



CPT/Inf (2006) 35

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

16^e rapport général d'activités du CPT

couvrant la période du 1^{er} août 2005 au 31 juillet 2006

Strasbourg, le 16 octobre 2006

Le CPT est tenu d'établir chaque année un rapport général sur ses activités, qui est rendu public. Ce 16^e rapport général, ainsi que les rapports généraux précédents et d'autres informations relatives aux activités du CPT, peuvent être obtenus auprès du Secrétariat du Comité ou à partir de son site web:

Secrétariat du CPT
Palais des Droits de l'Homme
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex, France

Tél.: +33 (0)3 88 41 39 39

Fax: +33 (0)3 88 41 27 72

E-Mail: cptdoc@coe.int

Site Web: <http://www.cpt.coe.int>

Base de données: <http://hudoc.cpt.coe.int>

TABLE DES MATIERES**Page**

PRÉFACE.....	5
ACTIVITÉS MENÉES DANS LA PÉRIODE DU 1^{ER} AOÛT 2005 AU 31 JUILLET 2006.....	7
Visites	7
Réunions et méthodes de travail	10
Publications	11
QUESTIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU CPT	12
La Convention instituant le CPT	12
Composition du CPT	12
Questions administratives et budgétaires	13
MOYENS DE CONTENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES	14
ANNEXES	
1 Mandat et modus operandi du CPT	20
2 Signatures et ratifications de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	21
3 Champ d'intervention du CPT.....	22
4 Tableau récapitulatif, Etat par Etat, le nombre de visites du CPT, de rapports de visite transmis aux gouvernements et de rapports rendus publics	23
5 Membres du CPT	24
6 Secrétariat du CPT.....	25
7 Pays et lieux de détention visités par des délégations du CPT dans la période du 1 ^{er} août 2005 au 31 juillet 2006	26

PRÉFACE

2006 a connu une étape importante dans le développement de la coopération internationale en matière de droits de l'homme, avec l'entrée en vigueur, le 22 juin, du Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT). Ainsi, le mécanisme à caractère universel, attendu depuis si longtemps, pour la prévention de la torture et d'autres formes de mauvais traitements deviendra enfin réalité au début de l'année prochaine. Il s'agit là d'une nouvelle dont le CPT se félicite.

Cet accomplissement trouve son origine dans la créativité et la ténacité d'un ancien banquier suisse, Jean-Jacques Gautier. C'est lui qui a eu l'idée d'un contrôle indépendant et contraignant au niveau international des lieux de privation de liberté, en tant que moyen crucial pour prévenir la torture, et qui a fondé le Comité suisse contre la torture (CSCT) en 1977 en vue d'atteindre ce but. Les premières tentatives visant à lancer cette idée au niveau des Nations Unies n'ont pas été couronnées de succès. Aussi, le CSCT et sa proche alliée, la Commission internationale de juristes, se sont-ils attachés, au début des années 1980, à promouvoir l'adoption d'un instrument régional au niveau européen. Ils ont réussi à mobiliser un soutien politique fort de la part de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Ces efforts ont abouti à l'adoption et à l'ouverture à la signature en 1987 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, et à la création, environ deux ans plus tard, du CPT.

Pour certains, le principal intérêt de la création en Europe, par voie de traité, d'un mécanisme pour le contrôle *in situ* des lieux de détention était de tester la viabilité et l'utilité d'une telle approche préalablement à sa mise en œuvre au niveau universel. Le CPT laissera à d'autres le soin d'apprécier si ce test a été réussi. En tout état de cause, près de vingt ans plus tard, un Sous-Comité des Nations Unies pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doté d'un mandat et de pouvoirs analogues à ceux du CPT, est sur le point d'être créé. Le CPT salue ce développement et s'engage à œuvrer de concert avec le mécanisme mondial dans le but commun de prévenir les mauvais traitements. Le Comité tient à mettre au point des projets concrets de coopération entre les deux organes, ainsi que l'envisage l'OPCAT, qui invite expressément le Sous-Comité et les organismes régionaux tels que le CPT « à se consulter et à coopérer afin d'éviter les doubles emplois ». Cette approche relève du simple bon sens.

Un moyen de favoriser cette coopération ainsi qu'un usage efficace des ressources consisterait à revenir à une proposition présentée par le CPT dès 1992, dans son 3^e rapport général. Actuellement, quatorze Etats européens sont Parties à la fois à la Convention européenne pour la prévention de la torture (CEPT) et à l'OPCAT. Le CPT réitère sa proposition, à savoir que les Etats liés par ces deux traités acceptent que les rapports de visite établis par le CPT à leur sujet, ainsi que leurs réponses à ces rapports, soient transmis immédiatement et systématiquement au Sous-Comité de la prévention, et ce, de manière confidentielle. Ainsi, les consultations entre le Sous-Comité et le CPT pourraient se dérouler à la lumière de tous les faits pertinents ; cela faciliterait grandement la coordination souhaitée des activités ainsi que le maintien de normes cohérentes. De l'avis du CPT, la mise en œuvre de la mesure proposée ne devrait pas nécessiter un amendement à la CEPT.

Bien qu'il y ait des similitudes entre les deux traités, l'OPCAT est loin d'être la copie conforme de la CEPT. En effet, outre le rôle du Sous-Comité de la prévention au niveau international, les Etats qui adhèrent à l'OPCAT sont tenus de prévoir, au niveau interne, des mécanismes nationaux de prévention dotés de larges pouvoirs de contrôle s'agissant des lieux de détention. Ce système à deux piliers pourrait bien constituer l'une des plus grandes forces de l'OPCAT et il est assurément parfaitement conforme aux normes élaborées par le CPT. Le Comité n'a en effet jamais cessé de préconiser, comme garantie fondamentale contre les mauvais traitements, que tous les lieux où des personnes sont privées de liberté soient soumis au contrôle d'organismes indépendants au niveau national. Dans les Etats européens qui sont aussi Parties à l'OPCAT, les mécanismes nationaux de prévention fonctionnant en application du Protocole facultatif seront parmi les interlocuteurs les plus importants du CPT.

Avec l'entrée en vigueur de l'OPCAT et l'arrivée sur la scène internationale du Sous-Comité de la prévention, on pourrait dire que le CPT est enfin sur le point de trouver le proche parent qui lui avait été refusé à la naissance. La coopération, la complémentarité et la synergie doivent marquer de leur empreinte la relation entre ces deux organes. La tâche ardue consistant à faire respecter dans le monde d'aujourd'hui (comme dans celui d'hier) l'interdiction absolue de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants le requiert. Ensemble, ils doivent œuvrer pour garantir que l'interdiction reste véritablement *absolue* et que les engagements pris solennellement de respecter cette règle fondamentale se traduisent dans les actes.

ACTIVITÉS MENÉES DANS LA PÉRIODE DU 1^{er} AOÛT 2005 AU 31 JUILLET 2006

Visites

1. Le CPT a organisé dix-huit visites, représentant une durée totale de 168 jours, pendant la période des douze mois couverte par le présent rapport général. Sur ces visites, dix (représentant 111 jours) faisaient partie du programme annuel de visites périodiques du CPT, et huit (57 jours) étaient des visites ad hoc que le Comité considérait comme étant exigées par les circonstances. Cela constitue une légère augmentation des jours de visites par rapport à l'année précédente. Toutefois, le développement du programme annuel de visites au-delà du niveau de 170 jours continue à être freiné par des facteurs liés au personnel.

Le CPT est à présent requis d'exécuter son mandat dans 47 Etats. Pour faire face efficacement à la charge de travail que cela implique, le Comité doit le plus tôt possible être placé en position d'augmenter le volume des jours de visites à 200 par année. Cela permettrait d'organiser une visite périodique dans chaque Partie à la CEPT en moyenne tous les quatre ans, tout en laissant suffisamment de marge pour les divers types de visites ad hoc exigées par les circonstances.

2. Les pays suivants ont fait l'objet de visites périodiques : l'Arménie, la République tchèque, l'Allemagne, la Grèce, Monaco, la Norvège, la Roumanie, la Slovénie, « l'ex-République yougoslave de Macédoine » et l'Ukraine. La visite à Monaco était la première du CPT dans cet Etat Partie.

Le programme d'une visite périodique comprend typiquement différentes catégories d'établissements (commissariats de police, prisons, hôpitaux psychiatriques, institutions pour mineurs) situés dans diverses régions du pays concerné. Une attention particulière a été accordée durant certaines visites (par exemple, en Allemagne, en Grèce, en Roumanie, en Slovénie et en Ukraine) au traitement des personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers. Un autre sujet d'attention, lors d'un certain nombre de visites (comme en Arménie, en République tchèque, en Roumanie et en Ukraine), a été le traitement des personnes condamnées à la réclusion à perpétuité.

3. Les huit visites ad hoc effectuées par le CPT pendant la période couverte par le présent rapport général concernaient l'Albanie, l'Italie, la Moldova (y compris la région transnistrienne), la Fédération de Russie (région du Caucase du Nord), l'Espagne, la Turquie et le Royaume-Uni.

4. La **visite ad hoc en Albanie en mars 2006** avait pour principal objectif d'examiner les mesures prises par les autorités nationales en vue de mettre en œuvre les recommandations formulées par le CPT à l'issue de la visite périodique effectuée en mai/juin 2005. Des entretiens ont eu lieu à ce sujet avec les Ministres de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice, ainsi qu'avec le Premier Ministre. Une attention particulière a été accordée aux conditions de détention dans les locaux de détention provisoire sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur. La délégation a également examiné si la loi sur la santé mentale de 1996, qui comporte un certain nombre de garanties destinées à sauvegarder les droits fondamentaux des patients psychiatriques, était effectivement mise en œuvre.

5. Pendant la **visite ad hoc en Italie en juin 2006**, le CPT s'est concentré sur le traitement des personnes retenues en vertu de la législation relative à l'entrée et au séjour des étrangers, examinant les mesures prises par les autorités en réponse aux recommandations faites à ce sujet dans le rapport du Comité sur la visite périodique de novembre/décembre 2004. Les opérations d'éloignement de ressortissants étrangers depuis les aéroports de Crotone et de Lampedusa en 2005 et durant la première moitié de 2006 ont également été évaluées. A la fin de la visite, la délégation du CPT a eu des entretiens fructueux avec le Ministre de l'Intérieur et d'autres hauts fonctionnaires en charge des questions d'immigration.

6. La **visite ad hoc en Moldova en novembre 2005** avait pour but d'examiner *in situ* les mesures prises par les autorités moldaves pour mettre en œuvre les recommandations formulées par le Comité après sa visite périodique en septembre 2004. Une attention particulière a été accordée à la situation des personnes détenues par la police, ainsi qu'au traitement des condamnés à perpétuité et des détenus tuberculeux multirésistants.

