



**Convention contre
la torture et autres peines
ou traitements cruels,
inhumains ou dégradants**

Distr. générale
16 décembre 2016
Français
Original : anglais
Anglais, espagnol et français
seulement

Comité contre la torture

**Examen des rapports soumis par les États parties
en application de l'article 19 de la Convention**

**Huitièmes rapports périodiques des États parties
attendus en 2016**

Norvège*, **, ***

[Date de réception : 23 novembre 2016]

-
- * Le rapport unique valant sixième et septième rapports de la Norvège est paru sous la cote CAT/C/NOR/6-7; il a été examiné par le Comité à ses 1100^e et 1103^e séances, les 1^{er} et 2 novembre 2012 (CAT/C/SR.1100 et 1103). En ce qui concerne son examen, voir les observations finales du Comité (CAT/C/NOR/CO/6-7).
 - ** La version originale du présent document n'a pas été revue par les services d'édition.
 - *** Les annexes au présent rapport peuvent être obtenues auprès du secrétariat du Comité. Elles sont également accessibles sur la page Web du Comité.

GE.16-22126 (EXT)



* 1 6 2 2 1 2 6 *

Merci de recycler



I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application de l'article 19, paragraphe 1, de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui est entrée en vigueur le 26 juin 1987 en Norvège. Sa structure est conforme à la nouvelle procédure facultative d'établissement des rapports adoptée par le Comité contre la torture à sa trente-huitième session en mai 2007, que la Norvège a acceptée le 14 avril 2010.

2. Le rapport décrit les changements intervenus dans la législation et les pratiques juridiques et administratives concernant chaque disposition de fond de la Convention depuis la soumission, par le Gouvernement, du rapport unique valant sixième et septième rapports (CAT/C/NOR/6-7), en référence à la liste de points (CAT/C/NOR/QPR/8) adoptée par le Comité à sa cinquante-deuxième session, comme le prévoit la nouvelle procédure facultative d'établissement des rapports qu'il a adoptée à sa trente-huitième session.

3. Il est fait référence à la description générale de la société norvégienne dans le document de base (HRI/CORE/NOR/2013).

Renseignements spécifiques concernant la mise en œuvre des articles 1 à 16 de la Convention, y compris au regard des recommandations précédentes du Comité

Article premier

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 1 de la liste de points (CAT/C/NOR/QPR/8)

4. Le Code pénal de 2005 est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2015, après l'abrogation du Code civil et pénal général de 1902. Ses articles 174 et 175 s'inspirent largement de l'article 117a du Code civil et pénal général de 1902. L'article 174 inclut le handicap parmi les motifs de discrimination, en lien avec l'article 185 (sur les discours haineux) et l'article 186 (sur la discrimination).

5. La Norvège estime que les éléments constitutifs des délits doivent être décrits le plus précisément possible. Il pourrait être préférable à cet effet de dresser la liste de toutes les formes pertinentes de discrimination plutôt que de reprendre à la lettre la formulation de la Convention. La Norvège maintient que son droit pénal respecte totalement la Convention, qui impose aux États parties de veiller à ce que tous les actes de torture constituent des infractions au regard de leur droit pénal.

6. La Norvège a déjà fait savoir qu'elle envisageait de préciser d'autres motifs de discrimination, tels que les opinions politiques ou l'orientation sexuelle. Cette question figure dans le mandat de l'expert chargé par le Ministère de l'enfance et de l'égalité d'établir un rapport sur la protection pénale contre la discrimination, qui sera étudié par les ministères concernés.

Article 2

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 2 de la liste de points

7. Le droit norvégien respecte l'obligation de criminalisation énoncée dans la Convention, en l'espèce dans les articles 174 et 175 du Code pénal (transformation active). La Norvège n'envisage pas pour l'heure d'incorporer la Convention dans son droit interne.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 3 de la liste de points

8. La loi n° 33 portant création de la nouvelle Commission nationale des droits de l'homme a été adoptée le 22 mai 2015. La Commission visée a été créée, son Conseil d'administration s'est réuni pour la première fois en août 2015 et son directeur a été désigné en novembre 2015. Depuis lors, la Commission s'est employée à recruter du personnel et à s'acquitter de ses missions ; elle a publié son premier rapport annuel.

9. La Commission nationale des droits de l'homme cherche à appliquer à la lettre les Principes de Paris. Dans la loi en portant création, le Parlement (Storting) lui donne à l'article 2 des instructions d'ordre général concernant l'exécution de son mandat, précisant qu'elle doit exercer ses fonctions de manière autonome et indépendante et définir elle-même sa structure et son mode d'organisation, et la charge à l'article 3 d'améliorer l'application des instruments relatifs aux droits de l'homme, notamment de suivre la situation des droits de l'homme dans le pays et d'en rendre compte, de faire des recommandations pour garantir que la Norvège respecte ses obligations relatives aux droits de l'homme et de prodiguer des conseils sur le respect des droits de l'homme au Parlement, au Gouvernement, au Parlement sâme et à d'autres entités publiques et privées.

10. Depuis la création de la Commission, le Centre norvégien pour les droits de l'homme ne fait plus office d'institution nationale de défense des droits de l'homme.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 4 de la liste de points

11. L'article 40 du Code pénal de 2005, qui a été modifié en 2012, remplace les dispositions prévues à la section 39c, paragraphe 2, du Code civil et pénal général. Elle dispose que les mineurs ne peuvent être placés en détention provisoire, sauf en cas de circonstances tout à fait exceptionnelles.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 5 de la liste de points

12. La peine pour mineurs est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014. Il s'agit d'une peine de substitution à l'incarcération réservée aux jeunes âgés de 15 à 18 ans reconnus coupables de délits graves ou de récidives, qui se base sur un processus de réinsertion. Sa durée est comprise entre six mois et deux ans (trois ans maximum) et son application relève du Service de médiation (Konfliktrådene), et non des Services pénitentiaires.

13. Pour garantir la cohérence des peines individuelles, le Parlement a en même temps adopté une autre peine de substitution pour les jeunes, le suivi juvénile. Ce suivi peut être imposé par les parquets locaux pour une durée de un an maximum et son application relève aussi du Service de médiation.

14. Selon le décompte arrêté au milieu de l'année 2016, le Service de médiation a traité 563 dossiers, dont 70 portent sur des peines pour mineurs et 493, sur des suivis juvéniles.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 6 de la liste de points

15. Depuis 2014, une série de mesures ont été prises pour réduire le nombre de personnes en garde à vue pendant plus de 48 heures après leur arrestation. En juin 2014, le Procureur général a diffusé des directives provisoires sur la garde à vue pour garantir une application plus rigoureuse de la règle des 48 heures et atténuer les effets de l'isolement résultant du placement en garde à vue.

