général, s'est avérée être un succès.

Il ne peut être question de réduire plus encore le nombre des sessions plénières ; pour des raisons opérationnelles, l'intervalle actuel de quatre mois entre les sessions est le maximum tolérable. Toutefois, le CPT continuera ses efforts visant à optimiser le processus décisionnel au niveau plénier et à travailler davantage en formations plus restreintes lors des sessions "plénières". Presque tout le travail préalable à une visite est déjà réalisé par les délégations chargées des visites dans le contexte des réunions plénières, et de plus en plus de tâches spécifiques sont confiées à des groupes de travail.

7. En ce qui concerne le dialogue permanent entre le CPT et les Parties à la Convention, le CPT a indiqué dans le 7^e Rapport Général qu'il comptait rendre ce processus plus vivant, notamment en développant la méthode des discussions face-à-face entre des autorités nationales et des représentants du Comité sur des questions suscitant des préoccupations particulières. Rien ne peut remplacer les contacts directs, lorsqu'il s'agit de résoudre des questions qui sont souvent complexes, et parfois très sensibles, pour les autorités concernées. De plus, un court séjour d'une délégation très restreinte, limitée à des entretiens au niveau gouvernemental - et partant entraînant très peu d'incidences financières - peut donner des résultats rendant une visite du Comité superflue.

Mention peut être faite dans ce contexte des entretiens qui se sont déroulés en Espagne, en juillet 1997, entre une délégation du Gouvernement conduite par le Secrétaire d'Etat à la Sécurité et une délégation du CPT, conduite par le Président du Comité. Des entretiens de nature similaire ont été menés à Rome en février 1998.

L'initiative prise par certaines Parties de transmettre des projets de loi ou de règlements au CPT en vue d'obtenir ses commentaires constitue une autre facette du processus de dialogue permanent qui mérite d'être encouragée.

¹ En 1998 et à ce jour, des séminaires d'information analogues ont été organisés à Chişinău, Skopje et Zagreb.

8. Bien entendu, les réponses intérimaires et de suivi des Etats aux rapports de visite du CPT constituent toujours l'ossature du dialogue permanent. La plupart des Etats continue de transmettre leurs réponses globalement dans les délais fixés par le CPT.

Toutefois, le CPT souhaite souligner qu'il est également important que les Etats répondent dans les délais prévus - et d'une manière détaillée - aux observations communiquées sur-le-champ, lors d'une visite, par une délégation en vertu de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention. De telles observations concernent des questions qui sont considérées comme particulièrement urgentes ; en conséquence, l'absence de réponse adéquate à des observations communiquées sur-le-champ constitue une sérieuse violation du principe de coopération prévue par l'article 3 de la Convention.

C. Publications

9. En 1997, les rapports du CPT sur les visites effectuées en Bulgarie, à Chypre (deux rapports de visite), au Danemark, en Allemagne, Italie, Norvège, République Slovaque et en Suisse ont été publiés à la demande des gouvernements concernés, de même que plusieurs réponses intérimaires et de suivi des gouvernements². 49 des 70 rapports de visite élaborés jusqu'à présent par le CPT ont été rendus publics. Nombre parmi les 21 rapports de visite restants n'ont été que récemment transmis aux Gouvernements et, selon toute probabilité, ils devraient être rendus publics dans un proche avenir.

10. Tous les rapports de visites publiés ainsi que les rapports annuels d'activités du CPT, sont désormais accessibles sur Internet (<http://www.cpt.coe.fr>) ; les réponses publiées par les gouvernements sont également accessibles, à condition qu'elles aient été transmises au CPT sous forme électronique. Le site internet du CPT contient aussi des informations sur des développements récents, telles nouvelles signatures et ratifications de la Convention et ses Protocoles, visites récemment effectuées (avec l'indication de la composition de la délégation et des établissements visités) et listes actualisées des noms et des curricula vitae abrégés des membres du Comité.

11. Au cours de l'année 1997, le premier volume de l'*Annuaire de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants* a été publié par le Centre des Droits de l'Homme de l'Université de Nottingham, en collaboration avec le Secrétariat du CPT. Le Volume 1 (1989 - 1992) inclut le texte de la Convention, le Règlement intérieur, les rapports de visite du Comité ainsi que les réponses des Etats rendus publics pendant cette période, comme d'autres informations sur le CPT et sur la Convention. D'autres volumes, consacrés à chaque année d'activités du Comité, seront publiés à l'avenir. Le CPT se réjouit de cette initiative qui devrait contribuer à sensibiliser davantage aux activités du Comité, en particulier au sein des cercles académiques.³

² En outre, en 1998 et à ce jour, cinq rapports de visite supplémentaires ont été publiés (concernant des visites en Belgique, France, au Portugal, en Roumanie et en Espagne).

³ L'*annuaire* peut être commandé directement auprès du "Human Rights Law Centre, Department of Law, University of Nottingham, Nottingham NG7 2RD, United Kingdom".

