



Fiche thématique

21 décembre 2020

CPT/Inf(2020)41

Les fiches thématiques sont élaborées sous l'autorité du Secrétaire exécutif du CPT. Elles ont pour but de présenter les normes du CPT sur des questions clés. Elles ne prétendent pas être exhaustives, notamment en ce qui concerne les références aux rapports de visite du CPT dans les pays.

Les personnes privées de liberté dans les établissements sociaux

1. Introduction

1. Conformément à la Convention pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après « la Convention »), le CPT est appelé à étudier le traitement de toutes les catégories de personnes qui sont privées de leur liberté sur décision d'une autorité publique. Ces personnes peuvent aussi être hébergées dans des foyers sociaux qui, à travers l'Europe, peuvent être extrêmement différents en termes de statut juridique, propriété, profils et capacités. Nombre de ces institutions sont gérées par les autorités locales ou nationales, tandis que d'autres sont gérées par des communautés religieuses, des organisations caritatives ou des entités privées à but (non) lucratif. Les établissements sociaux peuvent prendre en charge de personnes atteintes de déficiences intellectuelles et/ou de troubles mentaux chroniques (comme la schizophrénie), d'enfants, d'adolescents ou de personnes âgées (dont celles souffrant de démence). Depuis 1990, le CPT s'est rendu dans plus d'une centaine de foyers sociaux dans divers États membres du Conseil de l'Europe.

2. Le CPT souhaite souligner que son mandat couvre les établissements de protection sociale à la fois publics et privés où des personnes peuvent être privées de liberté de jure ou de facto¹. En d'autres termes, même si, en vertu du droit interne, les résidents ne sont pas formellement considérés comme étant privés de leur liberté, le CPT peut se rendre dans un foyer pour vérifier si les pensionnaires sont de fait privés de leur liberté. La situation de cette dernière catégorie, les résidents de foyers sociaux qui sont officiellement considérés comme volontaires mais qui ne sont dans la pratique pas autorisés à quitter l'établissement, inquiète tout particulièrement le CPT. Les personnes concernées sont souvent soumises à des traitements sans consentement et/ou à des moyens de contention sans être protégées par les garanties légales applicables à celles qui sont officiellement considérées comme non volontaires.

La Cour européenne des droits de l'homme a conclu, dans plusieurs cas de placement en établissement social fermé pour personnes jugées incapables et placées sous tutelle, dont le comportement montre incontestablement qu'elles ne sont pas consentantes de leur placement, que ces personnes doivent être considérées comme étant « privées de liberté » au sens de l'article 5, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme, et ce malgré l'autorisation donnée par le tuteur au placement².

Lors des visites d'établissements sociaux, les délégations du CPT ont parfois conclu que les résidents hébergés dans une institution donnée n'étaient pas privés de liberté et ne relevaient donc pas de son mandat. Cependant, plus souvent que l'inverse, les délégations ont constaté que les pensionnaires étaient privés de liberté de facto. Il incombe donc au CPT, sur la base de ses observations sur le terrain, de déterminer si un établissement social donné relève ou non de son mandat³.

¹ Voir à ce sujet les paragraphes 28 et 32 du [Rapport explicatif à la Convention](#).

² Voir, par exemple, l'arrêt de Grande Chambre dans l'affaire [Stanev c. Bulgarie](#), requête n° 36760/06, § 132, 17 janvier 2012, et [Červenka c. République tchèque](#), requête n° 62507/12, §§ 103-104, 13 octobre 2016.

³ [Allemagne : visite de 2000](#), paragraphe 153.

3. Le CPT défend depuis longtemps l'idée que les autorités des États membres devraient développer un processus de **désinstitutionnalisation**, limitant les capacités institutionnelles tout en augmentant les possibilités de soins de proximité. En particulier, les établissements de grande capacité comportent un risque important d'institutionnalisation, tant pour les pensionnaires que pour le personnel, ce qui peut avoir des effets néfastes sur le traitement des personnes prises en charge⁴.