7. **En mars 2006**, le CPT a effectué sa troisième **visite ad hoc dans la région transnistrienne de Moldova** (une région qui s'est unilatéralement proclamée république indépendante en 1991). L'un des objectifs principaux de cette visite a été d'examiner la situation des détenus souffrant de tuberculose ; dans ce contexte, la délégation du Comité a évalué les résultats d'un projet financé par le Conseil de l'Europe et mis en œuvre par Caritas Luxembourg, destiné à l'amélioration des conditions de vie de ces détenus. La délégation a également examiné le traitement d'autres catégories de détenus, en particulier ceux qui sont placés sous des régimes stricts ou spéciaux de détention.

La situation précaire à la prison n° 8 à Bender, un établissement situé dans la région transnistrienne mais faisant partie du système pénitentiaire de la République de Moldova, a aussi été réexaminée. Par décisions des autorités municipales de Bender, la prison avait été privée d'eau courante et d'électricité depuis le milieu de l'année 2003, et de raccordement au système d'évacuation des égouts de la ville depuis 2005.

8. La **visite ad hoc dans la région du Caucase du Nord de la Russie en avril/mai 2006** était la huitième organisée par le CPT depuis l'année 2000 dans cette partie de la Fédération. Cela reflète le souci persistant du Comité s'agissant du traitement des personnes détenues par des membres des forces de l'ordre et des forces de sécurité dans cette région, en particulier la République tchétchène. La délégation du Comité est retournée dans les Républiques tchétchène et ingouche ; en outre, pour la première fois, elle a examiné le traitement des personnes privées de liberté dans la République du Daguestan.

Le 1^{er} mai 2006, la délégation du CPT a pris la décision exceptionnelle d'interrompre la visite en raison d'un refus d'accès à Tsentoroï (Khosi-Youurt), un village de la République tchétchène situé au sud-est de Goudermès. Cependant, suite aux assurances reçues du Président de la République tchétchène, la délégation a décidé de reprendre la visite et elle a eu accès à Tsentoroï le jour suivant, au cours de l'après-midi. La délégation a souhaité visiter ce village parce qu'elle avait des raisons de croire qu'il y avait là un ou plusieurs endroits pouvant être utilisés comme lieux non officiels de détention.

9. La **visite ad hoc en Espagne en décembre 2005** portait sur la situation des personnes privées de liberté par les forces de l'ordre. Une attention particulière a été accordée à l'accès effectif à un avocat dès le tout début de la privation de liberté, une question qui avait à de nombreuses reprises fait l'objet de recommandations dans des rapports sur des visites précédentes en Espagne. La délégation du CPT s'est également penchée sur le rôle des autorités judiciaires dans la protection contre les mauvais traitements des personnes détenues par les forces de l'ordre. Ces questions ont été traitées par le biais à la fois de visites *in situ* et d'entretiens avec les autorités, y compris le Ministre de l'Intérieur et le Président de l'*Audiencia Nacional*.

De plus, suite à des rapports relatifs à des tentatives concertées d'ouvrir une brèche dans les clôtures à la frontière sur la côte d'Afrique du Nord, la délégation du CPT a décidé d'examiner les procédures d'interception et le traitement des ressortissants étrangers par la Garde civile à la frontière entre l'Espagne et le Maroc à Melilla. Dans ce contexte, la délégation a accompagné les patrouilles de nuit en poste à la frontière.

10. Pendant la **visite ad hoc en Turquie en décembre 2005**, la délégation du CPT a réexaminé la situation dans la pratique concernant le traitement des personnes détenues par les forces de l'ordre, et évalué l'application quotidienne des garanties légales contre les mauvais traitements actuellement en vigueur. Elle a également porté son attention sur les développements intervenus dans les prisons de type F (haute sécurité), en particulier en ce qui concerne les activités communes pour les détenus et le régime appliqué aux détenus purgeant une peine de « réclusion à perpétuité aggravée ». Un troisième objectif de la visite était d'examiner les procédures pour l'administration de l'électro-convulsivo-thérapie (ECT) dans les établissements psychiatriques.

11. La **visite ad hoc au Royaume-Uni en novembre 2005** a essentiellement porté sur l'examen du traitement et des conditions de détention de personnes qui avaient été récemment détenues, en vue de leur éloignement, en vertu de la loi relative à l'immigration de 1971. La délégation avait rencontré un certain nombre de ces personnes au cours de visites précédentes, lorsqu'elles étaient détenues en vertu de la partie IV de la loi de 2001 relative à la lutte contre le terrorisme, à la criminalité et à la sécurité, ou lorsqu'elles étaient placées sous ordonnances de contrôle en vertu de la loi de 2005 sur la prévention du terrorisme. Une attention particulière a été accordée à la santé mentale des personnes concernées.

Pendant la visite, la délégation a eu un échange de vues avec des fonctionnaires du ministère de l'Intérieur et du ministère des Affaires étrangères sur la question des « assurances diplomatiques » dans le contexte des procédures d'éloignement et les Memoranda d'accord signés à ce sujet avec d'autres pays.

12. De manière générale, le niveau de coopération témoigné aux délégations du CPT en visite par les autorités nationales compétentes continue d'être très bon, et a été exemplaire pendant la première visite du Comité à Monaco. Les rencontres avec les ministres et autres hauts responsables au début et à la fin des visites ont quasiment toujours lieu dans une atmosphère constructive. De plus, dans la grande majorité des cas, au niveau local, les délégations du CPT ont un accès rapide aux lieux visités et obtiennent les informations dont elles ont besoin.

13. Cela étant, comme lors des années précédentes, il y a eu des exemples isolés de tentatives de masquer la réalité dans des lieux visités, par exemple des efforts visant à dissimuler la présence de certains détenus. De plus, les listes des lieux de privation de liberté remises aux délégations du CPT par les autorités compétentes étaient parfois incomplètes, en particulier s'agissant des établissements des forces de l'ordre.

14. Il convient également d'observer que les délégations du CPT ont eu à plusieurs reprises la nette impression que des détenus, dans des lieux visités, avaient été dissuadés de formuler des plaintes. Tout comportement de cette nature de la part d'agents de l'Etat serait en totale contradiction avec le principe de coopération et, donc, absolument inacceptable.

15. Référence a déjà été faite à un incident au cours duquel une délégation du CPT s'est dans un premier temps vu refuser l'accès à une partie du territoire de l'Etat visité. Dans un autre pays, la délégation en visite s'est initialement vu refuser l'accès à une section particulière d'un établissement psychiatrique. Dans les deux cas, il a par la suite été affirmé que cet état de choses résultait de la méconnaissance, de la part des fonctionnaires concernés, du mandat et des pouvoirs du CPT. Ces exemples mettent en lumière la nécessité de poursuivre les efforts en vue de garantir que toutes les autorités compétentes reçoivent des informations détaillées sur la tâche du Comité et leurs obligations vis-à-vis des délégations en visite.

Dans un autre cas, une délégation du CPT s'est dans un premier temps vu refuser l'accès à un foyer social, les autorités locales compétentes soutenant que tous les résidents avaient été admis sur une base volontaire et, donc, que l'établissement ne tombait pas sous le mandat du Comité. Toutefois, lorsque l'établissement a finalement été visité, il fut découvert qu'un nombre considérable de résidents pouvaient sans doute être considérés comme étant privés de liberté. Pour éviter la survenance de situations de ce genre, il est essentiel que les délégations du CPT en visite aient la possibilité de vérifier que les résidents « volontaires » dans un établissement déterminé s'y trouvent effectivement de leur plein gré.

16. L'exigence de coopérer ne se limite pas à une visite en cours, mais constitue une obligation continue qui perdure pendant toute la phase du dialogue permanent entre le CPT et les Etats Parties. En particulier, le principe de coopération établi par la Convention suppose que des mesures effectives soient prises en vue d'améliorer la situation des personnes privées de liberté, à la lumière des constatations du CPT. Le Comité a été obligé de réitérer ce point à un certain nombre d'Etats au cours de la période couverte par le présent rapport général.

17. En résumé, nonobstant la nette prédominance d'une bonne coopération entre les Parties à la Convention et le CPT, un certain nombre de problèmes de coopération surviennent de temps en temps et peuvent parfois être d'une gravité telle qu'ils soulèvent des questions au regard de l'article 10, paragraphe 2, de la Convention. A ce jour, le CPT n'a invoqué cette disposition qu'avec retenue et entend bien continuer à agir ainsi. Toutefois, s'il venait à être confronté à de solides éléments de preuve d'actes d'intimidation ou de représailles à l'encontre d'une personne, avant ou après son entretien avec une délégation du CPT, ou à un refus persistant de mettre en œuvre des recommandations sur des questions-clés, le Comité n'aura guère d'autre choix que d'envisager de recourir à son pouvoir de faire une déclaration publique.

Réunions et méthodes de travail

18. Le CPT a tenu trois sessions plénières d'une semaine pendant les douze mois couverts par le présent rapport général – en novembre 2005, et mars et juillet 2006. Le Comité a adopté au total 20 rapports de visite au cours de ces réunions, dont onze selon la procédure accélérée (en vertu de laquelle les projets de rapport de visite communiqués au moins deux semaines avant une session plénière sont adoptés sans débat, sauf en ce qui concerne les paragraphes pour lesquels une discussion a été expressément demandée à l'avance).

Outre l'adoption des rapports de visite, les sessions plénières sont l'occasion de réexaminer le dialogue permanent avec les Parties à la Convention, d'organiser des discussions thématiques sur des questions liées au mandat du CPT et de préparer les futures visites. Une grande partie de ces activités se déroulent dans le cadre de sous-groupes du Comité : délégations responsables des visites, groupe médical, groupe de travail sur la « jurisprudence », etc.

Parmi les personnes récemment invitées aux sessions plénières pour des échanges de vues sur des questions d'actualité, il convient de mentionner le Rapporteur spécial de l'ONU chargé d'examiner les questions se rapportant à la torture, Manfred Nowak, le Commissaire aux droits de l'homme, sortant, du Conseil de l'Europe, Alvaro Gil-Robles, et le nouveau Commissaire, Thomas Hammarberg.