D. Recommandation 1323 et Directive n° 530 (1997) de l'Assemblée parlementaire⁴

12. Le CPT est très reconnaissant du soutien à son travail exprimé dans la Recommandation 1323 et la Directive n° 530 de l'Assemblée parlementaire, relatives au renforcement du mécanisme de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

13. Il sera fait référence à différents aspects de ces deux textes dans le chapitre "Questions relatives à l'organisation du CPT". Toutefois, le CPT souhaite à ce stade saluer l'accent mis dans la Recommandation 1323 sur l'importance qu'il y a pour les Etats d'assurer que toutes les autorités et personnels intéressés, aux échelons tant national que local, soient informés de l'action, des tâches et des pouvoirs du CPT. C'est là une condition sine qua non du succès des activités du Comité.

Le CPT a également apprécié les mesures adoptées afin de promouvoir la coopération entre le Comité et l'Assemblée et d'assurer que des informations pertinentes recueillies par l'Assemblée soient transmises au Comité.

II. QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU CPT

A. La Convention et ses Protocoles

14. Au cours de l'année 1997, la Convention a été ratifiée par Andorre, la Croatie, la Moldova, l'"ex-République yougoslave de Macédoine" et l'Ukraine, et signée par la Lettonie. Compte tenu des nouvelles ratifications intervenues en 1998⁵, la Convention est à présent ratifiée par 39 des 40 Etats membres du Conseil de l'Europe et signée par la Lituanie⁶. C'est là un développement extrêmement positif du point de vue de la sauvegarde des Droits de l'Homme. Toutefois, cela signifie aussi que les tâches auxquelles le CPT sera confronté continueront de croître en magnitude.

15. Les deux Protocoles amendant la Convention⁷ ont également été signés et/ou ratifiés par un certain nombre d'Etats en 1997⁸. Cependant, aucun des Protocoles n'est encore entré en vigueur; pour chacun, l'entrée en vigueur requiert la ratification (ou la signature sans réserve de ratification) par toutes les Parties à la Convention.

⁴ Ces textes ont été adoptés par l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, le 21 avril 1997.

⁵ Lettonie (10 février 1998) et Fédération de Russie (5 mai 1998).

⁶ Voir l'Annexe 1 A pour l'état des signatures et des ratifications de la Convention.

⁷ Le Protocole n° 1 "ouvre" la Convention en prévoyant que le Comité des Ministres peut inviter tout Etat non membre du Conseil de l'Europe à y adhérer; le Protocole n° 2 introduit les amendements concernant le renouvellement de la composition du CPT en prévoyant que ses membres sont rééligibles deux fois.

⁸ Voir les Annexes 1 B et 1 C pour l'état des signatures et des ratifications des protocoles.

Comme déjà souligné à de nombreuses occasions par le passé, l'entrée en vigueur du Protocole n° 2 faciliterait grandement le travail du CPT. Le Comité doit, une fois de plus, faire part de sa déception et son incompréhension que, près de cinq ans après l'ouverture à signature, le Protocole n'ait pas encore été ratifié par toutes les Parties à la Convention. Dans la Recommandation 1323 précitée, l'Assemblée Parlementaire recommande au Comité des Ministres "d'exhorter les Etats Parties à la convention qui ne l'ont pas encore fait à ratifier ses protocoles, en particulier le Protocole n° 2, sans délai, permettant ainsi son entrée en vigueur" et "d'inviter les autorités des Etats envisageant de ratifier la convention à ratifier en même temps son Protocole n° 2". Le CPT espère vivement que le Comité des Ministres prendra les mesures proposées par l'Assemblée.

B. Composition du CPT

16. Des changements importants sont intervenus en 1997 dans la composition du CPT. Les mandats de M. Claude Nicolay, Président du Comité (élu au titre du Luxembourg), Mme Nadia Gevers Leuven-Lachinsky (Pays-Bas), M. Rudolf Machacek (Autriche), M. Bent Sørensen (Danemark) et M. Stefan Terlezki (Royaume-Uni) ont expiré le 19 septembre 1997. Tous ces membres ont été au sein du CPT depuis le début de ses activités en 1989 et le Comité tient à leur exprimer sa gratitude pour leurs importantes contributions à son travail.

Sept nouveaux membres ont été élus par le Comité des Ministres au cours de l'année 1997: Mme Silvia Casale (Royaume-Uni), Mme Emilia Drumeva (Bulgarie), Mme Renate Kicker (Autriche), M. Andres Lehtmets (Estonie), M. Ole Vedel Rasmussen (Danemark), M. Pierre Schmit (Luxembourg) et M. Pieter Reinhard Stoffelen (Pays-Bas). Pendant la même période, Mme Ingrid Lycke Ellingsen (Norvège), M. Arnold Oehry (Liechtenstein), Mme Gisela Perren-Klingler (Suisse), M. Safa Reisoğlu (Turquie), M. Leopoldo Torres Boursault (Espagne), et M. Ivan Zakine (France) ont été réélus.

De plus, deux nouveaux membres du CPT ont déjà été élus depuis le début de l'année 1998 : M. Aurel Kistruga (Moldova) et M. Davor Strinović (Croatie).

