

Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, au sujet de l'exécution de l'arrêt *Jeanty c. Belgique* (requête n°82284/17, arrêt du 31 mars 2020, définitif le 31 juillet 2020)

*Fondée sur la Règle 9 § 2 des Règles du Comité des Ministres pour la surveillance de l'exécution des arrêts
et des termes des règlements amiables*

Le Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP) est l'organe indépendant et impartial de contrôle et d'avis veillant à garantir les droits et la dignité humaine des personnes détenues. Il a été créé par la loi de principes du 12 janvier 2005.

L'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains (IFDH) a été créé par la loi du 12 mai 2019 dans l'objectif de contribuer à la protection et à la promotion des droits humains en Belgique. La présente communication s'inscrit dans le cadre de sa mission de suivi relative à la mise en œuvre par les autorités belges de leurs obligations internationales et de sa mission de collaboration avec les organisations internationales de défense des droits humains.

Table des matières

I.	Introduction	3
1.	L'affaire Jeanty c. Belgique	3
2.	Les enjeux	3
II.	Les réponses aux problèmes constatés par la Cour	4
1.	Le manque structurel de soins psychiatriques aux personnes détenues	4
2.	L'insuffisance des outils et formations du personnel pour prévenir les mauvais traitements	7
3.	La persistance de recours à des mesures de contrainte et de sécurité portant atteinte à la dignité	9
4.	L'utilisation de cellules nues	10
5.	L'effectivité des voies de recours internes en cas de plaintes pour traitements contraires à l'article 3	11
	<i>a. Enquêtes judiciaires pénales en cas de plainte pour mauvais traitement</i>	12
	<i>b. Procédures disciplinaires visant des membres du personnel pénitentiaire</i>	12
	<i>c. Voies de recours suite à la mise en place du droit de plainte</i>	12
III.	Conclusions et recommandations	13

I. Introduction

1. L'affaire Jeanty c. Belgique

1. Cette affaire concerne une personne atteinte de troubles psychiques et ayant tenté de se suicider à plusieurs reprises en 2011 lors de sa détention au sein de la prison d'Arlon.

La Cour a conclu à la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Elle a estimé que les violations portaient tant sur le volet matériel que procédural :

- D'une part, après plusieurs tentatives de suicide, le requérant avait été placé à l'isolement nu, casqué et menotté à titre disciplinaire. Il n'avait pas reçu de visite du médecin durant les 24 premières heures. La Cour a estimé que même sans intention d'humilier ou de rabaisser le requérant, un tel traitement pouvait être qualifié de dégradant ;
- D'autre part, la Cour a constaté une procédure d'instruction particulièrement longue et peu approfondie, au cours de laquelle aucune des personnes impliquées n'avaient été entendues, conduisant à un réquisitoire de non-lieu de la part du parquet. Selon la Cour, l'enquête n'a donc pas été effective.

2. Les enjeux

2. Dans cette affaire, la Cour a souligné l'absence de prise en charge médicale adéquate du requérant dans un contexte de détresse psychologique, « le requérant (ayant) été traité comme un simple détenu placé dans un environnement carcéral ordinaire » (§ 112).

La Cour a aussi examiné la régularité d'un placement à l'isolement d'abord à titre de mesure provisoire, puis confirmé comme sanction disciplinaire du fait des menaces du requérant d'attenter à sa vie, « cette mesure étant décidée sans prise en compte de l'état psychique du requérant et sans qu'il soit procédé à une réévaluation de la nécessité de maintenir les entraves et la nudité du requérant pendant 24 heures » (§ 117).

Sur cette base, la Cour conclut « que, compte tenu de l'état de santé mentale du requérant, le manque d'encadrement et le suivi médical au cours de ses deux périodes de détention combiné avec l'infliction d'une sanction disciplinaire dans une cellule d'isolement pendant trois jours alors qu'il avait commis plusieurs tentatives de suicide ont constitué une épreuve particulièrement pénible et ont soumis le requérant à une détresse ou à une épreuve d'une intensité ayant excédé le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention (...) » (§ 119). Et la Cour d'ajouter « (qu'elle) ne doute pas qu'un tel traitement a provoqué chez lui des sentiments d'arbitraire, d'infériorité, d'humiliation et d'angoisse. La circonstance qu'il n'avait pas pour but d'humilier ou de rabaisser le requérant n'exclut pas qu'il soit qualifié de dégradant et tombe ainsi sous le coup de l'interdiction énoncée à l'article 3 » (§ 119) (violation du volet matériel de l'article 3 de la Convention).