2. Mauvais traitements

4. D'après l'expérience du CPT, les cas de **mauvais traitements délibérés des résidents par le personnel** sont plutôt rares, mais, dans un certain nombre de foyers sociaux visités, le Comité a bel et bien reçu des allégations de mauvais traitements physiques (comme des gifles, des coups de poing ou des coups de bâton), d'insultes ou de comportement irrespectueux du personnel. Dans ces cas-là, le CPT a recommandé à la direction de l'établissement de rester vigilante et de rappeler au personnel que toutes les formes de mauvais traitements (y compris les insultes) et tout comportement irrespectueux vis-à-vis des pensionnaires est inacceptable et sera sanctionné en conséquence⁵. Le CPT considère que, dans le cas d'incidents plus graves, il importe que les membres du personnel concernés reçoivent également une formation spécialisée en vue d'améliorer leur professionnalisme et de leur faire comprendre en quoi ces agissements sont complètement inappropriés⁶.

5. La **violence entre résidents** semble être un phénomène plus fréquent dans les foyers sociaux et, en particulier, dans ceux où le personnel est en nombre insuffisant. Ces violences peuvent prendre la forme d'altercations mais aussi d'agressions physiques (incluant des violences sexuelles) entre pensionnaires. Le CPT a souligné à plusieurs reprises que l'obligation de prise en charge des pensionnaires qui incombe aux autorités englobe la responsabilité de les protéger contre d'autres résidents qui pourraient leur porter préjudice. Cela signifie notamment que le personnel devrait se montrer attentif au comportement des résidents et être à la fois résolu et formé de manière appropriée pour intervenir lorsque cela s'avère nécessaire. De même, il convient d'assurer une présence adéquate du personnel à tout moment, y compris la nuit et les fins de semaine. De plus, des dispositions adéquates devraient être prises en faveur des résidents particulièrement vulnérables en veillant, par exemple, à ne pas les héberger ou les laisser seuls avec des résidents identifiés comme ayant un comportement agressif⁷.

6. Le CPT souhaite également souligner que, dans les établissements sociaux, des conditions de séjour très mauvaises ou l'application prolongée de la contention mécanique peuvent en soi être considérées comme des **traitements inhumains et dégradants** des pensionnaires (voir parties 3 et 6).

3. Conditions de séjour

7. Lors de l'examen des conditions de vie dans les foyers sociaux, le CPT applique généralement les mêmes normes que pour les établissements psychiatriques⁸. Cela inclut avant tout la condition que les besoins élémentaires des pensionnaires devraient être satisfaits en termes **d'espace vital et de chauffage, d'aération, d'accès la lumière du jour et à l'éclairage artificiel suffisants**, ainsi que **d'hygiène**.

8. La position de longue date du CPT est que les **dortoirs de grande capacité** ont un effet anti-thérapeutique et dépersonnalisant sur les résidents, compromettent leur intimité et empêchent la création d'un environnement propice au bien-être. Ces dortoirs compliquent également le contrôle de la propagation des maladies infectieuses et présentent par conséquent un risque plus élevé pour la santé des pensionnaires. Ceux-ci devraient être hébergés dans des chambres plus petites dans un environnement bienveillant. Le but devrait être de s'assurer qu'aucune chambre n'accueille plus de quatre pensionnaires⁹.

⁴ [Azerbaïdjan : visite de 2016](#), paragraphe 187 ; [Bosnie-Herzégovine : visite de 2007](#), paragraphe 110.

⁵ [Lettonie : visite de 2016](#), paragraphe 142.

⁶ [Irlande : visite de 2019](#), paragraphe 138.

⁷ [Bulgarie : visite de 2017](#), paragraphe 153 ; [Fédération de Russie : visite de 2018](#), paragraphe 84.

⁸ Voir [8^e Rapport général du CPT](#) (CPT/Inf (1998) 12), paragraphes 32 à 36.

⁹ [Moldova : visite de 2020](#), paragraphes 161 et 164.