En conséquence, le CPT compte actuellement 30 membres⁹. Les sièges au titre de l'Albanie, d'Andorre, de l'Allemagne, de la Lettonie, du Portugal, de la Slovénie, de l'"ex-République yougoslave de Macédoine" et de l'Ukraine sont vacants et un siège au titre de la Fédération de Russie sera à pourvoir à compter du 1er septembre 1998.

17. L'actuelle composition est peut-être la plus équilibrée et spécialisée dont le CPT ait jamais bénéficié. Le nombre de membres avec une formation médicale est à présent d'un niveau équivalent à celui des juristes au sein du Comité. De plus, le souhait du CPT de compter davantage de personnes ayant une connaissance pratique spécialisée des systèmes pénitentiaires et plus de médecins légistes au sein du Comité est progressivement en train d'être réalisé. Le nombre de femmes parmi les membres du CPT (neuf sur trente) a aussi quelque peu augmenté.

Dans la Recommandation 1323 et la Directive n° 530, l'Assemblée énonce les critères (formation professionnelle, sexe, âge, disponibilité) dont il convient de tenir compte lorsque les délégations parlementaires nationales désignent des candidats au CPT, lorsque le Bureau de l'Assemblée dresse des listes de candidats et, par la suite, le Comité des Ministres procède à l'élection des membres. Le CPT ne peut qu'approuver le choix ces critères et tient à ajouter, s'agissant de la formation professionnelle, qu'il serait très utile que la composition du Comité inclue également des personnes ayant une connaissance pratique spécialisée du travail de la police.

⁹ Voir l'Annexe 2 A pour la liste complète des membres du CPT. Une version résumée de leur curricula vitae est disponible auprès du Secrétariat du CPT.

18. Lors de sa réunion de novembre 1997, le CPT a élu son nouveau Bureau pour une période de deux ans. Le Comité a élu M. Ivan Zakine (Président de Chambre à la Cour de Cassation, France) Président, il a renouvelé le mandat de Mme Ingrid Lycke Ellingsen (psychiatre norvégienne) en tant que Première Vice-Présidente, et a élu M. John Olden (ex-Secrétaire adjoint au ministère irlandais de la Justice), second Vice-Président.

C. Questions administratives et budgétaires

19. Dans son 7e Rapport Général, le CPT a exposé une série de mesures visant à assurer que le Comité puisse relever avec succès le défi posé par l'accroissement du nombre de Parties à la Convention (augmentation du nombre de jours de visite ; rationalisation des méthodes de travail du Comité ; renforcement du Secrétariat du Comité). En particulier, le CPT a indiqué souhaiter être en mesure d'organiser 200 jours de visite par an à compter de l'an 2000, ce qui permettrait au Comité d'assurer que l'intervalle moyen entre des visites périodiques dans un pays donné ne dépasse pas quatre ans.

Comme conséquence du climat budgétaire difficile, le nombre de jours de visite en 1998 a dû être limité à 135 (une augmentation de 15 jours comparé à 1997). Le CPT reste confiant que l'objectif des 200 jours sera atteint, même si sa réalisation doit prendre sans doute une ou deux années de plus qu'initialement escompté.

20. Le CPT est reconnaissant au Secrétaire Général et au Comité des Ministres d'avoir prévu dans le budget de 1998 des crédits pour un poste additionnel de grade A4 au sein de son Secrétariat. Ceci a permis de réorganiser le Secrétariat en trois unités opérationnelles responsables des visites, assistées par une section centrale (cf. annexe 2 B).

Le CPT est également très satisfait que le système de montants forfaitaires auparavant uniquement applicable aux membres du Bureau ait maintenant été étendu à tous les membres du Comité. C'est là un pas important vers la réalisation de l'objectif visant à assurer que les membres du CPT soient en mesure de remplir leurs fonctions de manière effective.

21. Comme par le passé, le CPT s'efforcera de rester modeste dans ses futures demandes budgétaires et de continuer à chercher les voies pour réaliser des économies dans ses procédures opérationnelles. Toutefois, au vu de l'importante expansion géographique de ses activités, le CPT se verra contraint de demander une nouvelle augmentation des ressources mises à sa disposition.

A cet égard, le CPT a été sensible au soutien exprimé dans la Recommandation 1323 de l'Assemblée Parlementaire en ce qui concerne les demandes d'accroissement des ressources du Comité. De plus, la Déclaration faite par les Chefs d'Etats et de Gouvernements des Etats membres du Conseil de l'Europe lors du Deuxième Sommet en octobre 1997, dans laquelle ils manifestaient leur détermination "à renforcer les moyens de prévenir et de combattre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants", rassure le CPT sur l'avenir.

D. Mise en oeuvre des recommandations du CPT

22. Il est notoire que le CPT suit les mesures prises suite à ses recommandations à travers un dialogue permanent avec les Etats concernés. Cependant, récemment, alors que les activités du CPT se sont étendues à l'ensemble du continent européen, le Comité s'est engagé dans une réflexion afin de déterminer si une approche plus proactive pouvait être adoptée en ce qui concerne la mise en oeuvre de ses recommandations. En effet, la conjoncture économique prévalant dans au moins certains Etats visités par le CPT rend difficile le respect de toutes les exigences du Comité, nonobstant la bonne volonté des autorités concernées. Le CPT est soucieux d'éviter que cet état de choses ne mène à un hiatus dans le processus visant à combattre les mauvais traitements. Dans des cas appropriés, des mesures positives destinées à aider les Etats à mettre en oeuvre les recommandations du Comité pourraient contribuer à résoudre ce problème.