De plus, la Cour a jugé que la procédure d'instruction s'était déroulée dans un délai « difficilement compréhensible et acceptable lorsqu'a été déposée une plainte pénale pour des faits de

traitements inhumains et dégradants et abstention coupable » (§ 126). Aucun devoir d'enquête n'ayant été entrepris, à part la transmission des pièces du dossier pénitentiaire et médical, la Cour conclut qu' « une telle enquête ne saurait passer pour effective » (§ 128) (violation du volet procédural de l'article 3 de la Convention).

3. La présente communication fait suite

- Au plan d'action de la Belgique repris sous la référence DH-DD(2021)163 (communication du 10 février 2021 - [https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD\(2021\)163F](https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD(2021)163F))
- À la communication établie par la *Human Rights and Migration Clinic* de l'université de Gand en vertu des Règles 9.2 et 9.6 des règles du Comité des Ministres pour la surveillance de l'exécution des arrêts et des termes des règlements amiables et de la réponse de la Belgique du 25 août 2022 à cette communication (communication du 29 août 2022 [https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD\(2022\)884revE](https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD(2022)884revE))
- Au bilan d'action de la Belgique repris sous la référence DH-DD(2024)1331 (communication du 15 novembre 2024 - [https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD\(2024\)1331F](https://hudoc.exec.coe.int/FRE?i=DH-DD(2024)1331F))

Dans cette communication, le CCSP et l'IFDH reviennent sur le manque structurel de soins psychiatriques aux personnes détenues (II.1). Ils constatent l'insuffisance des outils et des formations pour prévenir les mauvais traitements, notamment des personnes suicidaires en prison (II.2). D'autre part, ils mettent en évidence la pratique persistante de mesures de contrainte portant atteinte à la dignité (II.3) et l'usage de cellules nues (II.4). Enfin, ils s'interrogent sur l'effectivité des recours internes en cas d'allégations de mauvais traitements sur trois aspects : les procédures judiciaires, la procédure disciplinaire et les voies de recours dans le cadre du droit de plainte (II.5). Ils concluent que les mesures proposées par le gouvernement sont insuffisantes à ce stade et formulent des recommandations pour éviter de nouvelles condamnations similaires (III).

II. Les réponses aux problèmes constatés par la Cour

1. Le manque structurel de soins psychiatriques aux personnes détenues

4. Concernant la question de la prise en charge médicale, le CCSP et l'IFDH constatent que la situation ne s'est pas notablement améliorée depuis la communication précitée du 29 août 2022 du *Human Rights and Migration Clinic* de l'université de Gand. Celle-ci mettait en particulier l'accent sur le manque de soins psychiatriques au profit des détenus confrontés à des problèmes de santé mentale. Le CCSP et l'IFDH constatent que de plus en plus de détenus souffrent de problèmes de santé mentale ou développent des troubles mentaux à la suite de leur incarcération. Les pensées et les tentatives suicidaires sont bien plus élevées en prison que dans la population générale. Les détenus sont souvent invisibilisés et ne bénéficient pas en prison d'une prise en charge adaptée¹.

À ce sujet, la Cour a souligné qu' « il semble ainsi que le requérant a subi le manque structurel dans l'offre de soins psychiatriques qui a été mis en lumière, tant en ce qui concerne les personnes internées que les prisonniers ordinaires, par le Conseil central de surveillance pénitentiaire,

¹ CCSP, Rapport annuel 2023, septembre 2024, p. 38.

institué à l'époque au sein du service public fédéral Justice et ayant pour mandat de contrôler de manière indépendante les conditions de traitement des détenus, dans son rapport 2008-2010 (voir *Claes c. Belgique*, n° 43418/09, § 71, 10 janvier 2013) » (nous soulignons) (§113).

Sur ce plan, le CCSP et l'IFDH renvoient aussi à leur dernière communication relative au groupe *L.B. et W.D. c. Belgique*, n°22831/08 et n°73548/13), qui se situe dans le prolongement de cet extrait de l'arrêt intervenu dans l'affaire *Claes c. Belgique* et qui comprend un état des lieux détaillé quant à la question de la prise en charge des soins psychiatriques en prison.

Dans son bilan d'action², le gouvernement évoque plusieurs mesures en matière d'encadrement médical :

- la revalorisation de la fonction médicale en prison,
- l'inclusion des détenus dans l'assurance maladie en 2023,
- le renforcement des soins de santé mentale notamment par le recrutement de psychologues, d'orthopédagogues et d'assistants sociaux.

5. Le CCSP et l'IFDH saluent ces mesures et les efforts des acteurs qui les mettent en œuvre dans des conditions difficiles de surpopulation carcérale. Toutefois, ces mesures ne répondent pas suffisamment à la nécessaire disponibilité de soins psychiatriques et pas uniquement psychologiques que met en évidence la Cour (§ 109). Pour rappel, la Cour a considéré que, « compte tenu de [s]a fragilité psychologique (...), de ses troubles comportementaux qui se sont manifestés tout de suite après son placement en détention préventive (...), il appartenait aux autorités de le faire examiner par un médecin psychiatre ». Le fait que son « traitement (...) a[it] été défini sans que soient consultés des spécialistes en psychiatrie », constitue « de graves lacunes dans les soins médicaux prodigués à un malade mental dont on connaissait les tendances suicidaires » (nous soulignons).