19. Le CPT continue à chercher à intensifier son dialogue permanent avec certains Etats au moyen d'entretiens à haut niveau hors du cadre d'une visite déterminée. A cet égard, référence peut être faite aux entretiens qui ont eu lieu à Moscou les 24 et 25 avril 2006 entre des hauts fonctionnaires russes et des représentants du CPT ; ils ont porté essentiellement sur les constatations faites par le Comité durant la visite périodique effectuée en Fédération de Russie en 2005. De plus, le 19 juin 2006, la Présidente et le Premier Vice-Président du CPT ont eu des entretiens à Ankara avec le Ministre de la Justice turc concernant les difficultés persistantes d'accès à l'île d'Imrali pour les proches et les avocats d'Abdullah Öcalan.

20. Le CPT continue à saisir les occasions qui se présentent de promouvoir la synergie avec d'autres organes. Cela inclut fréquemment des contacts durant les visites avec des missions de terrain de l'Union européenne, du Comité international de la Croix-Rouge, de l'OSCE et du UNHCR.

Le CPT se réjouit de chaque occasion de contribuer à des débats au sein du Conseil de l'Europe concernant des sujets liés au mandat du Comité. Ainsi, le Comité est heureux d'avoir été invité à participer aux réunions du Groupe de Spécialistes sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme (DH-S-TER) qui portaient sur les assurances diplomatiques dans le contexte des procédures d'expulsion.

Le CPT apprécie également les occasions – qui lui sont offertes par les nombreuses invitations qu'il reçoit – de prendre part à des réunions d'organisations intergouvernementales et non-gouvernementales, où le Comité peut non seulement fournir des informations sur ses activités, mais également, et cela est tout aussi important, échanger des expériences et des idées.

De plus, comme déjà indiqué dans la préface du présent rapport général, le CPT accorde une importance fondamentale à la synergie la plus étroite possible avec le Sous-Comité de la prévention devant être prochainement établi en vertu du Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture.

21. Dans des rapports généraux précédents, référence a été faite à l'idée d'organiser un projet pilote dans un nombre limité de pays parmi ceux qui se heurtent à des difficultés dans la mise en œuvre des recommandations du CPT, notamment celles exigeant un investissement financier important.

Suite à une procédure d'appel d'offres public lancée à la fin de l'année 2005, l'Institut de recherche pour les droits de l'homme et la justice sociale de l'université Metropolitan de Londres a été sélectionné pour exécuter le projet pilote en Albanie, en Géorgie et en Moldova. L'objectif est de mener une étude dans chacun de ces pays aux fins d'évaluer leurs besoins concernant la mise en œuvre des recommandations du Comité, d'identifier des domaines et des propositions concrets pour des aides externes, et de chercher des financements externes. Un rapport final contenant des propositions spécifiques devrait être disponible avant la fin de l'année 2006.

Le CPT est reconnaissant aux Gouvernements du Luxembourg et de la Turquie pour leurs contributions financières volontaires qui ont permis la mise en œuvre du projet pilote.

Publications

22. La tendance bien établie consistant, pour les Etats, à lever le voile de la confidentialité et publier les rapports de visite du CPT ainsi que les réponses des gouvernements, a une fois encore été confirmée durant la période couverte par le présent rapport général. Au cours des douze derniers mois, quatorze rapports de visite ont été publiés par le Comité à la demande des gouvernements concernés. A la date de rédaction de ce rapport, 165 des 206 rapports de visite élaborés jusqu'à présent ont été placés dans le domaine public. Un tableau présentant la situation actuelle Etat par Etat figure à l'annexe 4.

23. Des traductions supplémentaires et des mises à jour du « kit d'information », contenant diverses brochures qui décrivent le fonctionnement du CPT et les normes que le Comité a établies, ont été réalisées au cours des douze derniers mois. Le kit est actuellement disponible en dix-neuf langues, et diffusé dans toutes ces langues sur le site web du CPT ; des versions imprimées peuvent être obtenues du Secrétariat du Comité.

Une nouvelle édition du CD-ROM contenant l'intégralité du site web du CPT a été publiée en décembre 2005.

24. Il convient également de mentionner la publication récente du livre « Le traitement des détenus – Critères européens » (Editions du Conseil de l'Europe) par Jim Murdoch, professeur de droit public à l'université de Glasgow. Cet ouvrage contient une analyse compréhensive du travail du CPT, et le juxtapose à la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme.

QUESTIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU CPT

La Convention instituant le CPT

25. La Convention a été signée et ratifiée par la Principauté de Monaco le 30 novembre 2005, et est entrée en vigueur, s'agissant de la Principauté, le 1^{er} mars 2006. La première visite du CPT à Monaco a été organisée à la fin du même mois.

Le 14 juin 2006, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a pris note que, suite à la déclaration de l'indépendance de la République du Monténégro le 3 juin, la République de Serbie était Partie à la Convention. Le Comité des Ministres a également convenu que la République du Monténégro était Partie à la Convention avec effet au 6 juin 2006, date de la déclaration de succession de la République aux conventions du Conseil de l'Europe dont la Serbie-Monténégro était signataire ou Partie.

Il s'ensuit qu'il y a actuellement 47 Parties à la Convention.

26. De surcroît, le CPT commencera bientôt à exécuter son mandat au Kosovo, les arrangements pour les visites du Comité dans les lieux de détention administrés par la « présence internationale de sécurité au Kosovo » (KFOR) ayant à présent été définis dans un échange de lettres entre les Secrétaires Généraux de l'OTAN et du Conseil de l'Europe. Le CPT se félicite de ce développement.

Le CPT projette d'organiser dans un proche avenir un séminaire d'information au Kosovo pour les fonctionnaires et toutes les autres parties intéressées, le but étant de garantir que l'ensemble des personnes concernées soient au courant du mandat et des méthodes de travail du Comité avant le commencement des visites.

Composition du CPT

27. Au moment de la publication du présent rapport général, le CPT compte 42 membres. Les sièges au titre de la Bosnie-Herzégovine, de la France, du Monténégro, de la Serbie et de l'Ukraine sont actuellement vacants.¹

28. Quinze nouveaux membres du CPT ont été élus au cours des douze mois couverts par le présent rapport général : Ömer Atalar (au titre de la Turquie), Tim Dalton (Irlande), Celso José das Neves Manata (Portugal), Haritini Dipla (Grèce), Gergely Fliegauf (Hongrie), Anna Gavrilova-Antcheva (Bulgarie), Ladislav Getlík (République Slovaque), Emilio Gines Santidrián (Espagne), Wolfgang Heinz (Allemagne), Birgit Lie (Norvège), Roland Marquet (Monaco), Jørgen Worsaae Rasmussen (Danemark), Elena Sereda (Fédération de Russie), George Tugushi (Géorgie) et Antonius Maria van Kalmthout (Pays-Bas).

De plus, les membres suivants ont été réélus : Ales Butala (Slovénie), Silvia Casale (Royaume-Uni), Marija Definis Gojanović (Croatie), Eugenijus Gefenas (Lituanie), Renate Kicker (Autriche), Isolde Kieber (Liechtenstein), Andres Lehtmets (Estonie), Ann-Marie Orlor (Suède), Tatiana Răducanu (Moldova), Jean-Pierre Restellini (Suisse) et Pierre Schmit (Luxembourg).

29. Les membres suivants du CPT ont quitté le Comité au cours des douze derniers mois, à l'expiration de leur mandat : Roger Beauvois (France), Laszlo Csetneky (Hongrie), Hildburg Kindt (Allemagne), Günzel Koptagel-Ilal (Turquie), Ingrid Lycke Ellingsen (Norvège), Esteban Mestre Delgado (Espagne), Ole Vedel Rasmussen (Danemark) et Pieter Reinhard Stoffelen (Pays-Bas). De plus, Olivera Vulić (élue au titre de la Serbie-Monténégro) a démissionné du Comité le 26 juin 2006.

Le Comité tient à remercier sincèrement les personnes susmentionnées pour leurs contributions à ses travaux.

¹ Voir l'annexe 5 pour la liste des membres du CPT. Les curricula vitae abrégés des membres sont diffusés sur le site web du CPT (www.cpt.coe.int), et peuvent également être obtenus du Secrétariat du Comité.

30. Le système mis en place par le Protocole n° 2 à la Convention selon lequel une moitié des sièges au CPT est renouvelée tous les deux ans, a maintenant été intégralement mis en œuvre. En conséquence, la composition actuelle du Comité devrait rester stable jusqu'à la fin de l'année 2007.

Toutefois, le CPT suggère qu'une réflexion débute sans délai sur la manière d'organiser au mieux les élections pour les 21 sièges qui deviendront vacants le 19 décembre 2007. A n'en pas douter, avoir tant de mandats expirant à la même date posera des défis organisationnels aux différents organes de l'Assemblée parlementaire et du Comité des Ministres qui jouent un rôle dans la procédure d'élection.

Le CPT reste de l'avis qu'il serait souhaitable de prévoir des entretiens avec les candidats à un stade donné de la procédure d'élection au sein du Conseil de l'Europe.

31. S'agissant des compétences professionnelles au sein du CPT, un nombre important de ses membres actuels ont une expérience pratique du travail pénitentiaire. Toutefois, le Comité a besoin de davantage de membres ayant une connaissance pratique du travail des services des Parquets ou des forces de l'ordre. Le CPT tirerait aussi avantage de la présence parmi ses membres de plus de médecins ayant des compétences en médecine légale, notamment en ce qui concerne l'examen et le constat de blessures physiques, ainsi que de plus de spécialistes en matière d'immigration.

Plus généralement, le CPT espère vivement que les organes compétents de l'Assemblée et du Comité des Ministres continueront à examiner avec soin les candidatures, à la lumière des exigences prescrites à l'article 4 (paragraphe 2 et 4) de la Convention. L'efficacité du CPT dépend en définitive de la qualité de ses membres.

Questions administratives et budgétaires

32. Un certain nombre de changements sont intervenus au cours des derniers mois au sein du Secrétariat du CPT. En particulier, Geneviève Mayer, Secrétaire exécutive adjointe, a quitté le 1^{er} septembre 2006 pour prendre le poste de chef du Service de l'exécution des arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Le CPT tient à témoigner sa reconnaissance pour la contribution exceptionnelle de Mme Mayer aux travaux du Comité durant près de dix-sept ans de service dans son Secrétariat.

Fabrice Kellens a pris le poste de Secrétaire exécutif adjoint, et Michael Neurauter a été nommé au poste de chef de division 1 précédemment occupé par M. Kellens.

33. La composition actuelle du Secrétariat du CPT est exposée dans l'organigramme figurant à l'annexe 6. Le Comité espère qu'il sera possible de pourvoir dans un proche avenir le poste A2/A3 vacant dans la division 1 et le poste B4 vacant dans la division 2. Il demeure également nécessaire de renforcer la division 3 pour amener ses effectifs au même niveau que ceux des deux autres divisions, en lui adjoignant un poste B4 et un poste supplémentaire A2/A3 ; le CPT est reconnaissant au Secrétaire Général d'avoir inscrit ce dernier poste dans ses propositions budgétaires pour 2007.