23. Dans certains domaines, telle la formation des responsables de l'application des lois, des fonctionnaires pénitentiaires ainsi que du personnel de santé des établissements pénitentiaires et psychiatriques, il pourrait y avoir matière à renforcer l'interface entre les activités du CPT et les programmes existants d'assistance pour le développement et la consolidation de la stabilité démocratique du Conseil de l'Europe (ADACS). De plus, le CPT tient à examiner l'idée du développement de filières à travers lesquelles certaines de ses recommandations comportant des implications financières importantes - en particulier, celles relatives à l'infrastructure d'un pays - pourraient être soumis à l'examen d'organisations internationales qui pourraient disposer des fonds nécessaires.

24. De même, le CPT peut parfois rencontrer des situations appelant une réponse humanitaire (comme assurer une aide alimentaire urgente ou des médicaments à des personnes privées de liberté) que le Comité lui-même n'est pas en mesure de donner. A cet égard, il convient de souligner que bien que le CPT soit capable, en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la Convention, d'identifier des besoins qui ne seraient pas nécessairement autrement décelables, le Comité n'a ni le mandat, ni la capacité logistique et les ressources pour distribuer de l'aide. Il convient de développer des procédures par le biais desquelles, quand nécessaire, et en tenant dûment compte des principes de coopération et de confidentialité, des organisations compétentes pourraient être alertées sans délai de la situation.

III. PLACEMENT NON VOLONTAIRE EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

A. Remarques préliminaires

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

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

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

Dans les paragraphes qui suivent, une description est donnée de certaines questions spécifiques examinées par le CPT en ce qui concerne les personnes placées involontairement en établissements psychiatriques¹⁰. Le CPT espère ainsi indiquer clairement et par avance aux autorités nationales, ses vues en matière de traitement de telles personnes ; le Comité sera reconnaissant d'obtenir des commentaires sur cette partie de son Rapport Général.

B. Prévention des mauvais traitements

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

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

¹⁰ S'agissant des soins psychiatriques aux détenus, il convient de faire référence également aux paragraphes 41 à 44 du 3^e Rapport Général du Comité.

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

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

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

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

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

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

C. Conditions de séjour et traitement des patients

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

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

conditions de séjour

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

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

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

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

35. L'alimentation des patients constitue un autre aspect de leurs conditions de séjour qui intéresse particulièrement le CPT. La nourriture doit non seulement être de quantité et qualité adéquates, mais aussi être servie aux patients dans des conditions satisfaisantes. Il doit y avoir l'équipement nécessaire pour assurer que les aliments sont servis à la température idoine. En outre, les patients doivent pouvoir manger décemment ; à cet égard, il convient de souligner que l'aptitude à accomplir les gestes quotidiens de la vie - comme manger avec des couverts corrects en étant assis à une table - fait partie intégrante des programmes de réhabilitation psycho-sociale des patients. De même, la présentation de la nourriture constitue un facteur qu'il convient de ne pas négliger.

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

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

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

traitement

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

Le CPT constate trop souvent que ces composantes essentielles d'un traitement efficace de réhabilitation psycho-sociale sont sous-développées, voire même, font totalement défaut et que le traitement prodigué aux patients consiste principalement en pharmacothérapie. Cette situation peut résulter du manque de personnel dûment qualifié et d'infrastructures appropriées ou des restes d'une philosophie qui se fonde sur le contrôle et la surveillance des patients.

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

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

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

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

40. Effectuer régulièrement des bilans de santé des patients ainsi que des réexamens des médicaments prescrits constitue une autre exigence fondamentale. Cela permettra en particulier d'adopter des décisions éclairées pour une éventuelle fin de placement du patient ou un transfert dans un environnement moins sécuritaire.

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

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

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

D. Personnel

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

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

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

45. Comme pour d'autres services de santé, il importe que les différentes catégories professionnelles du personnel travaillant dans une unité psychiatrique se réunissent régulièrement et forment une équipe placée sous l'autorité d'un médecin-cadre. Cela permettra d'identifier les problèmes se présentant au quotidien, de les discuter et de prodiguer des conseils. En l'absence d'une telle possibilité, des sentiments de frustration et de ressentiment pourraient bien naître parmi le personnel.

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

E. Moyens de contrainte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. Garanties en cas de placement non volontaire

51. La vulnérabilité des personnes malades ou handicapées mentales demande beaucoup d'attention afin de prévenir tout acte - ou éviter toute omission - préjudiciable à leur bien-être. Il s'ensuit que le placement non volontaire dans un établissement psychiatrique doit toujours être entouré de garanties appropriées. L'une des garanties les plus importantes - le consentement libre et éclairé au traitement - a déjà été mis en exergue (cf. paragraphe 41).

la décision initiale de placement

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

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

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

garanties au cours du placement

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

Comme dans tout lieu de privation de liberté, une procédure efficace de plaintes constitue une garantie fondamentale contre les mauvais traitements dans les établissements psychiatriques. Des dispositions spéciales doivent être mises en place pour permettre aux patients de déposer plainte auprès d'un organe clairement désigné, et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée en dehors de l'établissement.