Au regard du nombre de situations similaires ou proches de celle du requérant, il est crucial de prévoir la disponibilité de spécialistes en psychiatrie dans l'ensemble des prisons. Ce besoin est d'autant plus important que la Belgique, avec un taux de 14,3 pour 10.000 prisonniers (par rapport à une médiane de 5.3/10.000), fait partie des États européens où le taux de suicide en prison est l'un des plus élevés.³

Contrairement à ce que laisse entendre le bilan d'action (p. 3), toutes les prisons belges ne disposent pas de spécialiste en psychiatrie attitré. La prison d'Arlon, où le requérant a été détenu, n'est pas la seule exception. Par exemple, dans le cadre d'une visite menée en 2023 à la prison de Tongres, où sont détenus uniquement des étrangers en séjour irrégulier, profil particulièrement

² Bilan d'action du gouvernement du 15 novembre 2024, pp. 3-4.

³ Aebi, M. F. & Cocco, E. (2024). *Prisons and Prisoners in Europe; Key Findings of the SPACE I report*. Series UNILCRIM 2023/2. Council of Europe and University of Lausanne. Table 1, Ranking of countries to the main prison indicators, 2023 and 2022 and Table 4, Flow indicators for the year 2022.

vulnérable, le CCSP et Myria ont constaté qu'aucun psychiatre (ni interne ni externe) n'était disponible.⁴

6. Plus récemment, dans le cadre de visites menées conjointement par le CCSP et UNIA⁵ au sein des annexes psychiatriques ou des sections de défense sociale de cinq prisons (Jamioulx, Mons, Gand, Turnhout et Haren), ils ont relevé un manque criant de soins psychiatriques dans chacun de ces établissements spécialisés.⁶ En conséquence, aucun suivi psychiatrique adéquat n'est proposé aux patients en dehors des situations de crise. Dans le meilleur des cas, le suivi clinique de ces patients est assuré par l'équipe soins. Dans le pire des cas, aucun accompagnement psychosocial n'est proposé. Cette situation compromet la continuité des soins et réduit les chances de réinsertion.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Belgique comptait une proportion de 0,2 psychiatre disponible pour 1000 personnes en prison en 2020, alors que la moyenne européenne est de 1,3 p pour 1000 personnes en prison.⁷ Ce chiffre était de 1,6 pour 1000 pour la population libre. Le bilan d'action ne fournit aucun élément permettant de garantir la disponibilité de soins psychiatriques dans les prisons et aucun indicateur clair permettant de mesurer si des progrès éventuels ont été accomplis depuis l'arrêt.

7. Par ailleurs, le bilan d'action ne traite pas des procédures relatives au transfert de personnes détenues présentant des tendances suicidaires vers une unité psychiatrique aiguë. Or, comme le relève l'arrêt (§ 54), le CPT recommandait dès 2009 que les détenus « présentant de graves signes de tendance suicidaire ou de comportement auto- ou hétéro-agressif en raison de troubles psychiatriques devrai[en]t être immédiatement transféré[s] vers une unité d'urgences psychiatriques, laquelle dispose de traitements et de moyens appropriés, voire vers une annexe psychiatrique ». Le CPT recommandait également aux autorités de « privilégier l'élaboration d'un contrat avec un établissement hospitalier de proximité ». Dans le cas du requérant, un tel transfert aurait vraisemblablement été approprié, mais les autorités n'ont entrepris aucune démarche en ce sens. Le *Guide pour une politique de prévention du suicide – DG EPI* de mars 2023⁸, auquel le bilan d'action fait référence (et analysé plus avant ci-après), ne traite pas de cette question. Il ne fixe aucun critère ni aucune procédure en matière de transfert vers un hôpital psychiatrique, et ne mentionne pas davantage d'éventuels accords de collaboration avec de tels établissements.

Il semble donc probable que, dans des cas similaires, les autorités continueront à recourir à l'enfermement en cellule disciplinaire ou de sécurité et à des moyens de contrainte physique, faute d'une alternative plus adéquate – à savoir un transfert urgent vers une institution spécialisée ou l'administration de soins psychiatriques appropriés au sein même de la prison.

⁴ CCSP et Myria, Rapport de visite de l'établissement pénitentiaire de Tongres, 2024, p. 50, § 88. Selon la Direction générale des établissements pénitentiaires, les détenus qui nécessitent des soins psychiatriques peuvent être transférés dans une autre prison (p. 55). Myria, le Centre fédéral Migration est une institution publique indépendante notamment chargé de veiller aux droits fondamentaux des étrangers.