34. Le CPT croit savoir qu'il est proposé d'allouer au Comité des crédits budgétaires pour 185 jours de visites en 2007. Le Comité s'en félicite et espère que la situation s'agissant du personnel évoluera favorablement de manière à lui permettre de mener à bien ce programme. Comme cela a déjà été indiqué au début du présent rapport général, le but ultime devrait rester un programme annuel de 200 jours de visites.

35. Enfin, le CPT souhaite saisir cette occasion pour exprimer sa reconnaissance à Pierre-Henri Imbert, l'ancien Directeur général des Droits de l'Homme, qui a récemment pris sa retraite. M. Imbert a joué un rôle important dans la rédaction de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, et a par la suite toujours été d'une grande disponibilité pour offrir de précieux conseils au CPT lorsque le besoin s'en faisait sentir.

MOYENS DE CONTENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES

Remarques préliminaires

36. Dans son 8^e rapport général couvrant l'année 1997, le CPT a traité de la question du placement non volontaire dans les établissements psychiatriques pour adultes. Dans ce contexte, le Comité a fait plusieurs remarques concernant la contention de patients agités et/ou violents. Au cours des neuf années qui se sont écoulées, de vifs débats sur le recours à la contention ont continué, les diverses traditions psychiatriques proposant des approches différentes pour gérer ces patients.

Dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à des moyens qui limitent la liberté de mouvement de patients agités et/ou violents peut parfois s'avérer nécessaire. Étant donné la potentialité d'abus et de mauvais traitements, cet usage de moyens de contention reste un domaine de préoccupation particulière pour le CPT. Par conséquent, les délégations en visite examinent attentivement, dans les établissements psychiatriques, les procédures et les pratiques relatives à la contention, ainsi que la fréquence du recours à de tels moyens. Malheureusement, il semblerait que, dans de nombreux établissements visités, il y ait un recours excessif à des moyens de contention.

Le CPT est d'avis qu'il est temps de développer les commentaires qu'il a faits précédemment. Il apprécierait de recevoir les observations des praticiens sur cette section du rapport général. C'est dans cet esprit de dialogue constructif, dans le but d'aider le personnel de santé à accomplir les tâches ardues qui lui incombent et à fournir aux patients des soins adaptés, que sont faites les observations ci-dessous.

Du recours à la contention en général

37. Par principe, les hôpitaux doivent être des lieux sûrs à la fois pour les patients et pour le personnel. Les patients psychiatriques doivent être traités avec respect et dignité, dans un environnement sûr et humain qui respecte leurs choix et leur autodétermination. L'absence de violence et d'abus, que ce soit à l'encontre de patients par le personnel ou entre patients, constitue une exigence minimale.

Cela étant, le recours à la force physique à l'encontre d'un patient peut être parfois inévitable pour assurer la sécurité du personnel comme des patients. Créer et maintenir de bonnes conditions de vie pour les patients, ainsi qu'un climat thérapeutique adéquat – tâche primordiale pour le personnel hospitalier – présuppose une absence d'agression et de violence entre les patients et vis-à-vis du personnel. Pour cette raison, il est essentiel que le personnel bénéficie d'une formation et d'un encadrement appropriés afin d'être capable de relever le défi que pose un patient agité et/ou violent d'une manière conforme à l'éthique.

38. La ligne qui sépare la force physique proportionnée pour maîtriser un patient des actes de violence peut être ténue. Lorsqu'elle est dépassée, c'est souvent par inadvertance ou par manque de préparation, plutôt que le résultat d'une intention malveillante. Dans de nombreux cas, le personnel n'est tout simplement pas suffisamment préparé à intervenir lorsqu'il est confronté à des patients agités et/ou violents.

Il convient également de souligner que les délégations du CPT ont constaté qu'un rôle actif et vigilant de la direction s'agissant du recours aux moyens de contention dans un établissement donné entraîne généralement une baisse constante de leur utilisation.

Les types de moyens de contention utilisés

39. Le CPT a observé diverses méthodes de contrôle des patients agités et/ou violents, qui peuvent être utilisées séparément ou en combinaison : la surveillance constante (un membre du personnel se trouve en permanence aux côtés du patient et intervient si nécessaire), les techniques de contrôle manuel, les moyens de contention mécanique comme les sangles, les camisoles de force ou les lits clos, la contention chimique (qui consiste à administrer des médicaments à un patient contre son gré afin de contrôler son comportement) et l'isolement (placement d'un patient contre son gré seul dans une pièce fermée à clef). En règle générale, la méthode choisie pour un patient déterminé doit être celle qui est le plus proportionnée (parmi les méthodes disponibles) par rapport à la situation donnée ; ainsi, le recours automatique à la contention mécanique ou chimique n'est pas justifié dans les cas où une courte période de contrôle manuel combinée à l'utilisation de moyens psychologiques pour calmer le patient aurait suffi.

Comme l'on peut s'y attendre, avoir recours à la persuasion (c'est-à-dire parler au patient afin de le calmer) est la technique préférée du CPT, mais il peut être parfois nécessaire de recourir à d'autres moyens qui entravent directement la liberté de mouvement du patient.

40. Certains moyens de contention mécanique, qui existent toujours dans des hôpitaux psychiatriques visités par le CPT, sont totalement inadaptés à cette fin et pourraient être considérés comme dégradants. Les menottes, les chaînes en métal et les lits-cages entrent sans conteste dans cette catégorie ; ils n'ont pas de place légitime dans la pratique de la psychiatrie et leur utilisation devrait être immédiatement abandonnée.

L'utilisation de lits-filets, répandue dans un certain nombre de pays jusqu'à il y a quelques années à peine, semble être en déclin constant. Même dans les quelques pays où ils sont encore utilisés, le recours aux lits-filets est en baisse. Il s'agit là d'une évolution positive et le CPT souhaiterait encourager les Etats à continuer de faire des efforts pour réduire davantage le nombre de lits-filets utilisés.

41. Lorsque les moyens de contention chimique, comme les sédatifs, les antipsychotiques, les hypnotiques et les tranquillisants, sont utilisés, ils devraient être assortis des mêmes garanties que les moyens de contention mécanique. Les effets secondaires que ces médicaments pourraient avoir sur le patient concerné doivent constamment être gardés présents à l'esprit, notamment lorsque l'administration de médicaments est associée à l'application d'un moyen de contention mécanique ou d'une mesure d'isolement.

42. Pour ce qui est du placement à l'isolement, cette mesure n'est pas nécessairement un bon moyen de remplacer le recours à la contention mécanique, chimique ou autre. La mise à l'isolement peut avoir un effet calmant à court terme, mais risque aussi de provoquer une désorientation et de l'anxiété, du moins chez certains patients. En d'autres mots, placer une personne dans une pièce d'isolement sans assortir cette mesure de garanties appropriées peut avoir un effet contraire à celui qui est recherché. Le CPT s'inquiète de la tendance observée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques qui consiste à communément écarter le recours à d'autres moyens de contention au profit de l'isolement.

A quel moment avoir recours à la contention

43. En règle générale, un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës.

En réalité, le CPT constate souvent que des patients sont entravés, généralement par des moyens de contention mécanique, comme sanction pour « mauvaise conduite » ou comme méthode pour induire un changement de comportement.

En outre, dans nombre des établissements psychiatriques visités par le CPT, le recours aux moyens de contention est utilisé comme mesure de commodité pour le personnel, permettant d'immobiliser les patients difficiles pendant que d'autres tâches sont accomplies. L'argument fourni à plusieurs reprises au CPT est que la pénurie de personnel nécessite un recours accru aux moyens de contention.

Ce raisonnement est mal fondé. L'utilisation de moyens de contention de manière correcte et dans un environnement approprié nécessite davantage – et non moins – de personnel médical, puisque chaque cas de recours à la contention implique de mobiliser un membre du personnel pour assurer une surveillance directe, personnelle et permanente (cf. paragraphe 50).

S'agissant des patients volontaires, il ne faudrait leur appliquer des mesures de contention qu'avec leur consentement. S'il est jugé nécessaire de soumettre un patient volontaire à une telle mesure et que celui-ci s'y oppose, il convient de revoir le statut juridique de l'intéressé.

44. Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme.

Il est impératif que chaque cas de recours à la contention soit autorisé par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans retard afin d'obtenir son autorisation. D'après l'expérience du CPT, les moyens de contention ont tendance à être utilisés plus fréquemment lorsque le médecin donne une autorisation générale préalable, au lieu de prendre les décisions au cas par cas (en fonction de la situation rencontrée).

45. Lorsque la situation d'urgence ayant entraîné l'application des moyens de contention cesse d'exister, le patient doit être immédiatement libéré. Parfois, le CPT rencontre des patients auxquels des moyens de contention mécanique ont été appliqués pendant des jours, sans interruption. Il ne saurait y avoir de justification à une telle pratique, qui s'apparente, de l'avis du CPT, à un mauvais traitement.

L'une des principales raisons pour lesquelles les pratiques de cette nature perdurent, est que rares sont les établissements psychiatriques à avoir défini des règles précises sur la durée de la contention. Les établissements psychiatriques devraient envisager d'adopter une règle selon laquelle l'autorisation d'utiliser des moyens de contention mécanique devient caduque au bout d'un certain temps, à moins d'être expressément prolongée par un médecin. Pour un médecin, l'existence d'une telle règle sera une incitation forte à rendre visite en personne au patient maintenu en contention et vérifier ainsi son état de santé mentale et physique.

46. Une fois les moyens de contention levés, il est essentiel d'effectuer un bilan (« débriefing ») avec le patient. Cela donnera l'occasion au médecin d'expliquer les raisons de la mesure et de diminuer ainsi le traumatisme psychologique de cette expérience, ainsi que de rétablir la relation médecin-patient. Pour le patient, ce bilan est une occasion d'expliquer ce qu'il ressentait avant d'être soumis à la mesure de contention, ce qui peut lui permettre – et permettre au personnel – de mieux comprendre son comportement. Le patient et les membres du personnel peuvent essayer de voir ensemble comment le patient pourrait parvenir à mieux se maîtriser, évitant peut-être ainsi d'autres épisodes de violence suivis de mesures de contention.

Comment utiliser les moyens de contention

47. Au fil des ans, de nombreux patients ont parlé aux délégations du CPT de leur expérience de la contention. Ces entretiens ont révélé que cette épreuve était généralement ressentie comme humiliante, un sentiment qui était parfois renforcé par la façon dont les moyens de contention étaient appliqués.