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

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

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

fin de placement

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

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

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

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

G. Remarques finales

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

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

ANNEXE 1

**A. Signatures et ratifications de la
Convention européenne pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (*)
(au 1er août 1998)**

ETATS MEMBRES	Date de signature	Date de ratification	Date d'entrée en vigueur
ALBANIE	02.10.96	02.10.96	01.02.97
ANDORRE	10.09.96	06.01.97	01.05.97
AUTRICHE	26.11.87	06.01.89	01.05.89
BELGIQUE	26.11.87	23.07.91	01.11.91
BULGARIE	30.09.93	03.05.94	01.09.94
CROATIE	06.11.96	11.10.97	01.02.98
CHYPRE	26.11.87	03.04.89	01.08.89
REPUBLIQUE TCHEQUE	23.12.92	07.09.95	01.01.96
DANEMARK	26.11.87	02.05.89	01.09.89
ESTONIE	28.06.96	06.11.96	01.03.97
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	04.11.93	01.03.94
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
LETONIE	11.09.97	10.02.98	01.06.98
LIECHTENSTEIN	26.11.87	12.09.91	01.01.92
LITUANIE	14.09.95		
LUXEMBOURG	26.11.87	06.09.88	01.02.89
MALTE	26.11.87	07.03.88	01.02.89

MOLDOVA	02.05.96	02.10.97	01.02.98
PAYS-BAS	26.11.87	12.10.88	01.02.89
NORVEGE	26.11.87	21.04.89	01.08.89
POLOGNE	11.07.94	10.10.94	01.02.95
PORTUGAL	26.11.87	29.03.90	01.07.90
ROUMANIE	04.11.93	04.10.94	01.02.95
RUSSIE	28.02.96	05.05.98	01.09.98
SAINT-MARIN	16.11.89	31.01.90	01.05.90
REPUBLIQUE SLOVAQUE	23.12.92	11.05.94	01.09.94
SLOVENIE	04.11.93	02.02.94	01.06.94
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
"EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE"	14.06.96	06.06.97	01.10.97
TURQUIE	11.01.88	26.02.88	01.02.89
UKRAINE	02.05.96	05.05.97	01.09.97
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.

**B. Signatures et ratifications du Protocole No. 1
à la Convention européenne pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
(au 1er août 1998)**

ETATS MEMBRES	Date de signature	Date de ratification	Date d'entrée en vigueur
ALBANIE	02.10.96	02.10.96	
ANDORRE		***	
AUTRICHE	04.11.93	30.04.96	
BELGIQUE	04.11.93	12.09.96	
BULGARIE	04.03.97	27.10.97	
CROATIE		***	
CHYPRE	02.02.94	10.09.97	
REPUBLIQUE TCHEQUE	28.04.95	07.09.95	
DANEMARK	04.11.93	26.04.94	
ESTONIE	28.06.96	06.11.96	
FINLANDE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
FRANCE	04.11.93	***	
ALLEMAGNE	04.11.93	13.12.96	
GRECE	04.11.93	29.06.94	
HONGRIE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
ISLANDE	08.09.94	29.06.95	
IRLANDE	10.04.96(*)	10.04.96(*)	
ITALIE	30.10.96	***	
LETTONIE	11.09.97	10.02.98	
LIECHTENSTEIN	04.11.93	05.05.95	
LITUANIE	14.09.95		
LUXEMBOURG	04.11.93	20.07.95	
MALTE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	

MOLDOVA	02.10.97	02.10.97	
PAYS-BAS	05.05.94	23.02.95	
NORVEGE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
POLOGNE	11.01.95	24.03.95	
PORTUGAL	03.06.94	20.03.98	
ROUMANIE	04.11.93	04.10.94	
RUSSIE	28.02.96	05.05.98	
SAINT-MARIN	04.11.93	05.12.96	
REPUBLIQUE SLOVAQUE	07.03.94	11.05.94	
SLOVENIE	31.03.94	16.02.95	
ESPAGNE	21.02.95	08.06.95	
SUEDE	07.03.94(*)	07.03.94(*)	
SUISSE	09.03.94(*)	09.03.94(*)	
"EX-REPUBLIQUE YUGOSLAVE DE MACEDOINE"	14.06.96	06.06.97	
TURQUIE	10.05.95	17.09.97	
UKRAINE	26.01.98	***	
ROYAUME-UNI	09.12.93	11.04.96	

(*) Signature sans réserve de ratification

*** Etat devant ratifier le Protocole pour que ce dernier entre en vigueur

**C. Signatures et ratifications du Protocole No. 2
à la Convention européenne pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
(au 1er août 1998)**