⁵ UNIA est une institution publique indépendante de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité des chances ; depuis 2011, UNIA est désigné comme mécanisme indépendant de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

⁶ CCSP et Unia, [La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse](#), p. 21.

⁷ OMS, *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. Copenhague, 2023, pp. 40 et 113.

⁸ Annexe 2 (détaillée ci-après).

8. Afin de mesurer l'évolution de la situation, le CCSP et l'IFDH suggèrent au Comité des ministres de demander au gouvernement de fournir :

- Le chiffre des prestations des psychiatres en prison, par rapport au nombre des personnes détenues ayant besoin de soins en santé mentale, tant pour les personnes internées que pour les autres détenus.⁹
- Le nombre de psychiatres internes et externes disponibles (nombre de personnes et nombre d'équivalents temps-plein) par rapport au nombre de personnes détenues pour chaque prison, tant pour les personnes internées que pour les détenus ordinaires.
- Des informations sur la politique et la pratique en matière de transferts de détenus présentant de graves signes de tendance suicidaire ou de comportement auto- ou hétéro-agressif en raison de troubles psychiatriques vers des unités d'urgences psychiatriques ou des annexes psychiatriques, et sur l'évolution du nombre de contrats conclus entre les établissements pénitentiaires et des hôpitaux de proximité concernant ce type de transferts.

Au regard, en particulier, de la récurrence de cette problématique, le CCSP et l'IFDH demandent au Comité des ministres de traiter la présente affaire en procédure de surveillance soutenue. Ce que demande aussi la *Human Rights and Migration Clinic* ("Seeing that the case of Jeanty v. Belgium is part of a wider pattern of the inadequate treatment of detainees with psychological disorders and a failing health care system in Belgian prisons and the continued failure to tackle this structural and complex problem, we propose that the Committee of Ministers examines the case under the enhanced supervision procedure »).¹⁰

2. L'insuffisance des outils et formations du personnel pour prévenir les mauvais traitements

9. S'il est vrai que, comme le relève le gouvernement,¹¹ la Cour n'a pas condamné la Belgique sur base de l'article 2 de la CEDH, constatant que les autorités avaient pris des mesures permettant d'empêcher le suicide du requérant, la politique de prévention du suicide en prison fait bel et bien partie des thématiques à surveiller dans le cadre de l'exécution de l'arrêt. En effet, ce sont précisément les mesures prises dans le but d'éviter son suicide qui ont été jugées contraires à l'article 3 de la CEDH. Par conséquent, il convient d'examiner si l'Etat belge a pris des mesures suffisantes pour empêcher les suicides en prison d'une manière respectueuse de la Convention. Sur cet aspect, relatif au volet matériel de l'article 3 de la Convention, le bilan d'action présenté par l'Etat belge apparaît insuffisant dès lors qu'il ne propose pas de garanties requises pour éviter d'autres dérives.

⁹ Cet indicateur faisait aussi défaut dans le plan d'action révisé soumis par l'Etat belge dans le groupe d'affaires 'L.B./W.D.', [\(DH\) - Plan d'action \(10/10/2024\)](#), p. 37

¹⁰ Communication du 11 août 2022 DH-DD(2022)884 établie par la *Human Rights and Migration Clinic* de l'université de Gand, p. 14.

¹¹ Réponse du gouvernement du 25 août 2022 à la Communication du 11 août 2022 DH-DD(2022)884 établie par la *Human Rights and Migration Clinic* de l'université de Gand, p. 1.

Dans le contexte de tentatives de suicide, on relève régulièrement des violations de l'article 3 ou des suspicions de telles violations, faute de prévention, d'infrastructure adéquate et de contrôles effectifs. Ainsi, au cours des récentes visites approfondies menées conjointement par le CCSP et UNIA à propos de la prise en charge de la santé mentale des détenus et évoquées ci-avant¹², il a été relevé qu'en dépit de la mise au point et de la diffusion, dès fin mars 2023, d'une part, d'*Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* et, d'autre part, d'un *Guide pour une politique de prévention du suicide - DG EPI*¹³ aucun établissement ne disposait d'un protocole spécifique par rapport au risque suicidaire. Ainsi, par exemple, dans le nouveau et vaste complexe pénitentiaire de Haren, de nombreux *post-it* vierges ou comportant la mention « S2 » pour 'surveillance spéciale' (au regard du risque suicidaire) sont apposés aux portes des cellules de l'annexe psychiatrique des hommes. Toutefois, il n'a pas été précisé à la délégation en quoi consiste exactement cette 'surveillance spéciale' hormis le passage, à intervalles réguliers, de l'accompagnateur. Et au sein de ce même établissement, dans les dossiers médicaux consultés, aucune mention n'est faite du risque suicidaire. En outre, ce que ces visites ont permis de mettre en évidence, c'est le fait que dans chaque prison, il n'y a pas encore de protocole particulier qui ait été mis au point, alors que, comme le précisent les *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* accompagnant la diffusion du *Guide pour une politique de prévention du suicide - DG EPI*, celui-ci consiste en des « directives qui peuvent servir de base pour élaborer une politique locale de prévention du suicide » (p. 3) (nous soulignons).