16. La Direction nationale de la police a publié des directives sur l'utilisation des structures de garde à vue en juillet 2014 et les a révisées en juillet 2015. Ces directives prévoient également des mesures pour prévenir et atténuer les effets de l'isolement résultant du placement en garde à vue.

17. Selon ces directives, les agents responsables dans les districts de police doivent chercher, en concertation avec un procureur, à prévenir ou à atténuer les effets de l'isolement sur les personnes en garde à vue. Ils sont tenus de vérifier, toutes les quatre heures entre 7 heures et 23 heures, s'il y a lieu de proposer ou de prendre des mesures compensatoires adéquates.

18. Les directives prévoient une série de mesures de remplacement qui peuvent être prises le cas échéant. C'est aux districts de police qu'il revient de décider des mesures à prendre, car certaines des mesures prévues dépendent des infrastructures de garde à vue.

19. Les mesures suivantes peuvent être prises :

- Placer plusieurs personnes en garde à vue dans la même cellule durant la journée et multiplier les interactions entre elles et les agents responsables des gardes à vue pour rompre leur isolement ;
- Leur permettre de consulter un professionnel de la santé, un psychologue, etc. ;
- Leur offrir la possibilité de passer du temps dehors ;
- Leur donner accès à leurs effets personnels ;
- Leur fournir de quoi lire et écouter de la musique ;
- Leur permettre de recevoir des visites ;
- Leur permettre de passer et de recevoir des appels téléphoniques ;
- Leur fournir des journaux et leur offrir la possibilité d'écouter la radio et de regarder la télévision.

20. La Direction nationale de la police publiera des directives générales sur la garde à vue.

21. Le nombre de personnes détenues par la police au-delà des 48 heures réglementaires a sensiblement diminué sous l'effet des mesures qui ont été prises. Le contrat conclu avec les Pays-Bas concernant la location d'un lieu de détention, qui a accru la capacité des structures de détention provisoire, y a largement contribué. La Norvège a recensé 3 465 cas de détention au-delà de la durée réglementaire en 2014, contre 2 160 cas en 2015 et 582 cas seulement durant les huit premiers mois de l'année 2016.

Garde à vue de mineurs

22. Des efforts ciblés sont déployés pour réduire le nombre de mineurs placés en garde à vue et faire en sorte que leur détention soit la plus courte et la moins traumatisante possible.

23. Les districts de police prennent un certain nombre de mesures pour répondre aux besoins des mineurs arrêtés :

- Les mineurs sont uniquement placés en garde à vue si aucune autre mesure n'est envisageable ;
- Dans tous les cas où c'est possible, ils sont retenus dans un bureau, et non dans une cellule, en présence d'un adulte ;
- La porte de leur cellule reste ouverte et un adulte est présent en permanence ;
- Ils se voient offrir plus souvent la possibilité de se restaurer et de participer à des activités en dehors de leur cellule et reçoivent des visites de contrôle plus fréquentes ;
- Ils ont la possibilité de parler à quelqu'un ;

- Ils ont la possibilité d'entretenir des contacts étroits avec un parent ou tuteur.

24. Certains districts de police disent placer les mineurs dans des cellules équipées d'une télévision, d'un lavabo et de toilettes pour leur offrir des conditions de détention moins pénibles qu'en cellule ordinaire.

25. Au total, 632 mineurs ont été placés en garde à vue en 2014, contre 482 en 2015 et 216 seulement durant les huit premiers mois de l'année 2016.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 7, alinéas a) à d), de la liste de points

Isolement total et partiel

26. Des progrès ont été faits. Depuis septembre 2014, les Services pénitentiaires ont informatisé la collecte et l'analyse des données sur l'isolement total et partiel des détenus¹. Leurs statistiques, désormais plus détaillées, précisent la durée de toutes les mises à l'isolement total ou partiel de détenus. En 2015, 4 018 mises à l'isolement total, d'une durée moyenne de cinq jours environ, ont été recensées.

27. *Voir en annexe les statistiques de 2015 sur les mises à l'isolement.*

28. Les statistiques ont été compilées manuellement à 11 reprises depuis 2012. Le personnel pénitentiaire a, 11 jours différents durant 4 ans, recensé les détenus mis à l'isolement. La moyenne de ces 11 comptages manuels est de 200 détenus environ à l'isolement, soit privés de tout contact avec les autres détenus, soit autorisés à passer moins de deux heures par jour en leur compagnie (sur un effectif total de 3 700 détenus, en moyenne).

29. Depuis juin 2016, les Services pénitentiaires ont mis une centaine des 3 800 détenus à l'isolement pour diverses raisons, par exemple pour les empêcher de continuer à perturber fortement le climat de leur lieu de détention en dépit d'un avertissement écrit, de se blesser, de menacer ou de maltraiter d'autres détenus, de faire d'importants dégâts ou de commettre des actes criminels ou pour maintenir le calme, l'ordre et la sécurité. Un tiers environ de ces mises à l'isolement ont été décidées à cause des infrastructures ou des effectifs. La Direction des Services pénitentiaires a analysé le recours à la mise à l'isolement sur la base des informations ci-dessus. Les directives relatives à cette pratique ont été revues en conséquence et seront applicables sous peu.

30. Les textes modificatifs sur la mise à l'isolement de mineurs sont entrés en vigueur en octobre 2015. La mise à l'isolement de mineurs est uniquement autorisée si elle est considérée comme absolument nécessaire, que des mesures moins extrêmes seraient tout à fait inappropriées ou ont été prises en vain. Des obligations strictes de compte rendu ont également été instaurées. Les mineurs mis à l'isolement doivent être surveillés en permanence, et la décision de les mettre à l'isolement doit systématiquement être prise dans leur intérêt supérieur.

31. En 2015, un seul mineur a été mis à l'isolement pendant six jours en tout.

32. La loi sur l'administration publique prévoit, à de rares exceptions clairement définies, des garanties judiciaires pour les détenus qu'il a été décidé de mettre à l'isolement. Les directions régionales (supérieures à la direction des lieux de détention dans la hiérarchie) peuvent lever l'isolement total de détenus si celui-ci dure plus de 14 jours. La Direction nationale (supérieure aux directions régionales dans la hiérarchie) doit être

¹ Les détenus mis à l'isolement total ne passent pas le moindre moment de la journée en compagnie d'autres détenus, tandis que ceux mis à l'isolement partiel ont moins l'occasion de côtoyer les autres détenus qu'en temps normal, par exemple parce qu'ils sont privés du droit de participer aux activités de production, mais pas du droit de participer aux activités de loisirs en compagnie d'autres détenus.

informée des mises à l'isolement de plus de 42 jours. Elle doit ensuite être tenue informée de l'évolution des mises à l'isolement tous les 14 jours. Les détenus peuvent déposer une plainte à l'Administration pénitentiaire.