9. Bien que les **hommes et les femmes** puissent partager les salles communes et les installations de loisirs en journée, ils devraient disposer de leurs propres sanitaires et chambres protégées. De l'avis du CPT, des précautions spécifiques devraient être prises pour garantir que des pensionnaires n'en soumettent pas d'autres à des relations inappropriées menaçant leur intimité¹⁰.
10. Les foyers sociaux devraient proposer un **environnement individualisé** et chaleureux offrant un certain degré d'intimité. Chaque pensionnaire devrait avoir un espace personnel fermant à clé pour conserver ses effets personnels et pouvoir s'habiller et se déshabiller, se laver, se doucher ou prendre un bain dans des conditions respectant son intimité. De l'avis du CPT, il convient d'accorder une attention particulière aux besoins spécifiques des pensionnaires âgés et/ou ayant un handicap physique. Les pensionnaires devraient être encouragés à personnaliser leurs chambres¹¹.
11. Le CPT n'a cessé de critiquer la pratique exigeant des pensionnaires qu'ils portent des pyjamas ou des uniformes pendant la journée¹². De même, les pratiques consistant à partager un ensemble de **vêtements** qui sont redistribués après chaque lavage n'aident pas à créer un sentiment d'autonomie. Les vêtements sont le mode d'expression d'un choix personnel ; choisir et entretenir ses propres vêtements augmente la responsabilité. Par conséquent, les pensionnaires devraient être autorisés et encouragés à porter leurs propres vêtements¹³.
12. **L'exercice en plein air** devrait être possible tous les jours, quelles que soient les conditions météorologiques. Dans les espaces de loisirs en plein air, il devrait y avoir un endroit où les pensionnaires peuvent s'abriter de la pluie et du soleil. L'absence de vêtements appropriés ne devrait pas constituer une raison pour ne pas proposer d'exercice en plein air¹⁴. Tous les pensionnaires devraient pouvoir faire de l'exercice en plein air sans restriction durant la journée, excepté si des activités prévues requièrent leur présence dans l'unité¹⁵. Le personnel devrait assurer la sécurité des pensionnaires lorsqu'ils sont en plein air et fournir l'assistance nécessaire à tous les pensionnaires souffrant de déficiences physiques¹⁶.
13. L'hébergement devrait être conçu ou adapté selon des normes reconnues **d'accessibilité** (rampes, accès aux fauteuils roulants, ascenseurs). Les hébergements/infrastructures ne sauraient être un prétexte pour empêcher les pensionnaires d'accéder à des jardins/espaces de loisirs extérieurs. Les pensionnaires à mobilité réduite devraient bénéficier d'une aide adéquate de la part du personnel¹⁷, ainsi que d'équipements adaptés (fauteuils roulants, etc.).
14. Il devrait y avoir un approvisionnement régulier en **eau chaude**, et les pensionnaires devraient pouvoir prendre une **douche** au moins deux fois par semaine et plus souvent si nécessaire¹⁸. Les pensionnaires incontinents devraient avoir à leur disposition des protections jetables et des alèses imperméables¹⁹.
15. Le CPT émet également de sérieux doutes quant à la pratique consistant à **mélanger des résidents atteints de maladies mentales avec des personnes souffrant de déficiences intellectuelles**. Le fait d'héberger ensemble des pensionnaires ayant des besoins différents risque d'empêcher que des soins appropriés soient dispensés et que des programmes thérapeutiques adaptés soient élaborés. Le Comité est loin d'être convaincu qu'une telle pratique pourrait être bénéfique pour l'une ou l'autre de ces catégories de pensionnaires²⁰.
16. Dans tous les établissements sociaux visités, des dispositifs devraient être mis en place pour permettre aux pensionnaires de bénéficier de **contacts appropriés avec le monde extérieur**, à savoir envoyer et recevoir des lettres, passer des appels téléphoniques et recevoir des visites. Il convient de saluer la pratique consistant à autoriser les visiteurs venant de loin à séjourner pour une nuit dans l'établissement.

¹⁰ [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 53.

¹¹ [Moldova : visite de 2020](#), paragraphe 164.

¹² [Hongrie : visite de 2018](#), paragraphe 133.

¹³ [Macédoine du Nord : visite de novembre 2002](#), paragraphe 100.

¹⁴ [Ukraine : visite de 2017](#), paragraphe 160.

¹⁵ [Moldova : visite de 2020](#), paragraphe 167.

¹⁶ [Bulgarie : visite de 2017](#), paragraphe 166.

¹⁷ [Ukraine : visite de 2019](#), paragraphe 23.

¹⁸ [Ukraine : visite de 2017](#), paragraphe 159.

¹⁹ [Ukraine : visite de 2019](#), paragraphe 21.

²⁰ [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 55.

4. Personnel et prise en charge des pensionnaires

17. Étant donné le caractère particulièrement difficile de leur travail, il est essentiel que les **personnels affectés aux unités** (c'est-à-dire les infirmiers et aides-soignants) des établissements de protection sociale soient minutieusement sélectionnés et qu'ils reçoivent une formation appropriée sur la manière de s'occuper des pensionnaires avec respect et en toute sécurité avant de prendre leurs fonctions, ainsi qu'une formation continue par la suite. Il convient d'accorder une attention particulière à la présence de personnel en nombre suffisant dans les unités lors des équipes de nuit afin de garantir des soins adéquats et un environnement sûr pour tous les pensionnaires (voir aussi paragraphe 19). Dans l'exercice de ses fonctions, ce personnel devrait être régulièrement supervisé. Il est important que le personnel bénéficie du soutien et des conseils nécessaires afin d'éviter tout burn-out et de continuer d'assurer une prise en charge de haut niveau²¹.