Le personnel d'un hôpital psychiatrique devrait se préoccuper avant tout du fait que les conditions et les circonstances du recours à la contention n'aggravent pas la santé mentale et physique des patients qui y sont soumis. Cela implique inter alia que les traitements thérapeutiques déjà prescrits ne devraient dans la mesure du possible pas être interrompus, et que les symptômes de sevrage des patients dépendants de substances devraient être traités de manière appropriée. Que ces symptômes soient provoqués par la privation de stupéfiants, de nicotine ou d'autres substances ne devrait faire aucune différence.

48. En général, l'endroit où un patient est soumis à la contention doit être spécialement conçu à cette fin. Il devrait être sûr (par exemple, sans verre ou carreau cassé), et bénéficier d'une lumière appropriée et d'un chauffage adéquat, favorisant ainsi un environnement qui calme le patient.

En outre, un patient soumis à la contention devrait être vêtu correctement et ne devrait pas être exposé à la vue d'autres patients, sauf s'il en a fait explicitement la demande ou s'il est connu pour préférer la compagnie. Il faut garantir en toutes circonstances que les patients soumis à une mesure de contention ne puissent pas être lésés par d'autres patients. Il va de soi que le personnel ne devrait pas être assisté par d'autres patients lorsqu'il applique des moyens de contention à un patient.

Les moyens de contention devraient être appliqués avec compétence et avec soin pour éviter de mettre en danger la santé du patient et de le faire souffrir. Les fonctions vitales du patient, comme la respiration et la capacité de communiquer, manger et boire ne doivent pas être entravées. Dans le cas de patients ayant tendance à mordre, têter ou cracher, il faut utiliser d'autres moyens que d'entraver la bouche pour prévenir les éventuels effets indésirables de tels agissements.

49. Immobiliser de manière adéquate un patient agité ou violent n'est pas une tâche facile pour le personnel. Non seulement la formation est essentielle, mais des cours de formation continue doivent être organisés régulièrement. Ces cours devraient non seulement porter sur la façon d'appliquer des moyens de contention, mais encore, ce qui est tout aussi important, veiller à ce que le personnel soignant comprenne bien l'impact que peut avoir l'utilisation de la contention sur un patient et sache comment prendre soin d'un patient soumis à la contention.

50. Utiliser les moyens de contention de manière adéquate nécessite des ressources en personnel importantes. Par exemple, le CPT estime que, lorsque les membres d'un patient sont entravés par des sangles ou des ceintures, un membre du personnel formé devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient. Cette assistance peut consister à accompagner le patient aux toilettes ou, dans les cas exceptionnels où la mesure de contention dure plus de quelques minutes, à l'aider à s'alimenter.

A l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. En cas de placement à l'isolement d'un patient, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre du patient, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre.

L'adoption d'une politique générale relative à la contention

51. Tout établissement psychiatrique devrait avoir une politique générale et bien pensée relative à la contention. La participation et le soutien du personnel comme de la direction dans l'élaboration d'une telle politique sont essentiels. Cette politique devrait indiquer clairement les moyens de contention pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention.

Cette politique devrait également prévoir des chapitres sur d'autres sujets importants, comme : la formation du personnel, la politique relative aux plaintes, les mécanismes de contrôle interne et externe, et le « débriefing ». De l'avis du CPT, une politique générale de ce type est non seulement un soutien majeur pour le personnel, mais elle est aussi utile pour aider à s'assurer que les patients et leurs tuteurs ou représentants comprennent les raisons qui sous-tendent une mesure de contention susceptible d'être imposée.

Enregistrement des cas de contention

52. L'expérience montre qu'un enregistrement détaillé et rigoureux des cas de recours à la contention peut fournir à la direction de l'hôpital un aperçu de leur ampleur et de leur fréquence, et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la survenance.

De préférence, un registre spécial devrait être tenu pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention, en plus des informations contenues dans le dossier médical personnel du patient. Les éléments à consigner dans le registre 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 qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Les patients devraient être habilités à ajouter des commentaires au registre, et devraient être informés de ce droit ; à leur demande, ils devraient recevoir une copie de tous les éléments consignés.

53. L'envoi régulier de rapports à un organe de contrôle extérieur, comme un service d'inspection de la santé, peut également être envisagé. L'avantage évident d'un tel mécanisme de contrôle est qu'il permettrait d'obtenir un aperçu national ou régional des pratiques de contention, ce qui faciliterait les efforts visant à mieux les comprendre et, par conséquent, à mieux gérer leur application.

Remarques finales

54. Il convient de reconnaître que le recours à des mesures de contention semble être influencé de manière non négligeable par des facteurs non cliniques comme la perception du personnel quant à son propre rôle et la sensibilisation des patients à leurs droits. Des études comparatives ont montré que la fréquence du recours à la contention, y compris à l'isolement, n'est pas seulement fonction des effectifs, des diagnostics sur les patients ou des conditions matérielles du service, mais aussi de « la culture et des attitudes » du personnel hospitalier.

Limiter le recours aux moyens de contention à un minimum viable nécessite un changement de culture dans de nombreux établissements psychiatriques. A cet égard, le rôle de la direction est crucial. A moins que la direction n'encourage et ne propose d'autres solutions au personnel, une pratique bien ancrée de recours fréquents aux moyens de contention risque de perdurer.

ANNEXES

ANNEXE 1

Mandat et modus operandi du CPT

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 1^{er} 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 intégrale du système de protection des droits de l'homme du Conseil de l'Europe, mettant en place un mécanisme non judiciaire « pro-actif » en parallèle au mécanisme judiciaire de contrôle a posteriori de la Cour européenne 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 toutes les 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.

Chaque Partie à la Convention doit autoriser la visite de tout lieu relevant de sa juridiction « 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, et englobe, par exemple, 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 bien plus 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 comportant, 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.

ANNEXE 2

**Signatures et ratifications
de la Convention européenne pour la prévention de la torture
et des peines ou traitements inhumains ou dégradants**

Etats membres du Conseil de l'Europe	Date de signature	Date de ratification	Date d'entrée en vigueur
Albanie	02/10/1996	02/10/1996	01/02/1997
Andorre	10/09/1996	06/01/1997	01/05/1997
Arménie	11/05/2001	18/06/2002	01/10/2002
Autriche	26/11/1987	06/01/1989	01/05/1989
Azerbaïdjan	21/12/2001	15/04/2002	01/08/2002
Belgique	26/11/1987	23/07/1991	01/11/1991
Bosnie-Herzégovine	12/07/2002	12/07/2002	01/11/2002
Bulgarie	30/09/1993	03/05/1994	01/09/1994
Croatie	06/11/1996	11/10/1997	01/02/1998
Chypre	26/11/1987	03/04/1989	01/08/1989
République tchèque	23/12/1992	07/09/1995	01/01/1996
Danemark	26/11/1987	02/05/1989	01/09/1989
Estonie	28/06/1996	06/11/1996	01/03/1997
Finlande	16/11/1989	20/12/1990	01/04/1991
France	26/11/1987	09/01/1989	01/05/1989
Géorgie	16/02/2000	20/06/2000	01/10/2000
Allemagne	26/11/1987	21/02/1990	01/06/1990
Grèce	26/11/1987	02/08/1991	01/12/1991
Hongrie	09/02/1993	04/11/1993	01/03/1994
Islande	26/11/1987	19/06/1990	01/10/1990
Irlande	14/03/1988	14/03/1988	01/02/1989
Italie	26/11/1987	29/12/1988	01/04/1989
Lettonie	11/09/1997	10/02/1998	01/06/1998
Liechtenstein	26/11/1987	12/09/1991	01/01/1992
Lituanie	14/09/1995	26/11/1998	01/03/1999
Luxembourg	26/11/1987	06/09/1988	01/02/1989
Malte	26/11/1987	07/03/1988	01/02/1989
Moldova	02/05/1996	02/10/1997	01/02/1998
Monaco	30/11/2005	30/11/2005	01/03/2006
Pays-Bas	26/11/1987	12/10/1988	01/02/1989
Norvège	26/11/1987	21/04/1989	01/08/1989
Pologne	11/07/1994	10/10/1994	01/02/1995
Portugal	26/11/1987	29/03/1990	01/07/1990
Roumanie	04/11/1993	04/10/1994	01/02/1995
Fédération de Russie	28/02/1996	05/05/1998	01/09/1998
Saint-Marin	16/11/1989	31/01/1990	01/05/1990
Serbie	03/03/2004 *	03/03/2004 *	01/07/2004
Slovaquie	23/12/1992	11/05/1994	01/09/1994
Slovénie	04/11/1993	02/02/1994	01/06/1994
Espagne	26/11/1987	02/05/1989	01/09/1989
Suède	26/11/1987	21/06/1988	01/02/1989
Suisse	26/11/1987	07/10/1988	01/02/1989
« l'ex-République yougoslave de Macédoine »	14/06/1996	06/06/1997	01/10/1997
Turquie	11/01/1988	26/02/1988	01/02/1989
Ukraine	02/05/1996	05/05/1997	01/09/1997
Royaume-Uni	26/11/1987	24/06/1988	01/02/1989
Etats non membres du Conseil de l'Europe			Date d'entrée en vigueur
Monténégro			06/06/2006 **