33. En 2016, selon le décompte arrêté en juin, 5 mises à l'isolement total de plus de 42 jours en tout ont été signalées à la Direction nationale. Le nombre de mises à l'isolement total de plus de 42 jours varie entre 5 et 12 dans tous les décomptes de l'année 2015.

34. *Voir en annexe les statistiques de 2015 sur les mises à l'isolement de plus de 42 jours.*

35. Les détenus mis à l'isolement ont également droit à une expertise judiciaire indépendante. Ils peuvent contester la nature de leur isolement et les motifs qui le justifient en justice. Ils n'ont pas automatiquement droit à une aide juridictionnelle gratuite, mais ils peuvent y prétendre dans certaines circonstances. Ils peuvent aussi saisir le Médiateur parlementaire, une procédure gratuite.

36. En juin 2013, le Parlement a confié au Bureau du Médiateur parlementaire la mission de prévenir la torture et les traitements inhumains, qui est celle du mécanisme national de prévention prévu dans le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Un service autonome de prévention de la torture et des traitements inhumains a été créé au sein du Bureau du Médiateur. Ses agents visitent régulièrement les prisons et autres lieux de détention.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 8, alinéas a) à e), de la liste de points

37. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique a soulevé la question de l'inclusion, dans le Code pénal, d'une définition du viol dont l'élément majeur serait le non-consentement de la victime dans un document de consultation qu'il a publié en février 2013. Les organes consultatifs ont rendu des avis divergents sur cette proposition. Lors de l'examen d'une loi au Parlement en décembre 2015, le Ministère a déclaré que sa proposition soulevait des questions fondamentales sur lesquelles il souhaitait revenir plus tard.

38. La Norvège tient à souligner que la définition du « viol » à l'article 291 du Code pénal recouvre la plupart des actes sexuels commis sans le consentement de la victime. De plus, l'article 297 du Code pénal érige en infraction les actes sexuels sans consentement.

Violence à l'égard des femmes et des enfants

39. Plusieurs stratégies et plans distincts ont été élaborés pour lutter contre différentes formes de violence.

40. Après le livre blanc sur la violence à l'égard des femmes et la violence familiale présenté en mars 2013, un nouveau plan d'action national de 45 mesures a été élaboré pour la période allant de 2014 à 2017. Prendre un large éventail de mesures et utiliser les leviers de l'action publique dans les domaines de la justice, de l'égalité des sexes, de l'aide sociale, de la santé et de l'éducation peut permettre de réduire la violence familiale.

41. La violence durant l'enfance a des effets dévastateurs à long terme sur les individus, les communautés et les sociétés. En novembre 2015, le Gouvernement a lancé un nouveau plan d'action de 43 mesures intitulé « Une enfance heureuse dure toute la vie » pour conjuguer les efforts de quatre ministères, à savoir les ministères de l'enfance et de l'égalité, de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique et de la santé.

42. Le Parlement a décidé qu'il convenait de redoubler les efforts pour combattre la violence à l'égard des enfants et des jeunes dans les années à venir. Un nouveau plan a été adopté en octobre 2016 pour lutter contre la violence domestique et renforcer la protection des enfants exposés à la violence et aux sévices sexuels.

43. Dans le Code pénal de 2005, les actes de maltraitance familiale sont passibles d'une réclusion de 6 ans maximum s'ils sont simples et de 15 ans maximum s'ils sont aggravés.

44. Le Gouvernement a durci les dispositions relatives à l'obligation de signalement à l'article 196 du Code pénal. Les personnes sachant que des actes de violence risquent très probablement d'être commis sont désormais tenues de prévenir la police ou de tenter d'empêcher par d'autres moyens que ces actes soient commis. La complicité de manquement à l'obligation de signalement a également été érigée en infraction pénale. De plus, l'obligation de signalement a été étendue à un certain nombre de délits graves, relevant par exemple de la violence domestique, ainsi qu'à plusieurs types d'infractions sexuelles sur mineur.

45. La police peut prendre un certain nombre de mesures pour protéger les victimes de violence domestique. Elle peut par exemple mettre les victimes sous protection et leur fournir des systèmes d'alarme mobiles et interdire aux auteurs des faits de contacter leur victime ou de lui rendre visite. Depuis 2013, l'interdiction de contact peut être renforcée par un contrôle électronique (système d'alarme pour prévenir les agressions).

46. En 2014, le Ministère de la justice et de la sécurité publique a élaboré un nouveau programme pour financer les mesures visant à prévenir et à combattre la violence domestique. En 2016, ce programme a permis de constituer un budget total de 11,6 millions de couronnes qui a été réparti à la demande entre des organisations non gouvernementales (ONG), des organismes sans but lucratif, des acteurs privés et des centres de crise.

47. Les victimes de violence domestique ont droit à une assistance qui couvre tous leurs besoins et tous les aspects de leur dossier. Cette assistance s'étend à leurs enfants et à l'auteur des faits. Au deuxième trimestre de l'année 2015, le district urbain de Stovner, à Oslo, a lancé un projet qui organise, en un même lieu, la prise en charge des victimes de violence domestique par la police et les services de santé et de protection. Les résultats de ce projet seront évalués dans le cadre du programme de recherche sur la violence domestique mené par le Centre norvégien de recherche sociale. Ce projet vise aussi à recueillir des informations sur ce que la police et les autres services concernés pourraient faire pour améliorer la prise en charge des victimes d'actes de violence.

Campagnes

48. En novembre 2013, la police a lancé à l'intention des jeunes une campagne de prévention des viols lors de soirées qui insiste sur la capacité des jeunes hommes de se maîtriser, de se responsabiliser et de responsabiliser leurs compagnons de sortie. Cette campagne est suivie par plus de 66 000 personnes sur Facebook, et son site Web donne des informations sur les viols lors de soirées et sur les services à contacter pour obtenir de l'aide. Divers supports sont utilisés pour diffuser le message : animations, affiches, publicité au cinéma et autocollants. Le site Web de la campagne est également accessible via l'intranet de la police.

49. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique a décidé de financer un ensemble spécifique de mesures de prévention afin d'intensifier la lutte contre la violence domestique. En 2014, il a financé une campagne sur la violence domestique à l'intention des jeunes sur le site Web de l'Office de l'enfance, de la jeunesse et de la famille. Il a aussi financé dans ce cadre l'adaptation de l'International Child Development Programme, un programme d'orientation parentale, pour les centres de crise et les centres d'hébergement. En 2015, la police a mené une campagne pour informer les victimes de violence

domestique et sensibiliser l'opinion. La campagne, intitulée « Existe-t-il un minimum tolérable? », a été conçue pour sensibiliser l'opinion à la violence domestique, expliquer le rôle de la police en la matière et encourager le signalement des actes de violence domestique à la police.

50. Le Gouvernement a lancé le 15 février 2016 un nouveau portail Web sur le viol et la violence domestique pour fournir des informations à jour aux victimes et à leurs proches, aux auteurs et aux services d'appui. C'est le Centre norvégien d'étude sur la violence et le stress traumatique qui a conçu ce portail et qui le gère en collaboration avec des ONG. Les trois premiers mois, 20 000 personnes ont consulté le portail. Diverses campagnes (publications sur Facebook, diffusion de clips, affichage, etc.) ont été menées pour annoncer le lancement du portail.

Recherche

51. En 2014, le Ministère de la justice et de la sécurité publique a engagé un programme de recherche de cinq ans sur la violence domestique, dont le budget total s'élève à 50 millions de couronnes. Par ailleurs, le Centre norvégien d'étude sur la violence et le stress traumatique reçoit une dotation annuelle de 2 millions de couronnes pour financer ses recherches au sujet des effets de la violence domestique sur la santé. Ce programme de recherche vise à enrichir le corpus de connaissances dans un large éventail de domaines spécifiques, notamment les causes profondes, l'ampleur et les conséquences de la violence domestique, l'action des services sociaux et leur façon d'accueillir les personnes exposées à cette forme de violence, ainsi que les efforts déployés par les ONG en la matière.

52. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique a financé un programme de recherche de trois ans pour étudier tous les homicides de partenaires intimes survenus entre 1991 et 2012. Ce programme s'est terminé en décembre 2015.

Efforts déployés par les autorités en charge la santé

53. Des formations sont dispensées en ligne pour améliorer les compétences des médecins généralistes dans le domaine de la violence domestique, y compris du mariage forcé et des mutilations génitales féminines. Elles se termineront au troisième trimestre de l'année 2016. Les personnes originaires des pays concernés reçoivent des informations spécifiques sur les mutilations féminines, leurs effets sur la santé et les traitements disponibles ainsi que sur l'interdiction du mariage forcé. Pour prévenir les mutilations génitales féminines, les centres médicaux publics et les infirmeries scolaires informent et conseillent les filles originaires de ces pays et leur proposent un examen gynécologique.

54. En 2014, la Direction nationale de la santé a publié des directives sur les soins obstétricaux et la détection de la violence (*Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – Hvordan avdekke vold*). Ces directives recommandent aux professionnels de la santé d'aborder le sujet de la violence domestique le plus tôt possible avec les femmes enceintes, précisant que c'est une pratique médicale reconnue. Les professionnels de la santé doivent évoquer la question de la violence domestique de la même façon que les autres questions qu'ils ont l'habitude d'évoquer avec les femmes enceintes. Dans ces directives, le terme « violence » désigne la violence physique, psychologique et sexuelle. Il y est conseillé aux professionnels de la santé de parler à toutes les femmes enceintes avec respect et empathie au moment d'évoquer la question de la violence et, s'ils les suspectent d'être victimes d'actes de violence, de les orienter vers un service où elles bénéficieront d'un suivi adéquat.

55. La Direction nationale de la cybersanté évalue actuellement un prototype de carte électronique de santé pour femmes enceintes, où figurent des questions sur la violence.

56. Le texte modificatif de la loi sur les droits des patients est entré en vigueur le 1^{er} novembre 2015. Il a entraîné la révision de l'ordre des priorités à respecter par les services de santé spécialisés. La violence domestique est désormais un aspect distinct qui doit être pris en considération dans chaque cas.

57. Les services pour victimes de violence et de maltraitance doivent être intégrés dans les services ordinaires et, depuis 2016, les services de santé spécialisés sont responsables au premier chef de la prise en charge des enfants et des adultes victimes de sévices sexuels. Les centres d'accueil existants, dont l'utilité est reconnue, seront maintenus dans le cadre de conventions entre les services de santé régionaux et les municipalités.

58. La nouvelle réglementation relative aux services d'urgence, qui définit les normes et le mode d'organisation des services municipaux d'ambulance et de soins de santé primaires d'urgence, prévoit la création d'un système de communication pour les services d'urgence, etc., est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2015. Elle impose aux médecins et autres professionnels de la santé en poste dans des services de soins de santé primaires d'urgence de suivre une formation en médecine d'urgence ainsi que des cours sur la gestion des cas de violence ou de maltraitance.

59. Les cinq centres régionaux de prévention de la violence et du suicide et de traitement du stress traumatique appuient les efforts déployés par les municipalités pour élaborer des plans d'action afin de lutter contre la violence domestique. Selon les chiffres de 2015, 35 % des municipalités ont adopté un plan d'action pour prévenir et combattre la violence domestique. Ce pourcentage est en forte augmentation par rapport à l'année précédente, où il était de 20 %. Au total, 79 % des grandes villes (soit celles qui comptent au moins 50 000 habitants) ont adopté un plan d'action. Les municipalités qui ont élaboré un plan d'action se sont inspirées du guide mis à leur disposition en ligne (<http://www.nkvts.no/sites/komplan/Sider/default.asp>) pour les y aider.

60. La violence domestique compte parmi les sujets abordés dans les matières relatives aux enquêtes et au travail de terrain qui sont au programme de la licence à l'École supérieure de la police. Durant leur année de stage sur le terrain, de nombreux étudiants travaillent dans des centres d'hébergement et autres institutions dont l'action concerne la violence domestique.

61. Des séminaires sur la violence domestique sont organisés chaque année pour les agents en poste dans les services de police et les parquets dans le cadre du plan d'action relatif à la violence domestique. Ils portent sur divers aspects du traitement judiciaire des affaires de violence domestique. La Direction de la police, le Procureur général et le Service national d'enquêtes criminelles sont responsables de leur organisation.

Centres de crise et maisons d'accueil pour enfants

62. La loi sur les centres de crise municipaux, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010, insiste sur la responsabilité des pouvoirs publics, qui doivent veiller à ce que les victimes de violence domestique reçoivent aide et protection et soient prises en charge par des services de suivi. Un guide expliquant cette loi a été publié en février 2015. Il traite entre autres de l'adaptation des services aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, des personnes handicapées et des personnes appartenant à des minorités ethniques. Il a été largement diffusé. Les Centres régionaux de prévention de la violence et du suicide et de traitement du stress traumatique ont été chargés d'organiser la formation du personnel des centres de crise à l'échelle nationale et régionale.