Par ailleurs, il est essentiel de souligner que ce *Guide pour une politique de prévention du suicide - DG EPI* qui constitue sans conteste une excellente « base pour élaborer une politique locale de prévention du suicide » est et demeure comme tel un outil très/trop général. En effet, le guide ignore que face au risque suicidaire et au désarroi qu'il peut provoquer dans le chef du personnel pénitentiaire, le recours à des mesures de contrainte et de sécurité portant atteinte à la dignité, combinée à l'utilisation indifférenciée des cellules sécurisées et de punition, reste courante. Ainsi, ce guide manque l'objectif poursuivi en faisant en particulier abstraction de l'enseignement de la jurisprudence en matière de droit de plainte. Ce contentieux met en effet en évidence nombre de réponses inadéquates face au risque suicidaire¹⁴. Le Guide se focalise exclusivement sur les pratiques à promouvoir et s'abstient de faire référence aux pratiques contraires à l'article 3 de la Convention qui sont encore observées sur le terrain. Par conséquent, la mise au point et la diffusion par l'administration pénitentiaire du guide ne permet pas de prévenir les dérives mises en évidence par l'arrêt de la Cour. En effet, face au risque suicidaire, tant le recours à des mesures de contrainte et de sécurité portant atteinte à la dignité que le placement dans une cellule d'isolement ou de punition demeurent hélas courants.

Enfin, le CCSP et l'IFDH insistent sur l'insuffisance des outils écrits, quelle que soit leur qualité. Pour garantir le respect des droits humains dans la pratique, l'éducation aux droits humains est cruciale. Afin d'éviter la répétition du traitement prohibé par l'arrêt, il est crucial d'organiser des formations à l'ensemble du personnel des prisons en vue de prévenir les mauvais traitements. Ces formations

¹² Voir note 6.

¹³ Annexe 2.

¹⁴ L'ensemble des décisions des commissions des plaintes (KC et CP) et des commissions d'appel (BC et CA) sont accessible via le site du CCSP ([Home - Rechtspraak CTRG](#)) ; parmi les décisions pertinentes en la matière, relevons KC10/24-0148 du 4 décembre 2024, CP36/24-0002 du 16 mai 2024, KC20/24-0002 du 23 février 2024, KC29/24-0008 du 31 janvier 2024, KC 29/24-0014 du 8 février 2024, CP 08/22-0022 du 13 juillet 2022 et KC 04/22-0039 du 23 juin 2022.

devraient être dispensées systématiquement au personnel concerné et aborder notamment les réponses adéquates et inadéquates face au risque suicidaire en prison, notamment en utilisant les faits de l'arrêt comme exemple de traitement interdit. Dans le même but, il est aussi important que le personnel des prisons soit informé de la possibilité de signaler des violations des droits humains ou des atteintes à l'intégrité en bénéficiant de la protection des lanceurs d'alerte¹⁵.

3. La persistance de recours à des mesures de contrainte et de sécurité portant atteinte à la dignité

10. Le requérant a été placé en isolement, nu, casqué et menotté. Or, les mesures générales présentées dans le bilan d'action de la Belgique n'offrent pas de garanties suffisantes pour prévenir de tels traitements inhumains ou dégradants.

Le *Guide pour une politique de prévention du suicide -DG EPI* diffusé par la DG EPI fin mars 2023 précise les modalités d'utilisation d'une cellule de sécurité pour les personnes à tendance suicidaire (p. 18). Ce guide précise bien que le placement dans une telle cellule intervient dans le cadre d'une mesure de sécurité particulière. Une telle mesure est prévue et encadrée par la loi de principes¹⁶ (art. 110 et suivants) qui encadre le statut des personnes détenues. Aucune de ces dispositions ne permet de laisser une personne entravée plusieurs heures, casquée et/ou nue. Le guide précise d'ailleurs que « pendant son séjour dans cette cellule, le détenu peut être obligé de porter des vêtements de sécurité. »

L'utilisation des mesures de coercition directe est quant à elle régie par les articles 119 et suivants de la loi de principes. La circulaire ministérielle n°1810 du 19 novembre 2009¹⁷ précise les moyens de contrainte réglementaires : il s'agit de menottes et entraves. La matraque et le casque font partie des équipements d'intervention, tout comme les boucliers ou gilets de protection. Ces équipements d'intervention sont à usage des agents en cas de situation dangereuse et d'eux seuls ; ainsi, il n'est pas prévu d'équiper un détenu d'un casque. Du reste, la circulaire ministérielle précitée précise bien que "la matraque, les vêtements de protection et le casque ne peuvent être utilisés que dans le cadre d'un usage défensif du personnel lors d'interventions à l'égard de personnes présentant un risque réel d'agression physique" (p.5/9).