18. Les soins dispensés aux pensionnaires doivent s'accompagner de l'établissement d'un protocole de traitement individualisé pour chacun d'entre eux, mentionnant les objectifs du traitement, les moyens thérapeutiques mis en œuvre et le membre du personnel responsable. Ces programmes devraient être régulièrement révisés et adaptés, après une évaluation en profondeur de l'état physique et psychologique de chaque pensionnaire. Le personnel soignant ainsi que d'autres catégories de personnel devraient en effet prendre part à l'élaboration et à la révision des protocoles de soin afin de garantir une approche pluridisciplinaire. À cette fin, les établissements de protection sociale devraient employer du personnel spécialisé en nombre suffisant, formé aux activités thérapeutiques et de réadaptation adéquates pour les besoins des pensionnaires, notamment des éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes. Une attention particulière devrait être portée à la création de programmes d'activités de réadaptation en vue d'améliorer la qualité de vie des pensionnaires, ainsi que de programmes de resocialisation les préparant à un mode de vie plus autonome et/ou à un retour dans leur famille. En outre, les pensionnaires devraient être associés à l'élaboration de leur protocole individualisé et être informés de leurs progrès²². Au strict minimum, chaque pensionnaire devrait avoir la possibilité, si son état de santé le permet, de participer à une activité organisée par jour²³.

19. Les **traitements médicaux et psychiatriques** représentent une part importante de la prise en charge globale. À cette fin, un médecin généraliste et un psychiatre devraient être présents sur une base régulière en fonction des besoins des pensionnaires et de la taille de l'établissement, et au moins un infirmier devrait toujours être présent, y compris la nuit²⁴.

20. Chaque pensionnaire nouvellement admis devrait faire l'objet d'un **examen médical au moment de l'admission** et son état de santé **somatique** devrait être régulièrement contrôlé²⁵. Les soins préventifs sont importants dans toute institution, notamment les vaccinations pertinentes et l'éducation à la santé²⁶.

21. Un **dossier médical individuel** devrait exister pour chaque pensionnaire, contenant des informations diagnostiques (et le résultat de tout examen spécial subi par le pensionnaire) ainsi qu'un relevé continu de l'évolution de l'état de santé psychologique et somatique du pensionnaire et de son traitement²⁷.

22. Tout recours à des **médicaments psychotropes** devrait être au préalable spécifiquement autorisé par un médecin, et leur administration devrait être correctement consignée²⁸.

23. Les **soins dentaires** devraient être intégrés à tout protocole de soins d'un pensionnaire ; un examen dentaire devrait être effectué pour chaque pensionnaire, assorti d'un bilan régulier. Les soins dentaires ne devraient pas se limiter à l'extraction de dents mais comporter également des soins prophylactiques et des traitements conservateurs²⁹.

²¹ [Bulgarie : visite de 2017](#), paragraphe 149 ; [Moldova : visite de 2020](#), paragraphe 170.

²² [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 54 ; [Moldova : visite de 2020](#), paragraphe 170 ; [Fédération de Russie : visite de 2018](#), paragraphe 107.

²³ [Moldova : visite de 2020](#), paragraphe 172.

²⁴ [République tchèque : visite de 2018](#), paragraphe 126.

²⁵ [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 59.

²⁶ [Malte : visite de 2015](#), paragraphe 167.

²⁷ [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 58.

²⁸ [Azerbaïdjan : visite de 2013](#), paragraphe 56.

²⁹ [Moldova : visite de 2015](#), paragraphe 188 ; [Macédoine du Nord : visite de 2014](#), paragraphe 176.

24. Il convient d'accorder une attention particulière aux **besoins nutritionnels** des résidents. Tous les résidents, et en particulier ceux qui sont alités, devraient être régulièrement pesés en vue de contrôler et de suivre leur état nutritionnel, et, le cas échéant, de prévoir une intervention nutritionnelle effective³⁰.