63. Le Gouvernement a mis en place un réseau national de maisons d'accueil pour mineurs sur la base du modèle islandais. Ces maisons accueillent les mineurs de moins de 16 ans et les adultes déficients mentaux dont on soupçonne qu'ils ont été victimes ou

témoins de violences ou de sévices sexuels dans des affaires signalées à la police. Selon le décompte arrêté en janvier 2016, il existe 10 maisons d'accueil pour mineurs.

64. Selon une enquête nationale menée en 2014, 9 % environ des femmes âgées de plus de 15 ans ont été victimes d'actes de violence qui ont failli leur coûter la vie (l'auteur des faits a tenté de les étrangler, a fait usage d'armes ou a frappé leur tête contre un mur ou un objet). Ces actes ont été commis à une ou plusieurs reprises par une personne qui était ou avait été leur partenaire. La prévalence du viol s'établit à 9,4 % chez les femmes et à 1,1 % chez les hommes.

65. Le nombre d'actes de violence domestique signalés a fortement augmenté au cours des dernières années (voir l'article 219 du Code pénal de 1902 et les articles 282 et 283 du Code pénal de 2005). En 2014, 3 337 cas ont été signalés. Le nombre de cas signalés a augmenté de 8 % entre 2011 et 2015. Selon les autorités, l'augmentation du nombre de cas signalés est à analyser compte tenu des efforts accrus qu'a déployés la police ces dernières années pour lutter contre la violence domestique. En effet, les chiffres sur la violence dérivés de l'enquête sur les conditions de vie menée par le Bureau central de statistique de Norvège et ceux communiqués par les centres de crise sont restés relativement stables ces dernières années.

66. En 2015, 10 des 23 victimes d'homicide ont été tuées par une personne qui était ou avait été leur partenaire.

67. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique a engagé plusieurs études sur divers aspects du traitement des actes de violence domestique dans les services de police, les parquets et les tribunaux. L'École supérieure de la police mène actuellement une étude sur l'application de l'article relatif à la violence familiale dans le Code pénal.

68. Le Bureau central de statistique de Norvège passe actuellement en revue les affaires de violence domestique et de violences et sévices sexuels sur mineur et en étudie chaque stade du processus judiciaire, depuis le signalement jusqu'au verdict, en passant par toutes les étapes de l'enquête et du procès.

69. Dans tous les districts de police du pays, un agent est responsable de la coordination dans le domaine de la violence familiale et un autre, de la coordination dans le domaine des sévices sexuels. Dans certains districts, le même agent cumule les deux fonctions. Plusieurs districts se sont par ailleurs associés pour constituer des équipes spécialisées dans les enquêtes sur les actes de violence domestique et les sévices sexuels. Des équipes spécialisées peuvent aussi être constituées pour enquêter sur des affaires hors normes. Le Service national d'enquêtes criminelles peut leur prêter main forte dans les affaires les plus graves.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 10, alinéas a) à c), de la liste de points

70. Le Parlement a décidé de consacrer à partir de 2015 un budget de 15 millions de couronnes à la création d'unités spécialisées dans la lutte contre la traite des êtres humains dans les cinq districts de police les plus importants du pays. La Direction de la police a supervisé la constitution des unités et en analysera en permanence le fonctionnement. En Norvège, le nombre de districts de police a été réduit, passant de 27 à 12. Le Parlement a expliqué cette restructuration par le fait qu'elle améliorerait les enquêtes sur les faits graves, en particulier ceux relevant de la traite des êtres humains, et a demandé la constitution d'unités spécialisées dans tous les districts en décembre 2015.

71. Selon la Direction de la police, les disparitions recensées dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile sont rarement imputables à des délits, et les mineurs non accompagnés qui quittent le centre d'accueil où ils étaient hébergés ne finissent pas tous par sombrer dans la criminalité ou par tomber aux mains de trafiquants. Il est difficile

d'enquêter sur les mineurs qui quittent leur centre d'accueil, pas à cause du manque de moyens, mais à cause du manque d'informations sur lesquelles engager une enquête.

72. Dans de nombreux cas, il y a des raisons de penser que les mineurs concernés ont quitté leur centre d'accueil de leur propre gré. Les autorités en charge de l'immigration sont très préoccupées par les mineurs qui quittent leur centre d'accueil sans laisser d'adresse. La Direction nationale de l'immigration a, en collaboration avec la police et les services de protection de l'enfance, élaboré des procédures détaillées pour suivre les disparitions de mineurs. Les centres d'accueil sont tenus de prévenir la police, les services de protection de l'enfance, le Gouverneur du district et la Direction nationale de l'immigration dès qu'ils découvrent la disparition d'un mineur, au plus tard dans les 24 heures. Des efforts transversaux doivent être déployés si des mineurs non accompagnés quittent leur centre d'accueil. Les responsabilités en la matière se répartissent entre les autorités en charge de l'immigration, la police et les services de protection de l'enfance.

73. Les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés de plus de 15 ans qui vivent en centre d'accueil sont sous la responsabilité de la Direction nationale de l'immigration. La direction de leur centre d'accueil est responsable de leur hébergement et de leur prise en charge au quotidien, ce qui consiste entre autres à prévenir leur disparition. Dans ses circulaires, la Direction nationale de l'immigration impose aux centres d'accueil de respecter un certain nombre de règles qui peuvent contribuer à empêcher que des mineurs non accompagnés ne soient portés disparus. Ces règles portent sur la dotation en personnel, les compétences des agents dans un large éventail de domaines, l'environnement, qui doit être formateur, la participation des résidents et le programme d'activités.

74. La Direction nationale de l'immigration a également fixé des règles concernant l'évaluation des mineurs non accompagnés, pour que chacun d'entre eux fasse l'objet d'un suivi systématique et bénéficie de l'accompagnement personnalisé dont il a besoin. Aux fins de prévention, il est particulièrement important d'évaluer les besoins des mineurs en situation difficile.

75. L'identification précoce des personnes susceptibles de quitter leur centre d'accueil est utile pour la prévention. L'une des mesures qui a été prise consiste à accélérer le traitement, par la Direction nationale de l'immigration, du dossier de demande d'asile des mineurs à risque. La Direction nationale de l'immigration vient de concevoir un système qui rend compte au jour le jour du nombre de mineurs non accompagnés signalés disparus de leur centre d'accueil. Ce système devrait lui permettre de déterminer s'il y a lieu de prendre d'autres mesures en son sein ou en coopération avec la police et les services de protection de l'enfance.