Toutes les dispositions insistent sur la nécessité et la proportionnalité de telles mesures, qui doivent être régulièrement réévaluées, comme l'exigent les art. 105 § 1^{er}, et 119 et suivants de la loi de principes. En revanche, ni les *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* ni le *Guide pour une politique de prévention du suicide -DG EP* ne mentionnent explicitement les interdictions et les pratiques susceptibles d'être contraires à l'art. 3 CEDH, telles que la nudité forcée et le maintien d'entraves au-delà d'une durée strictement nécessaire. Bien souvent, ces pratiques sont appliquées faute d'infrastructures adéquates ou de protocoles d'intervention moins invasifs (par ex. en raison de l'absence d'un médecin ou de moyens logistiques pour procéder aussi vite que possible à un transfert médical).

¹⁵ Loi du 8 décembre 2022 relative aux canaux de signalement et à la protection des auteurs de signalement d'atteintes à l'intégrité dans les organismes du secteur public fédéral et au sein de la police intégrée, *M.B.*, 23 décembre 2022.

¹⁶ Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.* 1^{er} février 2005 (ci-après « loi de principes »).

¹⁷ Annexe 3.

De surcroît, tout équipement ou moyen de contrainte utilisé doit être consigné dans un registre (art. 121 de la loi de principes) – registre qui en l'espèce faisait défaut à la prison d'Arlon au moment des faits. De la même manière, la visite quotidienne du médecin aux personnes placées en isolement (art. 137 §3 de la loi de principes) fait parfois défaut, ou si la visite a lieu, se passe de manière brève, à travers un guichet, et sans que la personne ne comprenne clairement qu'il s'agit du médecin. De la façon dont ces visites sont pratiquées, il est hasardeux de les assimiler à un examen médical ; or si la loi a prévu une visite quotidienne du médecin, c'est bien entendu dans le but de procéder à une évaluation médicale.

11. La Cour mentionne dans son arrêt différentes recommandations du CPT (§ 54) :

- « Maintenir un détenu nu, en cellule, s'apparente, selon le CPT, à un traitement dégradant. **Le CPT recommande qu'il soit immédiatement mis fin à cette pratique** » ;
- « **Dans les situations exceptionnelles où le recours à des moyens de contention s'avère indispensable à l'encontre de ce type de détenus (par exemple, dans l'attente du transfèrement dans un département spécialisé), il convient de les retirer à la première occasion (en général au bout de quelques minutes ou de quelques heures); les moyens de contention ne sauraient en aucun cas être employés ou maintenus à titre de sanction** ».

Force est de constater que ni les *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* ni le *Guide pour une politique de prévention du suicide – DG EPI* ne font référence à ces recommandations ; elles devraient donc être y être intégrées.

4. L'utilisation de cellules nues

12. En l'espèce, dans un premier temps, le requérant fut placé dans une cellule d'isolement sécurisée, ou plus exactement *placé à l'isolement* dans une cellule sécurisée. Au regard du comportement du requérant, le personnel pénitentiaire prit ensuite l'initiative « de retirer tous (ses) objets et effets personnels (...) de la cellule d'isolement , y compris le matelas et la couverture et de (le) laisser nu pour sa sécurité » (§ 8).

Dans leur bilan d'action les autorités belges font état de la différence établie par la loi entre les cellules sécurisées (soit les cellules « sans objets dont l'utilisation peut être dangereuse » (art. 112, §1^{er}, 5° de la loi de principes) et les cellules de punition (art. 134 de la loi de principes et dont la description est à présent détaillée par un texte distinct¹⁸). Ce bilan mentionne que, «en général, pour les personnes ayant des problèmes mentaux (cela inclut les tendances suicidaires), les mesures appropriées sont prises, et l'emprisonnement dans une cellule de punition (ne) fait à priori pas partie [des mesures appropriées]" (p. 4).

S'il est vrai qu'en l'espèce le requérant fut placé non pas en cellule de punition mais en cellule sécurisée, ce placement s'est accompagné de la décision de déshabiller totalement le requérant et

¹⁸ Arrêté royal du 3 février 2019 portant exécution des articles 41, § 2 et 14, § 2 de la loi du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 14 février 2019, art. 5 à 7.

de vider la cellule sécurisée de son mobilier, soit autant de mesures qui vont au-delà de ce que la loi prévoit comme mesures de sécurité particulières susceptibles de pouvoir être prises (art. 110 et sv. de la loi de principes).