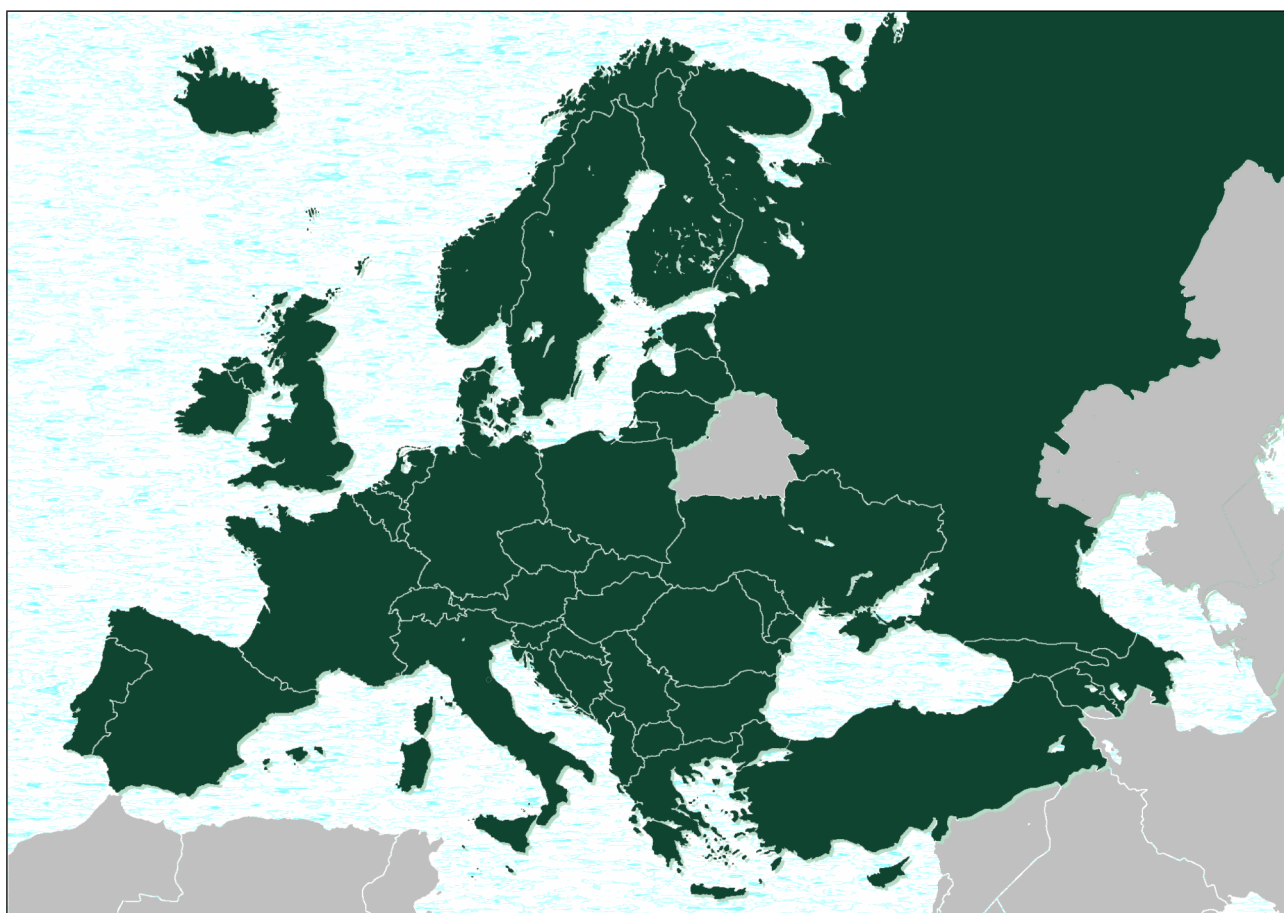
Note La Convention est ouverte à la signature des Etats membres du Conseil de l'Europe.
Depuis le 1^{er} mars 2002, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe peut également inviter tout Etat non membre du Conseil de l'Europe à adhérer à la Convention.

* Dates de signature et de ratification par l'union d'état de Serbie-Monténégro.

** Le 14 juin 2006, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a convenu que la République du Monténégro était Partie à la Convention avec effet au 6 juin 2006, date de la déclaration de succession de la République aux conventions du Conseil de l'Europe dont la Serbie-Monténégro était signataire ou Partie.

ANNEXE 3

Champ d'intervention du CPT



Note: Ceci est une représentation non officielle des Etats liés par la Convention.
Pour des raisons techniques il n'a pas été possible de faire figurer la totalité du territoire de certains des Etats concernés.

Etats liés par la Convention	Population carcérale*
47 Etats	1 792 496 détenus
<ul style="list-style-type: none"> - Albanie - Andorre - Arménie - Autriche - Azerbaïdjan - Belgique - Bosnie-Herzégovine - Bulgarie - Croatie - Chypre - République tchèque - Danemark - Estonie - Finlande - France - Géorgie - Allemagne - Grèce - Hongrie - Islande - Irlande - Italie - Lettonie - Liechtenstein - Lituanie - Luxembourg - Malte - Moldova - Monaco - Monténégro - Pays-Bas - Norvège - Pologne - Portugal - Roumanie - Fédération de Russie - Saint-Marin - Serbie - Slovaquie - Slovénie - Espagne - Suède - Suisse - « l'ex-République yougoslave de Macédoine » - Turquie - Ukraine - Royaume-Uni 	<p>(Source principale : Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE I, enquête 2004.1); données au 1^{er} septembre 2004)</p> <p>* Il convient de noter que le mandat du CPT couvre également tous les autres types de lieux où des personnes sont privées de liberté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établissements de police - centres de détention pour mineurs - zones de détention militaires - centres de rétention pour étrangers - hôpitaux psychiatriques - foyers pour personnes âgées etc.

ANNEXE 4

Tableau récapitulatif, Etat par Etat, le nombre de visites du CPT, de rapports de visite transmis aux gouvernements et de rapports rendus publics (au 1^{er} octobre 2006)

Etats	nombre de visites	nombre de rapports transmis	nombre de rapports rendus publics
Albanie	7	7	6
Andorre	2	2	2
Arménie	3	2	1
Autriche	4	4	4
Azerbaïdjan	3	3	1
Belgique	4	4	4
Bosnie-Herzégovine	2	2	1
Bulgarie	5	4	4
Croatie	2	2	1
Chypre	4	4	3
République tchèque	3	3	2
Danemark	3	3	3
Estonie	3	3	3
Finlande	3	3	3
France	8	8	8
Géorgie	2	2	2
Allemagne	5	5	4
Grèce	6	6	5
Hongrie	4	4	4
Islande	3	3	3
Irlande	3	3	3
Italie	6	5	5
Lettonie	3	3	2
Liechtenstein	2	2	2
Lituanie	2	2	2
Luxembourg	3	3	3
Malte	5	5	4
Moldova	9	8 (a)	4
Monaco	1	1	0
Pays-Bas	6	6	6
Norvège	4	4	4
Pologne	3	3	3
Portugal	6	6	4
Roumanie	7	5 (b)	5 (b)
Fédération de Russie	15	11 (c)	1
Saint-Marin	3	3	2
Serbie	1 (d)	1	1
Slovaquie	3	3	3
Slovénie	3	3	2
Espagne	9	9	7
Suède	4	4	4
Suisse	4	4	4
« l'ex-République yougoslave de Macédoine »	6	5	4
Turquie	18	16 (e)	11 (f)
Ukraine	5	5	4
Royaume-Uni	11	12 (g)	11

(a) Couvrant les neuf visites.

(b) Couvrant six visites.

(c) Couvrant treize visites.

(d) Organisée en septembre 2004 en Serbie-Monténégro.

(e) Couvrant les dix-huit visites.

(f) Couvrant treize visites.

(g) Y inclus un rapport établi conformément à l'Accord entre les Nations Unies et le Gouvernement du Royaume-Uni sur l'exécution des peines du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie (TPIY).

ANNEXE 5

Membres du CPT
(par ordre de préséance - au 1^{er} octobre 2006) *

Nom	Elu au titre :	Date d'expiration du mandat
Mme Silvia CASALE, Présidente	du Royaume-Uni	19/12/2009
M. Mauro PALMA 1er Vice-Président	de l'Italie	19/12/2007
M. Andres LEHTMETS, 2e Vice-Président	de l'Estonie	19/12/2009
M. Mario BENEDETTINI	de Saint-Marin	19/12/2007
M. Florin STANESCU	de la Roumanie	19/12/2007
M. Zdeněk HÁJEK	de la République tchèque	19/12/2007
M. Pierre SCHMIT	du Luxembourg	19/12/2009
Mme Renate KICKER	de l'Autriche	19/12/2009
M. Aleš BUTALA	de la Slovénie	19/12/2009
Mme Veronica PIMENOFF	de la Finlande	19/12/2007
M. Petros MICHAELIDES	de Chypre	19/12/2007
M. Marc NÈVE	de la Belgique	19/12/2007
M. Mario FELICE	de Malte	19/12/2007
M. Pétur HAUKSSON	de l'Islande	19/12/2007
M. Fatmir BRAKA	de l'Albanie	19/12/2007
M. Eugenijus GEFENAS	de la Lituanie	19/12/2007
M. Jean-Pierre RESTELLINI	de la Suisse	19/12/2009
Mme Tatiana RĂDUCANU	de la Moldova	19/12/2009
Mme Marija DEFINIS GOJANOVIĆ	de la Croatie	19/12/2009
Mme Isolde KIEBER	du Liechtenstein	19/12/2009
Mme Ann-Marie ORLER	de la Suède	19/12/2009
M. Zbigniew HOŁDA	de la Pologne	19/12/2007
M. Vladimir ORTAKOV	de « l'ex-République yougoslave de Macédoine »	19/12/2007
M. Lätif HÜSEYNOV	de l'Azerbaïdjan	19/12/2007
M. Joan-Miquel RASCAGNERES	d'Andorre	19/12/2007
Mme Asya KHACHATRYAN	de l'Arménie	19/12/2007
M. Vitolds ZAHARS	de la Lettonie	19/12/2007
Mme Anna GAVRILOVA-ANTCHEVA	de la Bulgarie	19/12/2009
M. Celso José DAS NEVES MANATA	du Portugal	19/12/2007
M. Gergely FLIEGAUF	de la Hongrie	19/12/2009
Mme Haritini DIPLA	de la Grèce	19/12/2007
M. Jørgen Worsaae RASMUSSEN	du Danemark	19/12/2009
M. Antonius Maria VAN KALMTHOUT	des Pays-Bas	19/12/2009
M. Ladislav GETLÍK	de la République slovaque	19/12/2007
Mme Elena SEREDA	de la Fédération de Russie	19/12/2007
M. George TUGUSHI	de la Géorgie	19/12/2009
M. Wolfgang HEINZ	de l'Allemagne	19/12/2009
Mme Birgit LIE	de la Norvège	19/12/2009
M. Tim DALTON	de l'Irlande	19/12/2011
M. Emilio GINES SANTIDRIÁN	de l'Espagne	19/12/2009
M. Roland MARQUET	de Monaco	19/12/2009
M. Ömer ATALAR	de la Turquie	19/12/2009

* A cette date, les sièges au titre des Etats suivants étaient vacants : Bosnie-Herzégovine, France, Monténégro, Serbie, Ukraine.