76. La circulaire RS 2015-009 de la Direction nationale de l'immigration décrit de manière plus précise les responsabilités que les centres d'accueil ont à assumer et la procédure qu'ils doivent suivre lorsqu'ils constatent la disparition d'un mineur. Cette circulaire vise à promouvoir le signalement et le suivi des disparitions de mineurs.

77. En 2016, un budget de 48,5 millions de couronnes a été consacré à l'accroissement de la dotation en personnel et à l'amélioration des compétences des professionnels chargés de l'encadrement des mineurs dans les centres d'accueil ordinaires et les centres de transit accueillant des mineurs non accompagnés de plus de 15 ans. Ce budget doit servir à améliorer les connaissances et compétences des professionnels chargés de l'encadrement des mineurs non accompagnés pour qu'ils puissent identifier le plus tôt possible ceux d'entre eux qui ont des besoins spéciaux, les suivre et améliorer leur sécurité et leur santé mentale.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 11 de la liste de points

78. En Norvège, les détenus ont le droit d'accéder aux services de santé au même titre que les autres citoyens. Les responsabilités concernant leur prise en charge médicale se répartissent entre la municipalité, pour les soins de santé primaires, et la région, pour les soins de santé secondaires, où se situe leur lieu de détention.

79. En Norvège, il n'y a pas de service hospitalier dans les lieux de détention. Les détenus qui doivent être hospitalisés à cause de troubles somatiques ou mentaux le sont dans les services ordinaires des hôpitaux publics. Selon une étude nationale (l'étude Cramer) menée par le Centre régional (Sud-Est) de recherche et de formation en psychologie et psychiatrie légales, l'incidence des troubles mentaux est nettement plus élevée chez les condamnés incarcérés que dans le reste de la population : 92 % des détenus examinés dans l'échantillon représentatif présentent des signes de troubles mentaux et 65 % d'entre eux étaient en situation de dépendance à une substance nocive avant leur incarcération.

80. À la demande du Ministère de la justice et de la sécurité publique, la Direction des Services pénitentiaires et la Direction de la santé ont chargé un groupe de travail d'analyser les conclusions de cette étude et de proposer des mesures. Ce groupe a formulé des recommandations, que les ministères compétents examineront en concertation avec les directions concernées avant de prendre des mesures appropriées.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 12, alinéas a) à c), de la liste de points

81. L'article 3-2, paragraphe 1, de la loi sur les droits des patients dispose que les patients doivent être informés de la nature des soins qui leur sont prodigués et des risques et effets secondaires qui y sont associés. En 2015, la Direction de la santé a mis à jour la circulaire (IS-8/2015) expliquant cette loi.

82. Tant les professionnels de la santé que les pouvoirs publics estiment préférable que les patients consentent au traitement psychiatrique qui leur est proposé. Ce point figure dans le texte de la réforme nationale des services de santé mentale (*Opptappingsplanen for psykisk helse*) et de leur coordination, qui vise à garantir que les patients reçoivent le traitement approprié au bon endroit et au bon moment. Il est également repris dans la stratégie nationale que le Ministère de la santé a adoptée pour accroître le nombre de patients consentant à leur traitement dans les services de santé mentale (*Bedre kvalitet – økt frivillighet*). Cette stratégie comporte trois niveaux de planification, à savoir les niveaux national, régional et local. La Direction de la santé, qui est responsable de la planification à l'échelon national, a prévu 14 mesures, dont la plupart ont été prises, selon le bilan dressé à la fin de l'année 2016. Les quelques mesures restantes seront prises progressivement, après examen de la Direction de la santé.

83. Le rapport au Parlement sur les troubles mentaux et les services de santé mentale (*Meld. St. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet*), à l'origine de la réforme nationale des soins de santé mentale, décrit la marche à suivre pour restructurer et réorganiser les soins de santé mentale. Pour beaucoup de Norvégiens, les objectifs concernant l'amélioration des soins et de la qualité des services ne sont pas encore tout à fait atteints. De l'avis général toutefois, la qualité des services de santé mentale s'est améliorée au cours des 20 dernières années, ce que confirme l'étude faite en 2013 par l'OCDE, qui montre que la Norvège est en bonne voie de se doter de services efficaces et cohérents de santé mentale et a fait des progrès impressionnants à de nombreux égards comme en témoignent les indicateurs de qualité.

84. La stratégie consiste à promouvoir les traitements volontaires et à réduire le recours à la contrainte, même s'il est difficile aujourd'hui d'estimer la fréquence réelle du recours à la contrainte en Norvège. Bien utilisée, la contrainte est une pratique médicale reconnue, qui peut sauver des vies. Quant aux différences entre les régions et au sein même de

celles-ci, qui restent stables depuis de nombreuses années, elles sont inacceptables à moins qu'elles ne s'expliquent par la structure démographique et les caractéristiques des patients.

85. Le recours à la contrainte est relativement stable jusqu'ici, mais il est possible que les indicateurs utilisés ne rendent pas compte de changements intervenus, par exemple de l'accroissement du recours à la contrainte à meilleur escient. C'est le propre de la prévention que d'engager des changements longs à s'installer, d'où la difficulté d'évaluer les effets des mesures prises. Bon nombre des mesures prises à l'échelle nationale visent à améliorer les compétences du personnel et l'assurance de la qualité, à enrichir les connaissances, à alimenter les recherches et à fournir de la documentation.

86. Selon le rapport IS-2452 (2014) de la Direction de la santé au sujet du recours à la contrainte dans les services de santé mentale pour adultes (*Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*), le système d'enregistrement, dans le Registre national des patients, des décisions administratives d'internement pour examen et d'administration de traitements sous la contrainte est désormais relativement probant, de sorte qu'il est possible de suivre l'évolution du nombre d'admissions forcées dans les services de soins de santé. Le nombre d'admissions forcées est publié à titre d'indicateur de qualité tous les quatre mois sur le site www.helsenorge.no.

87. Toutefois, les statistiques sur le recours à la contrainte et les décisions prises dans les services de santé mentale (impliquant des interventions et des traitements médicamenteux sans consentement) sont encore entourées d'incertitude, ce qui limite les possibilités d'analyse. Un nouveau modèle de signalement du recours à la contrainte est en cours d'élaboration, sur la base de la norme relative aux dossiers médicaux électroniques, pour améliorer la qualité des données sur le recours à la contrainte enregistrées dans le Registre national des patients. Cette nouvelle méthode permettra d'enregistrer toutes les informations relatives au recours à la contrainte dans une seule base de données, où elles pourront être utilisées à diverses fins. Parallèlement, l'un des plus gros fournisseurs de systèmes de gestion des patients s'emploie actuellement à concevoir une interface utilisateur d'enregistrement des données conforme à la norme relative aux dossiers médicaux électroniques, qui devrait améliorer la qualité des données. Cette nouvelle méthode d'enregistrement du recours à la contrainte devrait pouvoir être testée dès 2016.