25. Une stratégie globale et précise devrait être élaborée dans tous les foyers sociaux, portant sur les obligations des autorités en réponse à la **pandémie de covid-19** en cours. Cette stratégie devrait notamment inclure la sensibilisation à la prévention de l'infection à la covid-19 dans ce type d'établissements et les méthodes qui seront adoptées par l'État pour garantir que chaque établissement se voie doté de quantités suffisantes d'équipements de protection individuelle (ou de fonds supplémentaires pour en acquérir). En outre, elle devrait préciser comment garantir un accès rapide, simple et gratuit à des tests PCR pour chaque résident ou membre du personnel, dès lors qu'ils développent des symptômes caractéristiques de la covid-19 ou ont été exposés à des personnes soupçonnées d'avoir contracté la covid-19. En outre, il conviendrait d'envisager sérieusement la mise en place d'un dépistage régulier par test PCR de l'ensemble du personnel (et de tout résident admis ou réadmis dans l'établissement), financé par le gouvernement³¹.

26. Lorsqu'un **décès** survient dans un établissement social (ou à l'hôpital où un pensionnaire a été transféré), une autopsie devrait être effectuée sauf si un diagnostic clair de maladie mortelle avait été établi avant le décès par un médecin. En outre, lorsqu'une autopsie est pratiquée, ses conclusions devraient être systématiquement communiquées à la direction du foyer social en vue de déterminer s'il existe des enseignements à en tirer quant aux modalités de fonctionnement³².

5. Moyens de contention

27. S'agissant de l'utilisation des moyens de contention, comme la **contention physique, mécanique et chimique** (c'est-à-dire l'administration forcée de médicaments dans le but de contrôler le comportement d'un pensionnaire) et **l'isolement** vis-à-vis de résidents agités et/ou violents dans les foyers sociaux, le CPT applique habituellement les mêmes normes que pour les établissements psychiatriques. Pour plus de détails, voir les normes du CPT telles qu'énoncées dans le document intitulé « Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes », publié le 21 mars 2017 (CPT/Inf (2017) 6).

28. Le CPT souhaite souligner que l'administration de tranquillisants à action rapide nécessite une surveillance médicale étroite et le respect de protocoles stricts par tous les membres du personnel concernés, ainsi que les aptitudes, les médicaments et le matériel nécessaires.

En outre, l'utilisation d'une prescription PRN (pro re nata) de tranquillisants à action rapide devrait impérativement s'accompagner de garanties appropriées : au minimum, toute prescription PRN de tranquillisants à action rapide devrait être rédigée par un médecin expérimenté, après évaluation approfondie de l'état physique du pensionnaire, n'être valable que pour une durée limitée (c'est-à-dire quelques semaines plutôt que des mois) et être réévaluée chaque fois qu'elle est utilisée ou qu'il y a le moindre changement dans les médicaments administrés au pensionnaire. L'administration de tranquillisants à action rapide sur prescription PRN sans une reconfirmation explicite d'un médecin risque de faire peser une responsabilité bien trop lourde sur les infirmiers en ce qui concerne l'évaluation de l'état de santé psychique du pensionnaire et le caractère adéquat de la réaction à d'éventuelles complications, en l'absence d'un médecin. De l'avis du Comité, lorsqu'un pensionnaire présente un état d'agitation que le personnel infirmier n'arrive pas à gérer, le psychiatre du pensionnaire (ou le psychiatre de garde) devrait être appelé immédiatement et intervenir sans délai pour évaluer l'état du pensionnaire et donner des instructions sur les mesures à prendre. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque le personnel infirmier n'arrive pas à venir à bout de l'agitation d'un pensionnaire et que l'intervention d'un psychiatre n'est pas possible dans les minutes qui suivent que l'administration par le personnel infirmier de tranquillisants à action rapide sur prescription PRN « conditionnelle » peut être justifiée, ce qui signifie qu'un médecin devrait être contacté et devrait confirmer la prescription avant son administration. De plus, un médecin devrait impérativement arriver sans délai pour surveiller la réaction du pensionnaire et faire face à d'éventuelles complications³³.

³⁰ [Macédoine du Nord : visite de 2014](#), paragraphe 176.

³¹ [Bulgarie : visite de 2020](#), paragraphe 38.

³² [Bulgarie : visite de 2017](#), paragraphe 152.

³³ [Fédération de Russie : visite de 2018](#), paragraphe 113.