ANNEXE 6

Secrétariat du CPT (au 1^{er} octobre 2006)

M. Trevor STEVENS	Secrétaire Exécutif
M. Fabrice KELLENS	Secrétaire Exécutif Adjoint
Secrétariat:	Mme Janey COPE Mme Antonella NASTASIE

Section centrale	
M. Patrick MÜLLER	Recherches documentaires, stratégies d'information et contacts avec les médias
Mme Mireille MONTI	Archives et publications
Mme Morven TRAIN	Questions administratives, budgétaires et du personnel

Divisions chargées des visites *

Division 1		
M. Michael NEURAUTER, Chef de Division	• Albanie	• Lituanie
Mme Muriel ISELI	• Autriche	• Luxembourg
M. Elvin ALIYEV	• Belgique	• Malte
M./Mme ...	• Estonie	• Monaco
Mme Yvonne HARTLAND, assistante administrative	• France	• Norvège
Secrétariat: Mme Nadine SCHAEFFER	• Allemagne	• Roumanie
	• Italie	• Saint-Marin
	• Lettonie	• Suisse
	• Liechtenstein	• Turquie

Division 2		
Mme Petya NESTOROVA, Chef de Division	• Arménie	• Moldova
M. Borys WÓDZ	• Azerbaïdjan	• Monténégro
M. Johan FRIESTEDT	• Bulgarie	• Pologne
Mme Isabelle SERVOZ-GALLUCCI	• Croatie	• Fédération de Russie
M./Mme ..., assistant(e) administratif(ve)	• Danemark	• Serbie
Secrétariat: Mme Maia MAMULASHVILI	• Finlande	• Slovénie
	• Géorgie	• Suède
	• Hongrie	• Ukraine
	• Islande	

Division 3		
M. Hugh CHETWYND, Chef de Division	• Andorre	• Portugal
Mme Caterina BOLOGNESE	• Bosnie-Herzégovine	• République slovaque
M. Marco LEIDEKKER	• Chypre	• Espagne
Secrétariat: Mme Morag YOUNG	• République tchèque	• « l'ex-République yougoslave de Macédoine »
	• Grèce	• Royaume-Uni
	• Irlande	
	• Pays-Bas	

* Le Secrétaire Exécutif et le Secrétaire Exécutif Adjoint sont directement impliqués dans les activités opérationnelles des Divisions en ce qui concerne certains pays.

ANNEXE 7

Pays et lieux de détention visités par des délégations du CPT dans la période du 1^{er} août 2005 au 31 juillet 2006

I. Visites périodiques

A. Arménie (02/04/2006 - 12/04/2006)

Etablissements de police

- Centre de détention du Département de la police de la ville d'Erevan pour les personnes placées en garde-à-vue
- Commissariat de police du district d'Erebouni, Erevan
- Commissariat de police des districts de Kentron et Nork-Marash, Erevan
- Commissariat de police du district de Chengavit, Erevan
- Département principal pour la lutte contre le crime organisé, Erevan
- Département de la police de Tcharentsavan
- Département de la police de Gavar
- Département de la police de Goris
- Département de la police de Hrazdan
- Département de la police de Sevan
- Département de la police de Sisian
- Département de la police de Vanadzor
- Commissariat de police du district de Bazoum, Vanadzor
- Département de la police d'Eghegnadzor

Etablissements pénitentiaires

- Prison d'Abovyan
- Prison de Goris
- Prison de Noubarachen (unité pour détenus condamnés à la réclusion à perpétuité)
- Prison de Vanadzor

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique de Sevan

B. République tchèque (27/03/2006 - 07/04/2006)

Etablissements de police

Région de Brno

- Commissariat de police de Brno

Région de Liberec

- Commissariat de police du district de Liberec, Liberec
- Commissariat de police de Jablonec
- Commissariat de police du district de Jičín

Région d'Ostrava

- Commissariat de police du district de Masná, Ostrava
- Commissariat de la police municipale de Strma, Ostrava

Région de Plzeň

- Commissariat de police de Dobřany

Région de Prague

- Direction de la police de Kongresová, Prague
- Commissariat de police d'Hybernska, Prague
- Commissariat de police de Vysehradská, Prague

Etablissements pénitentiaires

- Prison de Liberec
- Prison de Mírov
- Prison d'Ostrava
- Prison de Valdice

La délégation s'est également entretenue avec certains patients de l'hôpital pénitentiaire de Brno, ainsi qu'avec des prévenus récemment admis dans les prisons de Prague-Pankrác et de Prague-Ruzyně.

Etablissements de santé

- Hôpital psychiatrique de Brno
- Hôpital psychiatrique de Dobřany
- Unité de dégrisement de l'hôpital municipal d'Ostrava

Autres établissements

- Foyer social de Brandýs nad Labem
- Foyer social de la Municipalité de Prague 1
- Foyer social de Střelice

C. Allemagne (20/11/2005 - 02/12/2005)Etablissements de police*Bade Württemberg*

- Direction de la police (*Polizeidirektion*), Heidelberg

Berlin

- Commissariat de police, Wedekindstrasse
- Commissariat de la police fédérale, gare centrale (*Zoologischer Garten*)

Brandebourg

- Direction de la police (*Polizeipräsidium*), Nuhnenstrasse, Francfort sur Oder
- Commissariat de police, Halbe Stadt, Francfort sur Oder

Hambourg

- Direction de la police (*Polizeipräsidium*), Winterhude, Hambourg

Basse Saxe

- Commissariat de police, Lohstrasse, Hameln

Thuringe

- Direction de la police (*Polizeiinspektion*), Carl-von-Ossietzky-Strasse, Weimar

Etablissements pénitentiaires*Berlin*

- Prison de Tegel (unité réservée aux internements de sûreté (*Sicherungsverwahrung*) et unité de haute sécurité)

Basse Saxe

- Prison pour mineurs, Hameln

Saxe Anhalt

- Prison I, Halle

Thuringe

- Prison pour mineurs (unité détachée de la prison d'Ichtershausen), Weimar

Centres de détention pour étrangers*Brandebourg*

- Centre de détention pour étrangers, Eisenhüttenstadt

Hambourg

- Prison de Fuhlsbüttel (unité pour personnes détenues en vertu de la législation relative aux étrangers)
- Maison d'arrêt de Hambourg (personnes détenues en vertu de la législation relative aux étrangers)

Etablissements psychiatriques*Bade Württemberg*

- Centre psychiatrique Nordbaden, Wiesloch

Schleswig-Holstein

- Centre psychiatrique "psychatrium GRUPPE", Neustadt

D. Grèce (28/08/2005 - 09/09/2005)Etablissements de police (y inclus des centres de détention pour étrangers)*Préfecture de l'Attique*

- Direction générale de la police d'Athènes, Avenue Alexandras
- Commissariat de police de Kypseli (Athènes)
- Commissariat de police d'Omonia (Athènes)
- Commissariat de police de Drapetsona (Pirée)
- Locaux spéciaux de rétention de Petro Rali
- Zones de rétention à l'aéroport d'Athènes
- Centres de rétention pour étrangers en situation illégale d'Hellenikon
- Centre de transfert du Pirée

Préfecture de Chios

- Commissariat de police de Chios
- Centre de réception temporaire pour étrangers en situation illégale de Chios

Préfecture d'Evros

- Commissariat de police d'Alexandroupolis
- Locaux spéciaux de rétention pour étrangers en situation illégale de Peplos
- Poste de la police des frontières de Feres
- Poste de la police des frontières de Soufli
- Poste de la police des frontières de Tichero

Préfecture de Corfou

- Sous-direction de la police judiciaire de la ville de Corfou

Préfecture de Lesbos

- Direction générale de la police de Mytilini
- Locaux spéciaux de rétention pour étrangers en situation illégale de Mytilini

Préfecture de Rodopi

- Poste de la police des frontières d'Iasmos
- Commissariat de police de Komotini
- Locaux spéciaux de rétention pour étrangers en situation illégale de Vena

Etablissements pénitentiaires

- Prison judiciaire de Chios
- Prison judiciaire de Komotini
- Prison pour hommes de Korydallos
- Prison fermée pour femmes de Korydallos
- Hôpital pénitentiaire de Korydallos
- Hôpital psychiatrique de Korydallos

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique de Corfou

Autres établissements

- Autorité portuaire de Chios
- Autorité portuaire de Mytilini

E. Monaco (28/03/2006 - 31/03/2006)Etablissements de police

- Direction centrale de la sûreté publique
- Poste de police du quartier de Monte-Carlo
- Cellules d'attente du Palais de justice

Etablissements pénitentiaires

- Maison d'arrêt de Monaco

Etablissements psychiatriques

- Service de psychiatrie et de psychologie médicale du Centre hospitalier Princesse Grace

F. Norvège (03/10/2005 - 10/10/2005)Etablissements de police (y inclus des centres de détention pour étrangers)

- Direction de la police d'Oslo
- Commissariat de police de Trondheim
- Centre de rétention pour étrangers, Trandum

Etablissements pénitentiaires

- Prison pour la détention de sécurité et de sûreté d'Ila
- Prison de Ringerike
- Prison de Trondheim

La délégation s'est également rendue à la prison de Stavanger dans le but d'y mener des entretiens avec des prévenus soumis à des conditions de détention de très haute sécurité.

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique pour la région Sør-Trøndelag, Brøset, Trondheim

G. Roumanie (08/06/2006 - 19/06/2006)Etablissements de police

- Dépôt rattaché à la Direction départementale de la police de Bacău (département de Bacău)
- Dépôt rattaché au Commissariat n° 13 de la police municipale de Bucarest
- Dépôt rattaché à la Direction municipale de la police de Câmpina (département de Prahova)
- Dépôt rattaché à la Direction départementale de la police de Craiova (département de Dolj) □
- Dépôt rattaché à la Direction départementale de la police d'Oradea (département de Bihor)
- Commissariat de police de Beius (département de Bihor)
- Centre de rétention pour étrangers d'Otopeni
- Locaux de rétention pour étrangers dans la zone de transit à l'aéroport international de Bucarest-Otopeni

La délégation s'est également rendue à l'aéroport international de Bucarest-Baneasa et au Centre de réception pour demandeurs d'asile à l'aéroport international de Bucarest-Otopeni afin d'examiner les conditions dans lesquelles les ressortissants étrangers pouvaient y être retenus.