13. D'autre part, sur ce point, dans son analyse du cadre juridique et la pratique pertinents (§ 45 et sv.), faisant référence aux contributions du CPT, et plus précisément à ses recommandations, la Cour fait référence (§ 54) en particulier à celle-ci :

« Le CPT recommande aux autorités d'abandonner l'utilisation de « cellules disciplinaires/cellules nues » dans le contexte de la gestion de l'urgence psychiatrique et de privilégier l'élaboration d'un contrat avec un établissement hospitalier de proximité, disposant de lits psychiatriques d'urgence, auquel serait adressé tout interné (ou détenu) en état de décompensation aigu. »

Et, à nouveau, force est de constater que ni les *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* ni le *Guide pour une politique de prévention du suicide – DG EPI* ne veillent à mettre en œuvre cette recommandation. Tout au plus le guide détaille-t-il le placement en cellule sécurisée et l'imposition éventuelle, à titre temporaire, de mesures de sécurité particulières telles que prévues par la loi (pp. 18-19). Tant ces instructions que le guide en cause devraient donc être complétées à cet égard.

5. L'effectivité des voies de recours internes en cas de plaintes pour traitements contraires à l'article 3

14. Selon le CCSP et l'IFDH, les trois éléments évoqués par le bilan d'action concernant la violation du volet procédural de l'article 3 en raison de l'ineffectivité de l'enquête sont insuffisants. Il s'agit du suivi chiffré des délais de traitement des enquêtes judiciaires (a), d'informations générales sur les sanctions disciplinaires des agents de l'État (b) et de la mise en place du droit de plainte pour les personnes détenues en prison (c).

Le CCSP et l'IFDH rappellent l'obligation des États d'enquêter sur toute allégation de traitements inhumains ou dégradants commis par des agents de l'État dans l'exercice de leurs fonctions. Comme l'a rappelé la Cour :

« Cette enquête doit pouvoir mener à l'identification et à la punition des responsables. S'il n'en allait pas ainsi, nonobstant son importance fondamentale, l'interdiction légale générale de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants serait inefficace en pratique, et il serait possible dans certains cas à des agents de l'État de fouler aux pieds, en jouissant d'une quasi-impunité, les droits des individus soumis à leur contrôle » (*Khachiev et Akaïeva c. Russie*, n° 57942/00 et 57945/00, § 177, 24 février 2005, et *Menecheva c. Russie*, n° 59261/00, § 67, CEDH 2006-III).

a. Enquêtes judiciaires pénales en cas de plainte pour mauvais traitement

11. En cette affaire, l'enquête a été considérée comme ineffective en raison de l'inertie du parquet, qui a laissé s'écouler presque 8 mois avant de transmettre le dossier, et du juge d'instruction, qui s'est contenté de récolter le dossier pénitentiaire sans effectuer d'audition des acteurs concernés. L'évocation de mesures très générales contenues dans la circulaire COL 12/2010 visant à réduire l'arriéré judiciaire ne constitue pas une mesure permettant d'éviter de pareils manquements à l'avenir. Ceci d'autant plus que des manquements similaires ont fait l'objet d'autres affaires devant la Cour à la suite de plaintes pour mauvais traitements d'agents publics¹⁹.

b. Procédures disciplinaires visant des membres du personnel pénitentiaire

12. Le bilan d'action de l'Etat belge mentionne l'arrêté royal du 2 octobre 1937. Cet arrêté concerne l'ensemble des agents de l'Etat. Le bilan d'action de la Belgique mentionne des statistiques des procédures disciplinaires entre 2015 et 2022. Or ce bilan d'action ne précise pas si les dossiers disciplinaires cités concernaient spécifiquement des membres de l'administration pénitentiaire.

Malgré son obligation d'enquêter sur les violations des droits humains commises par des agents de la Fonction publique, les investigations menées par l'administration à l'encontre de membres de l'administration pénitentiaire demeurent peu documentées. Aucune statistique relative aux sanctions disciplinaires prises à l'encontre d'agents pénitentiaire n'est publiée. Dans la perspective d'une exécution correcte de l'arrêt, il est important que l'administration pénitentiaire publie chaque année les statistiques disciplinaires relatives au personnel pénitentiaire (nombre de procédures, types de faits, sanctions prononcées).

c. Voies de recours suite à la mise en place du droit de plainte

13. Le CCSP et l'IFDH rappellent également que les commissions des plaintes et d'appel ne sont pas compétentes pour connaître des faits de telle nature commis par des agents mais uniquement pour examiner des décisions prises par la direction de l'établissement ou en son nom (art. 148 de la loi de principes). La mise en place de ces commissions, qui ne sont pas compétentes pour sanctionner les agents responsables de tels faits, ne peuvent donc pas constituer en soi un remède aux traitements inhumains ou dégradants qui relèvent de la justice pénale. L'existence des commissions de surveillance, si elles peuvent constater des faits et informer les personnes détenues, n'exempte pas l'administration pénitentiaire de son obligation d'informer les personnes et de les orienter sur le plan médical et juridique en cas de traitements inhumains ou dégradants perpétrés au sein d'un établissement pénitentiaire. C'est d'ailleurs généralement le cas lorsque les faits sont commis par des codétenus.