88. Les travaux menés pour rédiger des directives nationales sur le recours à la sismothérapie, qui en définiront les indications et les conditions d'administration, seront terminés en 2017. En Norvège, la sismothérapie est pratiquée sur une base volontaire, mais il est important que les patients et leurs proches soient bien informés. Elle ne peut être pratiquée sans consentement qu'en de très rares cas, lorsque la situation l'exige par exemple, et doit alors être justifiée de manière détaillée et signalée dans le dossier médical des patients. La Direction de la santé propose de créer un registre national qualitatif, qui permettrait d'évaluer la qualité des recommandations faites dans les directives et la mesure dans laquelle elles sont respectées.

89. Depuis le 1^{er} juin 2016, les services régionaux de soins de santé sont tenus de proposer des traitements non médicamenteux. Cette décision a été prise dans le but d'offrir d'autres solutions aux patients qui souhaitent s'abstenir de prendre des médicaments, par exemple les aider à réduire progressivement les prises de médicaments jusqu'à y mettre fin et à suivre d'autres thérapies.

La loi sur la santé mentale

90. En juin 2016, le Gouvernement a soumis au Parlement une série de textes modifiant la loi sur la santé mentale [projet 147 L (2015-16)]. Ces textes modificatifs devraient être examinés, puis adoptés par le Parlement au cours de la session 2016/2017. Ils visent à renforcer les droits légaux des patients des services de santé mentale qui refusent des

traitements ou des interventions et à renforcer leur droit de prendre des décisions qui auront des effets sur leur santé.

91. Les principales nouveautés proposées visent à :

- Subordonner le recours à la contrainte à l'incapacité des patients d'exprimer leur consentement ;
- Donner aux patients le droit d'exprimer leur point de vue avant de prendre une décision concernant l'usage de la contrainte, l'administration forcée de médicaments, etc. ;
- Imposer aux professionnels de la santé responsables des patients de consulter des homologues avant de prendre des décisions thérapeutiques sans le consentement de leurs patients ;
- Durcir les dispositions relatives aux décisions administratives, à leurs motifs et à leurs délais ;
- Évaluer le recours à la contrainte et à l'isolement, c'est-à-dire le fait d'empêcher des patients de côtoyer d'autres patients et de les confiner dans une pièce ou une salle prévue à cet effet sous la surveillance de membres du personnel ;
- Allonger la période obligatoire d'examen des patients avant de prendre la décision administrative de leur administrer un traitement médicamenteux sans leur consentement ;
- Accorder aux patients le droit à une aide juridictionnelle gratuite pour contester les décisions administratives de leur administrer un traitement médicamenteux sans leur consentement.

92. Par ailleurs, le Gouvernement a constitué en juin 2016 un comité législatif, sous la présidence de Bjørn Henning Østenstad, professeur à la faculté de droit de l'Université de Bergen. Il a chargé ce comité de passer en revue la réglementation sur la contrainte dans les services de santé, notamment de déterminer si la réglementation en vigueur favorisait la réalisation des objectifs fixés, à savoir réduire le recours à la contrainte et y préférer des mesures auxquelles les patients consentent. Le Comité doit terminer ses travaux d'ici le 1^{er} septembre 2018.

Article 3

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 13, alinéas a) à d), de la liste de points

93. Au total, 7 825 personnes en séjour illégal ont été expulsées de Norvège en 2015. Parmi celles-ci, 1 559 ont été expulsées après rejet de leur demande d'asile et 1 144 ont été transférées dans un pays tiers sans danger comme le prévoit la Convention de Dublin. Au total, 2 570 personnes en séjour illégal ont été condamnées pour une infraction pénale : 18 % sont de nationalité roumaine, 14 %, de nationalité polonaise, 11 %, de nationalité lituanienne et 9 %, de nationalité nigériane.

94. En 2015, 528 mineurs ont été expulsés ; 31 étaient non accompagnés, les autres voyageaient en famille. Les mineurs non accompagnés ont été escortés par la police et accueillis par des membres de leur famille ou autres personnes responsables.

95. Les cinq pays suivants sont les principales destinations des personnes expulsées selon les statistiques de 2015.

- Italie : 1 268
- Albanie : 665

- Russie : 584
- Roumanie : 517
- Espagne : 465

96. *Voir en annexe les statistiques concernant les demandes d'asile, les retours assistés, etc.*

97. Il y a lieu de consulter les rapports antérieurs de la Norvège au sujet des extraditions, dont la base légale reste la loi n° 39 du 13 juin 1975 sur l'extradition des condamnés. Toutefois, une nouvelle loi a été adoptée sur les procédures de remise entre la Norvège et les États membres de l'Union européenne (UE) et entre les États nordiques. Cette loi concrétise un accord entre l'UE, l'Islande et la Norvège et une convention entre les États nordiques sur les procédures de remise. Les deux textes reposent sur les principes de la Décision-cadre du Conseil de l'Union européenne du 13 juin 2002 relative au mandat d'arrêt européen et aux procédures de remise entre États membres. La convention nordique sur les procédures de remise est entrée en vigueur le 16 octobre 2012, date à laquelle la loi sur l'extradition entre les pays nordiques a été remplacée par la loi sur les procédures de remise. Comme l'accord conclu avec l'UE n'est pas encore entré en vigueur, l'extradition vers tous les pays en dehors de la région nordique reste régie par la loi sur l'extradition.

98. Il n'existe pas de statistiques officielles sur les extraditions. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique indique toutefois avoir traité entre 2011 et 2015 422 dossiers d'extradition de personnes recherchées, 233 au départ de la Norvège et 189 à destination de la Norvège. Les personnes extradées vers des pays nordiques ne sont pas incluses dans ces chiffres, car leur dossier n'est pas du ressort du Ministère et est traité selon une autre procédure. Il n'existe pas de statistiques sur le sexe, l'âge et le pays d'origine des personnes extradées. Le nombre d'extraditions à destination de la Norvège est fonction des demandes envoyées.