ETATS MEMBRES	Date de signature	Date de ratification	Date d'entrée en vigueur
ALBANIE	02.10.96	02.10.96	
ANDORRE		***	
AUTRICHE	04.11.93	30.04.96	
BELGIQUE	04.11.93	12.09.96	
BULGARIE	04.03.97	***	
CROATIE		***	
CHYPRE	02.02.94	10.09.97	
REPUBLIQUE TCHEQUE	28.04.95	07.09.95	
DANEMARK	04.11.93	26.04.94	
ESTONIE	28.06.96	06.11.96	
FINLANDE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
FRANCE	04.11.93	14.08.96	
ALLEMAGNE	04.11.93	13.12.96	
GRECE	04.11.93	29.06.94	
HONGRIE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
ISLANDE	08.09.94	29.06.95	
IRLANDE	10.04.96(*)	10.04.96(*)	
ITALIE	30.10.96	***	
LETONIE	11.09.97	10.02.98	
LIECHTENSTEIN	04.11.93	05.05.95	
LITUANIE	14.09.95		
LUXEMBOURG	04.11.93	20.07.95	
MALTE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	

MOLDOVA	02.10.97	02.10.97	
PAYS-BAS	05.05.94	23.02.95	
NORVEGE	04.11.93(*)	04.11.93(*)	
POLOGNE	11.01.95	24.03.95	
PORTUGAL	03.06.94	***	
ROUMANIE	04.11.93	04.10.94	
RUSSIE	28.02.96	05.05.98	
SAINT-MARIN	04.11.93	05.12.96	
REPUBLIQUE SLOVAQUE	07.03.94	11.05.94	
SLOVENIE	31.03.94	16.02.95	
ESPAGNE	21.02.95	08.06.95	
SUEDE	07.03.94(*)	07.03.94(*)	
SUISSE	09.03.94(*)	09.03.94(*)	
"EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE"	14.06.96	06.06.97	
TURQUIE	10.05.95	17.09.97	
UKRAINE		***	
ROYAUME-UNI	09.12.93	11.04.96	

(*) Signature sans réserve de ratification

*** Etats devant ratifier le Protocole pour que ce dernier entre en vigueur

ANNEXE 2

A. Membres du CPT par ordre de préséance (au 1er août 1998)*

Nom	Nationalité	Date d'expiration du mandat
M. Ivan ZAKINE, Président	français	20.09.2001
Mme Ingrid LYCKE ELLINGSEN, 1ère Vice-Présidente	norvégienne	20.09.2001
M. John OLDEN, 2e Vice-Président	irlandais	21.03.1999
Mme Pirkko LAHTI	finlandaise	20.06.1999
M. Constantin ECONOMIDES	grec	30.11.1999
M. Jón BJARMAN	islandais	26.03.2000
M. Arnold OEHRYS	liechtensteinois	13.01.2001
M. Leopoldo TORRES BOURSAULT	espagnol	03.05.2001
M. Safa REISOĞLU	turc	20.09.2001
Mme Gisela PERREN-KLINGLER	suisse	20.09.2001
M. Florin STĂNESCU	roumain	21.03.1999
M. Mario BENEDETTINI	saint-marinais	21.03.1999
M. Vitaliano ESPOSITO	italien	21.06.1999
Mme Jagoda POLONCOVÁ	slovaque	21.06.1999
Mme Christina DOCTARE	suédoise	19.09.1999
M. Demetrios STYLIANIDES	chypriote	30.11.1999
M. Adam LAPTAŠ	polonais	30.11.1999
M. Lambert KELCHTERMANS	belge	08.01.2000
Mme Maria SCIBERRAS	maltaise	09.01.2000
M. Miklós MAGYAR	hongrois	03.04.2000
M. Zdeněk HÁJEK	tchèque	11.09.2000
Mme Emilia DRUMEVA	bulgare	17.03.2001
M. Pieter Reinhard STOFFELEN	néerlandais	20.09.2001
M. Ole Vedel RASMUSSEN	danois	20.09.2001
Mme Renate KICKER	autrichienne	20.09.2001
M. Pierre SCHMIT	luxembourgeois	20.09.2001
Mme Silvia CASALE	britannique	18.12.2001
M. Andres LEHTMETS	estonien	18.12.2001
M. Davor STRINOVIĆ	croate	04.06.2002
M. Aurel KISTRUGA	moldave	04.06.2002

* A cette date, les sièges au titre de l'Albanie, d'Andorre, de l'Allemagne, de la Lettonie, du Portugal, de la Slovénie, de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" et de l'Ukraine étaient vacants. De plus, un siège au titre de la Fédération de Russie sera à pourvoir à compter du 1er septembre 1998.

B. Secrétariat du CPT

M. Trevor STEVENS Secrétaire du Comité
Mme Geneviève MAYER Secrétaire adjointe du Comité

Secrétariat : Mme Mireille MONTI
 Mlle Violaine JOUANIN

Section centrale

Mme Florence CALLOT-DURING, questions administratives, budgétaires et du personnel
M. Patrick MÜLLER, Responsable du Centre de documentation et d'information
Mme Mireille MONTI, archives et publications

Unités chargées des visites

Unité 1

Mme Geneviève MAYER, Chef de l'Unité
M. Edo KORLJAN

.....