Pour chaque allégation ou indication de mauvais traitements, le CCSP et l'IFDH préconisent que la direction de la prison entende la victime dans les meilleurs délais, l'informe de ses droits et des procédures (plainte auprès du parquet avec déclaration de personne lésée, constitution de partie civile) et lui facilite les démarches.

¹⁹ (GC) *Bouyid c. Belgique*, 28 septembre 2015, n° 23380/09, § 124-134 ; *Turan Cakir c. Belgique*, 10 mars 2009, n° 44256/06, § 69-72. Voir aussi les décisions de radiation du rôle *Boutaffala c. Belgique*, 27 juin 2017, n° 48302/15 ; *Akhim c. Belgique*, 28 septembre 2017, n° 27399/17 ; *Kaya c. Belgique*, 12 septembre 2019, n° 59856/18.

III. Conclusions et recommandations

14. Les conclusions et recommandations peuvent être ainsi résumées :

Le CCSP et l'IFDH concluent que les mesures générales évoquées dans le bilan d'action sont insuffisantes pour exécuter l'arrêt. Pour éviter des violations similaires à l'avenir, ils recommandent au Comité des Ministres :

- d'envisager de traiter la présente affaire en procédure de surveillance soutenue
- d'inviter les autorités belges :
 - sur l'offre de soins psychiatriques :
 - à veiller à ce que toutes les personnes détenues, internées ou non, confrontées à des problèmes mentaux (cela inclut les tendances suicidaires) aient accès à une offre de soins psychiatriques ;
 - à fournir les chiffres des prestations effectives des psychiatres, par établissement pénitentiaire, par rapport au nombre des personnes détenues, internées ou non, ayant besoin de soins en santé mentale ;
 - à indiquer le nombre de psychiatres internes et externes disponibles (nombre de personnes et nombre d'équivalents temps-plein) pour chaque prison, tant pour les personnes internées que pour les détenus ordinaires ;
 - sur les outils et des formations pour éviter de mauvais traitements dans le cadre de la prévention du suicide :
 - à compléter l'arsenal de directives existantes et tant les *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* et le *Guide pour une politique de prévention du suicide - DG EPI* en intégrant des exemples concrets illustrant les réponses inadéquates à proscrire, soit notamment :
 - le recours à des mesures de contrainte et de sécurité portant atteinte à la dignité que
 - le placement dans une cellule nue ;
 - à proposer des formations systématiques à l'ensemble du personnel concerné sur les réponses adéquates et inadéquates face au risque suicidaire en prison, notamment en utilisant les faits de l'arrêt comme exemple de traitement prohibé et sur la possibilité pour le personnel de signaler des violations des droits humains en bénéficiant de la protection des lanceurs d'alerte ;
 - sur l'utilisation de cellules nues :
 - d'abandonner l'utilisation de cellules disciplinaires et/ou de cellules nues dans le contexte de la gestion de l'urgence psychiatrique et de privilégier l'élaboration d'un

contrat avec un établissement hospitalier de proximité, disposant de lits psychiatriques d'urgence ;

- sur l'effectivité des recours et des enquêtes en cas d'allégation de mauvais traitement :
 - o Prévoir dans un instrument public et contraignant (réglementation, instruction, circulaire) l'obligation pour la direction de la prison, pour chaque allégation ou indication de mauvais traitements, de :
 - entendre dans les meilleurs délais la victime de mauvais traitements ;
 - l'informer de ses droits et des procédures (plainte auprès du parquet avec déclaration de personne lésée, constitution de partie civile), et lui faciliter les démarches ;
 - o Publier chaque année, de manière transparente et accessible, les statistiques disciplinaires relatives au personnel pénitentiaire (nombre de procédures, types de faits, sanctions prononcées).

Bruxelles, le 27 juin 2025

Annexes

1. CCSP et Unia, [La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse !](#), juin 2025 (rapport de synthèse des cinq visites menées par le CCSP et UNIA en juin, juillet et septembre 2024 à propos de la prise en charge de la santé mentale des détenus)
2. *Instructions relatives à la politique de prévention du suicide* accompagnant la diffusion fin mars 2023 du *Guide pour une politique de prévention du suicide DG EPI*
3. Circulaire ministérielle n°1810 du 19 novembre 2009 relative aux *Moyens de coercition et à l'équipement d'intervention*