Etablissements pénitentiaires

- Etablissement pénitentiaire de Bacău
- Etablissement pénitentiaire de Bucarest-Jilava (quartier pour détenus « dangereux ») □
- Etablissement pénitentiaire de Craiova (quartier pour détenus « dangereux ») □
- Etablissement pénitentiaire de Ploiești

Etablissements psychiatriques

- Hôpital psychiatrique d'Oradea
- Centre médico-social de Nucet
- Hôpital psychiatrique de Nucet

Autres établissements

- Salles de détention du tribunal pénal de Piatra-Neamt

H. Slovénie (31/01/2006 - 08/02/2006)Etablissements de police (y inclus des centres de détention pour étrangers)*Direction de la police de Ljubljana*

- Commissariat de police de Ljubljana-Bežigrad, rue Posavskega
- Commissariat de police de Ljubljana-Centre, rue Trdinova
- Commissariat de police de Ljubljana-Šiška, rue Podutiška
- Commissariat de police de Ljubljana-Vič, rue Tbilisijška
- Dépôt situé au Commissariat de police de Ljubljana-Moste, rue Tovarniška
- Locaux de l'unité spéciale de police, rue Podutiška

Direction de la police de Celje

- Commissariat de police de Celje, rue Ljubljanska
- Commissariat de police de Rogaška Slatina, rue Izletniška

Direction de la police de Koper

- Commissariat de police de Piran, Portorož, rue Obala

Direction de la police de Krško

- Commissariat de police de Brežice, rue Svobode
- Poste d'Obrežje de la police aux frontières (point de contrôle situé à la frontière)

Centres de rétention pour étrangers

- Centre pour étrangers, Postojna
- Section fermée du Centre d'accueil de Ljubljana pour demandeurs d'asile

Aéroport de Brnik

- Commissariat de police de l'aéroport de Brnik
- Locaux de rétention pour étrangers de Brnik

Etablissements pénitentiaires

- Prison pour femmes d'Ig
- Prison de Koper
- Prison de Ljubljana (quartier réservé aux prévenus)
- Maison de correction de Radeče

Autres établissements

- Foyer pour personnes âgées, Ljubljana-Fužine

I. "L'ex-République yougoslave de Macédoine" (15/05/2006 – 26/05/2006)Etablissements de police et d'UBK

- Commissariat de police de Kumanovo
- Locaux de la Direction de la sécurité et du contre-espionnage (UBK), Kumanovo
- Commissariat de police de Bit Pazar, Skopje
- Commissariat de police de Čair, Skopje
- Commissariat de police de Centar, Skopje
- Commissariat de police de Gazi Baba, Skopje
- Commissariat de police de Karpoš, Skopje
- Commissariat de police de Kisela Voda, Skopje
- Commissariat de la police routière de Kisela Voda, Skopje
- Commissariat de police de Mirkovci, Skopje
- Direction de l'Unité spéciale de police mobile ("Alfa"), Skopje
- Commissariat de police de Tetovo

Etablissements pénitentiaires

- Prison d'Idrizovo
- Prison de Skopje
- Prison de Štip
- Prison de Tetovo
- Institution éducative et correctionnelle, Skopje
- Unité sécurisée de l'hôpital universitaire d'Etat de Skopje

Etablissements du Ministère de la Santé

- Hôpital psychiatrique de Demir Hisar, y compris le centre de santé mentale de Prilep

La délégation a également visité l'Institut de médecine légale de l'hôpital universitaire d'Etat de Skopje

Autres établissements

- Institution spéciale pour personnes handicapées mentales, Demir Kapija

J. Ukraine (09/10/2005 - 21/10/2005)Etablissements de police*Ville de Kiev*

- Dépôt (ITT) du Ministère des Affaires intérieures, rue Kosogirnyi
- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement de Dniprovske, sous-division n° 4, rue Kaunaska
- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement de Golosiyvske, rue Golosiyvska
- Centre de réception et distribution des vagabonds et centre spécial de détention, rue Remontna

Ville de Kherson

- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement de Komsomolskyi, rue Filatova

Région de Lviv

- Dépôt (ITT) du Ministère des Affaires intérieures, rue S. Bandera, Lviv
- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement de Shevchenkivskyi, rue Akademika Kuchera, Lviv
- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement de Zaliznychnyi, rue Gorodotska, Lviv
- Centre de réception et distribution des vagabonds, rue Sinna, Lviv
- Centre de réception et distribution des mineurs, rue Shevchenka, Lviv
- Division des Affaires intérieures, rue Budzinovskovo, Mostyska

Ville de Poltava

- Dépôt (ITT) du Ministère des Affaires intérieures, rue Marshala Byryuzova
- Commandement des Affaires intérieures, arrondissement d'Oktyabrski, rue Komsomolska

Région de Transcarpathie

- Dépôt (ITT) du Ministère des Affaires intérieures, rue Yaroslav Mudryi, Moukatchevo
- Division des Affaires intérieures, rue Moskovska, Moukatchevo
- Centre de réception et distribution des vagabonds, rue Drugetiv, Oujgorod

Etablissements pénitentiaires*Région de Kharkiv*

- Colonie n° 100 pour hommes de Temnivka, y compris l'unité des hommes condamnés à la réclusion à perpétuité
- Unité de détention temporaire pour les femmes condamnées à la réclusion à perpétuité, Colonie n° 54 de Kharkiv

Région de Kherson

- Colonie n° 61 pour détenus tuberculeux de Kherson

Région de Poltava

- Colonie n° 65 pour femmes de Bozhkivske

Etablissements du Service des Gardes-Frontières*Région de Lviv*

- Locaux de détention temporaire du détachement 2144 des Gardes-Frontières, rue Lichakivska, Lviv
- Locaux de détention temporaire des Gardes-Frontières, point de contrôle "Prykarpattya", rue Yaroslav Mudryi, Mostyska

Région de Transcarpathie

- Dépôt du détachement 2142 des Gardes-Frontières, rue Nedetsyi, Moukatchevo
- Centre de détention temporaire pour hommes de Pavshino
- Locaux de détention temporaire des Gardes-Frontières, point de contrôle "Zakarpattya", rue Golovna, Tchop
- Unité n° 9 des Gardes-Frontières, rue Sobrinetska, Oujgorod

Etablissements du Service de Sécurité de l'Etat

- Dépôt du Service de Sécurité de l'Etat, rue Askoldiv, Kiev

Autres établissements

- Unité sécurisée de l'hôpital municipal d'urgence, Kiev

II. Visites ad hoc

A. Albanie (28/03/2006 - 31/03/2006)Etablissements de police

- Locaux de détention provisoire à la Direction de la police de Durres
- Locaux de détention provisoire à la Direction de la police de Fier
- Commissariats de police n° 1 et n° 4 de Tirana

B. Italie (16/06/2006 - 23/06/2006)Centres de détention pour étrangers

- Ancien Centre de rétention pour étrangers d'Agrigento
- Centre d'assistance et de premiers secours de Lampedusa
- Centres de rétention et de premier accueil pour étrangers de Crotone
- Centre de rétention pour femmes de Ragusa

C. Moldova (21/11/2005 - 25/11/2005)Etablissements de police

- EDP (établissement de détention provisoire) du Département de lutte contre le crime organisé, rue Bucuria, Chişinău
- EDP du Commissariat général de la police municipale, rue Tighina, Chişinău

Etablissements pénitentiaires

- Hôpital pénitentiaire pour détenus atteints de tuberculose de la prison N° 17, Rezina
- Quartier des condamnés à perpétuité de la prison N° 17, Rezina

D. Moldova (région transnistrienne) (15/03/2006 - 20/03/2006)Etablissements pénitentiaires

- Prison n° 1, Glinoe
- Colonie n° 2, Tiraspol
- Maison d'arrêt (SIZO) de la colonie n° 3, Tiraspol
- Prison n° 8, Bender

E. Fédération de Russie (région du Caucase du Nord) (25/04/2006 - 04/05/2006)*République tchétchène*

- ORB-2 (Bureau des opérations/recherches de la Direction générale du Ministère des Affaires intérieures de Russie pour la région fédérale du Sud), Grozny
- IVS (lieu de détention temporaire) de la « task force » opérationnelle temporaire des agences et unités (VOGOiP) du Ministère des Affaires intérieures de Russie, Grozny (situé dans les locaux d'ORB-2)
- IVS de la Division des Affaires intérieures du District Leninskiï, Grozny
- IVS de la Division des Affaires intérieures, District de Goudermès
- SIZO (établissement de détention provisoire) n° 1, Grozny

République du Daguestan

- IVS de la Direction des Affaires intérieures de la ville de Makhatchkala
- IVS de la Division des Affaires intérieures de la ville de Bouïnaksk
- IVS de la Division des Affaires intérieures de la ville de Kaspïisk
- Commissariat de police du district de Kirovskii, Makhatchkala
- Direction des Affaires intérieures pour la lutte contre la criminalité organisée (UBOP), Makhatchkala
- Division des Affaires intérieures pour les transports, Makhatchkala
- SIZO n° 1, Makhatchkala
- SIZO n° 3, Khassavyourt

République d'Ingouchie

- IVS du Ministère des Affaires intérieures d'Ingouchie, Nazran
- Direction des Affaires intérieures pour la lutte contre la criminalité organisée (UBOP), Nazran

La délégation a également visité les Bureaux républicains de médecine légale à Grozny et Makhatchkala.

F. Espagne (12/12/2005 - 19/12/2005)Etablissements des forces de l'ordre*Commissariats de la police nationale*

- Madrid, Tetuán
- Madrid, San Blas
- Almería, Alcalde Muñoz
- Almería, Av. del Mediterráneo
- Melilla, Jefatura Superior

Police municipale

- Roquetas de Mar, *Depósito municipal de detenidos*

Garde Civile

- Almería, Comandancia
- Roquetas de Mar
- Roquetas de Mar-Aguadulce
- Melilla, Comandancia
- Melilla, Beni Enzar

Etablissements pénitentiaires

- Madrid V – Soto del Real
- Almería – El Acebuche

Dans ces prisons, la délégation du CPT s'est entretenue avec des personnes qui avaient été récemment détenues par les forces de l'ordre.

Autres établissements

- Melilla, *Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes*

G. Turquie (06/12/2005 - 14/12/2005)Etablissements des forces de l'ordre

- Direction de la police, Adana
- Direction de la police, İstanbul
- Commissariat de police central du district de Beyoğlu, İstanbul
- Commissariat de police de Sirkeci, district d'Eminönü, İstanbul
- Direction de la police, Van
- Commandement provincial de la gendarmerie, Van

Etablissements pénitentiaires

- Prison de type F d'Adana
- Prisons de type F N° 1 et N° 2 de Tekirdağ

Etablissements psychiatriques

- Hôpital pour la santé mentale d'Adana
- Hôpital pour la santé mentale de Bakırköy, İstanbul

La délégation s'est également rendue dans la prison de type E d'Adana, la prison fermée de Bayrampaşa, la prison de type E de Bitlis, la prison de type E d'Ümraniye et la prison de type M de Van, afin de s'y entretenir avec des détenus qui avaient été récemment privés de liberté par les forces de l'ordre.

H. Royaume-Uni (20/11/2005 - 25/11/2005)Etablissements de police

- Commissariat de police de haute sécurité de Paddington Green

Etablissements pénitentiaires

- Prison de Full Sutton
- Prison de Long Lartin

Hôpitaux sécurisés

- Hôpital de haute sécurité de Broadmoor