Secrétariat : Mlle Violaine JOUANIN

Unité 2

M. Fabrice KELLENS, Chef de l'Unité
Mme Petya NESTOROVA
M. Borys WÓDZ

Secrétariat : Mme Janey MASLEN

Unité 3

M. Mark KELLY, Chef de l'Unité
M. Jan MALINOWSKI
Mme Bojana URUMOVA

Secrétariat : Mme Susan BRADBURY-KIN

ANNEXE 3

Lieux de détention visités par des délégations du CPT en 1997

I. VISITES PERIODIQUES

A. Albanie

Etablissements de police

- Direction de la police, Elbasan
- Direction de la police, Fier
- Direction de la police, Tiranë
- Commissariat de police N° 4, Tiranë

Prisons

- Prison de Burrel
- Prison de Lushnjë
- Prison N° 313, Tiranë
- Prison N° 325, Tiranë
- Hôpital pénitentiaire, Tiranë

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique d'Elbasan

B. Belgique

Etablissements de police

- Commissariats de la Police Communale, Lange Nieuwstraat et Noordlaan, Anvers
- Commissariat Central de la Police Communale, rue du Collège, Ixelles
- Hôtel de Police, rue Natalis, Liège
- Commissariats de la Police Communale, rue des Palais et place Colignon, Schaerbeek
- Commissariat de la Police Communale, rue de l'Athénée, Tournai

Etablissements de gendarmerie

- Brigade de Gendarmerie, Korte Vlierstraat, Anvers
- Brigade de Gendarmerie et Brigade de Surveillance et de Recherches (BSR), rue de la Croix de Fer, Bruxelles
- Services de Gendarmerie auprès du Palais de Justice, Bruxelles
- Brigade de Gendarmerie, rue du Rossignol, Mons
- Brigade de Gendarmerie, rue de la Citadelle, Tournai
- Brigade de Gendarmerie, Wilrijk
- Détachement de Sécurité et Service de Rapatriement de la Gendarmerie, Aéroport de Bruxelles-National, Zaventem

Prisons

- Prison de Merksplas
- Prison de Mons
- Prison de Lantin
- Prison de St-Gilles

Centres pour étrangers retenus

- Centre pour Etrangers Illégaux, Merksplas
- Centre de Rapatriement 127 "bis", Steenokkerzeel
- Centre "INADS", Aéroport de Bruxelles-National, Zaventem
- Centre de Transit 127, Aéroport de Bruxelles-National, Zaventem

Etablissements de défense sociale (E. D. S.)

- E. D. S. de Paifve
- E. D. S. de Tournai

C. République tchèque

Etablissements de police

- Dépôt de la police, Bratislavská 13-15, Brno
- Direction de la police, Kongresová 2, Prague 4
- Commissariat de police de Jižní Město I, Steinerova 604, Prague 4
- Commissariat de police de Košíře, Ostrovského 3, Prague 5
- Commissariat de police de Smíchov, Štefánikova 13, Prague 5
- Bureau d'enquêtes criminelles, Františka Křižka 24, Prague 7
- Direction de la police, Havlíčkova 10, Šumperk

Prisons

- Prison de Mírov
- Maison d'arrêt de Prague-Pankrác

Etablissements pour mineurs

- Institut de diagnostics pour enfants de Brno-Hlinky
- Institut d'éducation pour enfants et mineurs de Moravský Krumlov

D. Estonie

Etablissements de police

- Commissariat de Police de Elva
- Préfecture de Police de Harju, Saue
- Préfecture de Police de Ida-Viru, Kohtla-Järve
- Préfecture de Police de Jõgeva
- Préfecture de Police de Laane-Viru, Rakvere
- Préfecture de Police de Narva
- Préfecture de Police de Tallinn (Centres de détention n° 1 et 2)

- Commissariat de Police de Lasnamäe, Tallinn
- Préfecture de Police de Tartu
- Préfecture de Police de Viljandi

- Locaux de détention de la Police des frontières, Narva

Prisons

- Prison Centrale, Tallinn
- Prison de Tallinn
- Prison pour jeunes de Viljandi

Etablissements psychiatriques et d'assistance sociale

- Unité médico-légale à l'hôpital psychiatrique de Tallinn
- Hôpital psychiatrique universitaire de Tartu
- Centre d'assistance sociale de Valkla, Kiiu

Etablissements militaires

- Locaux de détention militaire, Tallinn

E. Grèce

Etablissements de police

Athènes

- Direction de la police, avenue Alexandras
- Commissariat de police à Drapetsona, Pirée
- Commissariat de police N° 2, Terminal Est de l'aéroport d'Athènes
- Zones de rétention de l'aéroport d'Athènes
- Centre de rétention pour étrangers, Hellenikon
- Centre de rétention pour étrangers du Pirée, rue Asklepiou
- Centre de transfert pour détenus du Pirée, rue Notara

Corfou

- Direction de la police, rue Alexandras
- Commissariat de police, rue Samartzi

Ioanina

- Direction de la police, rue du 28 Octobre
- Centre pour ressortissants étrangers en séjour illégal, Perama