6. Garanties

29. Le CPT considère que le **placement** et le séjour **sans consentement** dans les foyers sociaux (y compris les situations dans lesquelles les restrictions imposées constituent une privation de liberté de fait) devraient être réglementés par la loi et assortis de garanties appropriées. En particulier, le placement devrait se faire à la lumière d'une expertise médicale, et notamment psychiatrique, objective.

Par ailleurs, les pensionnaires ayant été placés sans leur consentement dans un établissement de protection sociale (y compris les situations dans lesquelles les restrictions imposées constituent une privation de liberté de fait), qu'ils aient ou non un tuteur légal, devraient pouvoir jouir du droit effectif d'engager une procédure afin d'obtenir la légalité de leur placement et de leur séjour par un **tribunal** qui statue à bref délai et **réexamine régulièrement** la légalité de leur placement ; dans ce contexte, les pensionnaires devraient avoir la possibilité d'être entendus en personne par le juge et d'être représentés par un avocat. Le Comité tient également à souligner que, si l'on considère qu'un résident donné, qui a été admis volontairement et qui exprime le souhait de quitter l'établissement, a encore besoin d'être soigné dans l'établissement, la procédure de placement non volontaire prévue par la loi devrait alors être pleinement suivie³⁴. En l'absence de procédures de placement sans consentement, un cadre juridique clair et complet devrait être mis en place qui permette aux pensionnaires ayant été admis de leur plein gré de contester l'imposition de toutes restrictions ultérieures équivalant à une privation de liberté devant un tribunal, comme énoncé ci-dessus³⁵.

30. Dans le contexte des procédures de placement d'office, les pensionnaires concernés, ainsi que leurs tuteurs, devraient se voir systématiquement notifier par écrit la décision être informés, par écrit et oralement, des motifs de la décision, ainsi que des voies de recours et des délais dans lesquels les **recours** doivent être formés³⁶.

31. Une **brochure de présentation** de l'établissement, qui explique son fonctionnement et les droits des pensionnaires (incluant des informations sur les organes et procédures de plainte) devrait être élaborée et systématiquement distribuée aux pensionnaires, ainsi qu'à leurs tuteurs et à leurs familles, au moment de l'admission. Tout pensionnaire qui ne peut comprendre la brochure devrait recevoir une aide appropriée³⁷.

32. Le CPT a de sérieux doutes concernant la pratique observée dans divers pays qui consiste à confier la **tutelle** au personnel de l'établissement même où une personne frappée d'incapacité est placée, ce qui risque fort d'entraîner un conflit d'intérêts et de compromettre l'indépendance et l'impartialité du tuteur. Il conviendrait de trouver d'autres solutions qui garantiraient davantage l'indépendance et l'impartialité des tuteurs³⁸.

33. Le CPT souhaite souligner l'importance des **procédures effectives de plaintes et d'inspection**, qui sont les garanties fondamentales contre les mauvais traitements à l'encontre des pensionnaires.

34. Dans tous les établissements sociaux, il devrait y avoir un mécanisme interne effectif de plaintes et les pensionnaires devraient également avoir la possibilité de déposer des plaintes auprès d'un organe extérieur indépendant, habilité à recevoir directement des plaintes confidentielles et à formuler toutes les recommandations qui s'imposent. Les plaintes adressées à l'administration de l'établissement devraient être consignées dans un registre spécifique³⁹.

35. En outre, tous les foyers sociaux devraient faire régulièrement l'objet d'une visite par un organe indépendant extérieur. Cet organe devrait être autorisé, en particulier, à s'entretenir en privé avec les pensionnaires et à formuler des recommandations pour améliorer la prise en charge et les conditions proposées aux pensionnaires. Outre les mécanismes nationaux de prévention et les institutions du médiateur, les acteurs de la société civile peuvent aussi jouer un rôle important en la matière⁴⁰.

³⁴ [Hongrie : visite de 2018](#), paragraphe 152.

³⁵ [Lettonie : visite de 2016](#), paragraphe 156.

³⁶ [Pologne : visite de 2009](#), paragraphe 164.

³⁷ [Fédération de Russie : visite de 2018](#), paragraphe 123.

³⁸ [Ukraine : visite de 2019](#), paragraphe 44.

³⁹ Pour plus de détails, voir les paragraphes 68 à 91 du [27^e Rapport général du CPT](#) (CPT/Inf (2018) 4).

⁴⁰ [Bosnie-Herzégovine : visite de 2007](#), paragraphe 132 ; [République slovaque : visite de 2005](#), paragraphe 113.