Thessalonique

- Direction de la police
- Commissariat de police, Square Démocratie

Prisons

- Complexe pénitentiaire de Korydallos, Athènes
- Prison de Corfou
- Prison judiciaire Diavata, Thessalonique

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique public de l'Attique, Athènes
- Hôpital psychiatrique public de Thessalonique

Autres établissements

- Locaux de rétention des tribunaux de première instance, Evelpidon, Athènes

F. Pays-Bas

Police

- Commissariat central de police, Amsterdam
- Commissariat de police, Warmoesstraat 44-50, Amsterdam
- Locaux de la gendarmerie royale, Aéroport international de Schiphol
- Commissariat central de police, Emmen
- Commissariat central de police, Groningen
- Commissariat central de police, Tilburg
- Commissariat de police, Stationsstraat 14, Tilburg
- Centre d'enregistrement de l'Organisation centrale d'accueil pour requérants d'Asile (COA), Aéroport international de Schiphol

Prisons

- Etablissements pénitentiaires Over-Amstel (Demersluis et Het Veer)
- Etablissement pénitentiaire Nieuw Vosseveld (EBI et TEBI)

Etablissements psychiatriques

- Clinique Dr S. van Mesdag

Centres de détention pour étrangers

- Centre de départ pour étrangers, Ter Apel
- Centre de détention pour étrangers Roi Guillaume II, Tilburg

G. Turquie

Etablissements de police

- Direction de la police, Adana
- Istanbul :
 - Direction de la police
 - Commissariat de police central, district de Beyoğlu
 - Commissariat de police central, district de Küçükçekmece
- Direction de la police, Izmir
- Direction de la police, Mersin
- Direction de la police, Samsun
- Direction de la police, Ünye

Prisons et centres de redressement

- Prison d'Izmir (Buca)
- Centre de redressement pour jeunes, Izmir
- Prison de type E de Mersin
- Prison de Ünye

Etablissements psychiatriques

- Hôpital pour la santé mentale et psychologique à Bakırköy, Istanbul
- Unité d'observation psychiatrique de l'Institut de médecine légale, Istanbul
- Hôpital psychiatrique régional de Samsun

II. VISITES AD HOC

A. Pays-Bas (Antilles néerlandaises)

- Prison de Koraal Specht
- Locaux de détention de la police et la Police Judiciaire de Rio Canario

B. Norvège

- Prison ("Landsfengsel") et Quartier général de la police, Bergen
- Prison ("Kretsfengsel") et Quartier général de la police, Oslo

C. Luxembourg

Etablissements pour mineurs

- Centre Socio-Educatif de l'Etat pour garçons, Dreibern
- Centre Socio-Educatif de l'Etat pour filles, Schrassig

Etablissements de la Police, de la Gendarmerie et de l'Administration des Douanes et Accises

- Commissariat central de la police, Luxembourg
- Quartier cellulaire de la Brigade de Gendarmerie de Luxembourg
- Service spécial de la Gendarmerie à l'Aéroport de Luxembourg - Findel
- Service de Police Judiciaire de la Gendarmerie (Section Police des Etrangers et des Jeux)
- Salle de rétention de la Gendarmerie au Palais de Justice de Luxembourg
- Brigade d'Intervention de la Direction Anti-Drogues et Produits Sensibles, Rumelange

Prisons

- Centre Pénitentiaire de Luxembourg, Schrassig

D. Espagne (janvier 1997)

- Direction Générale de la Garde Civile, Madrid
- Prison de Madrid V

E. Espagne (avril 1997)

Etablissements pour étrangers

- Camp de Calamocarro, Ceuta
- Centre de rétention pour étrangers, Plaza de Capuchinos, Málaga
- Locaux à La Granja, Carretera de Alfonso XIII, Melilla

Etablissements de la police nationale et de la Garde Civile

- Quartier Général de la police nationale, Paseo de Colón, Ceuta
- Quartier Général de la Garde Civile, Nuestra Señora del Otero, Ceuta
- Locaux de rétention au port de Ceuta

- Quartier Général de la police nationale, Plaza de Manuel Azaña, Málaga
- Quartier Général de la police nationale, Actor Tallavi, Melilla

Etablissements militaires

- Quartier disciplinaire, 52e Régiment d'Infanterie, Melilla
- Quartier disciplinaire du Régiment "Gran Capitán" de la Légion, Melilla
- Locaux de détention provisoire de la police militaire, Melilla

Prisons

- Prison de Ceuta, Los Rosales

F. Royaume-Uni et Ile de Man

Etablissements de police

Londres

- Commissariat de police de Brixton
- Commissariat de police de Notting Hill
- Commissariat de police de Peckham
- Commissariat de police de Streatham

Ile de Man

- Direction de la Police de l'Ile de Man, Douglas
- Commissariat de police de Castletown
- Commissariat de police de Peel
- Commissariat de police de Ramsey

Prisons

Angleterre

- Prison de Dorchester
- Prison du Weare

Ile de Man

- Prison de l'Ile de Man, Douglas