99. Nombre d'extraditions entre 2011 et 2015

Année	Au départ de la Norvège	À destination de la Norvège	Total
• 2011	39	29	68
• 2012	51	46	97
• 2013	54	47	101
• 2014	39	29	68
• 2015	50	38	88
• Total	233	189	422

100. *Voir en annexe des statistiques plus détaillées sur les extraditions.*

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 14, alinéas a) à c), de la liste de points

101. Les ressortissants étrangers ont droit à une aide juridictionnelle gratuite, quelle que soit leur situation patrimoniale et financière, s'ils risquent l'expulsion ou le retrait de leur permis de séjour. Ils ne peuvent y prétendre si leur expulsion est motivée par une condamnation pénale. En 2015, 2 096 personnes risquant l'expulsion ou le retrait de leur permis de séjour ont reçu une aide juridictionnelle gratuite.

102. Selon les Gouverneurs des districts, en 2015, quelques personnes seulement ont été déboutées de leur demande d'aide juridictionnelle gratuite dans des affaires d'expulsion ou

de retrait de permis de séjour. Elles ont toutes été déboutées de leur demande parce que leur expulsion était motivée par une condamnation pénale.

103. Un projet pilote d'aide juridictionnelle primaire gratuite a été mené entre 2010 et 2012 pour étendre cette aide aux personnes qui ne pouvaient y prétendre selon la loi en vigueur. Son objectif principal était de faire en sorte que les litiges soient réglés à un stade plus précoce que dans le dispositif en vigueur et que les tribunaux ne soient pas saisis de questions hors leurs compétences afin de réduire le nombre d'affaires portées en justice. En 2013, Oxford Research a évalué ce projet pilote à la demande du Ministère de la justice et de la sécurité publique.

104. Cette évaluation montre que cette nouvelle forme d'aide juridictionnelle est largement accessible et déduit de plusieurs éléments qu'elle bénéficie à des groupes vulnérables de la société. Comme la loi sur l'aide juridictionnelle ne s'applique qu'à relativement peu de cas traités dans le cadre du projet pilote, la demande d'aide en vertu de cette loi ne devrait pas diminuer sensiblement si le nouveau dispositif était adopté. Plusieurs éléments montrent également que le projet a servi de substitut aux conseils des services publics, au sujet de la sécurité sociale par exemple. Il ressort par ailleurs de l'évaluation que le dispositif touche des groupes moins vulnérables que ceux auxquels la loi en vigueur sur l'aide juridictionnelle s'applique. Sur la base de ces constats, Oxford Research recommande dans son évaluation une mise en œuvre du dispositif à plus grande échelle. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique a toutefois décidé de ne pas l'adopter à titre permanent. Dans son souci d'utiliser les fonds publics à bon escient, le Gouvernement a en effet estimé que concentrer le budget sur la modification du dispositif actuel d'aide juridictionnelle serait plus efficient.

Articles 5 et 7

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 15 de la liste de points

105. Depuis le rapport précédent, les autorités n'ont, à notre connaissance, rejeté aucune demande d'extradition concernant une personne soupçonnée d'actes de torture, contre laquelle la Norvège aurait dès lors engagé des poursuites.

Article 10

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 16, alinéas a) à c), de la liste de points

106. La police et les Services pénitentiaires ont concentré leur attention sur les risques associés à l'utilisation de diverses méthodes d'immobilisation. L'École supérieure de la police dispense des formations sur les risques du décubitus ventral et a élaboré une nouvelle méthode d'immobilisation, le décubitus latéral, à utiliser une fois le suspect menotté. Les policiers en formation s'entraînent régulièrement à l'utilisation de cette méthode. Les aspects techniques de cette méthode sont largement couverts dans les cours sur les méthodes d'arrestation. Les manuels de formation insistent sur les risques inhérents au décubitus ventral et aux contentions cervicales. Cette thématique figure aussi au programme de la formation dispensée par des instructeurs spécialisés.

107. Les policiers en formation passent un examen coté sur les différentes techniques d'arrestation, de libération et d'autodéfense à utiliser en intervention. Ils doivent tous savoir comment passer les menottes à des suspects et immobiliser ceux-ci en décubitus ventral et latéral. Tous doivent aussi répondre à des questions sur des aspects théoriques expliqués dans leur manuel, notamment sur les risques inhérents à ces techniques.

108. À l'École supérieure de la police, les policiers en formation font un exercice lors duquel ils sont menottés en décubitus ventral alors que leur rythme cardiaque est élevé pour bien comprendre le stress physique que le maintien dans cette position peut entraîner.

109. Le Bureau national d'enquête sur les affaires policières a enquêté sur les décès ci-dessous survenus entre 2012 et 2015 lors d'arrestations ou de gardes à vue, dont il est établi qu'ils ne sont pas dus à un suicide.

2012

110. Décès d'une personne après un transfert, sous escorte de la police, aux urgences du dispensaire d'Oslo, le 29 novembre 2012. Une altercation a eu lieu entre cette personne, qui souhaitait quitter les urgences, et les agents de police qui l'escortaient. Un ambulancier témoin des faits est intervenu pour aider les agents et a soumis la personne à une contention cervicale qui a entraîné son décès. Le Bureau national d'enquête sur les affaires policières a classé le dossier sans suite faute de preuves. En appel, le Procureur général a ordonné le classement sans suite faute d'infraction pénale avérée, modifiant le motif de classement précédent.

2013

111. Décès d'un détenu en cellule dans le district de police de Rogaland, le 13 janvier 2013 (accident vasculaire cérébral). L'agent chargé de surveiller le détenu a été critiqué pour ses contrôles inappropriés. L'affaire a été classée sans suite faute de preuves/d'infraction pénale avérée, mais a donné lieu à l'ouverture d'une enquête administrative. En appel, le Procureur général a confirmé le classement sans suite.

112. Décès d'un détenu en cellule dans le district de police d'Agder, le 24 novembre 2013 (intoxication polymédicamenteuse). L'affaire a été classée sans suite faute d'infraction pénale avérée, mais a donné lieu à l'ouverture d'une enquête administrative.

2015

113. Décès d'un malade mental présumé après une intervention de la police, dans le district de police de Midtre Hålogaland, le 5 mars 2015 (arrêt cardiaque). L'affaire a été classée sans suite faute d'infraction pénale avérée, mais a donné lieu à l'ouverture d'une enquête administrative.

114. Décès d'un détenu en cellule dans le district de police de Troms, le 15 juillet 2015 (intoxication polymédicamenteuse). Le Bureau national d'enquête sur les affaires policières a classé l'affaire sans suite faute de preuves/d'infraction pénale avérée. L'analyse de la situation faite par l'agent responsable a fait naître des soupçons. En appel, le Procureur général a confirmé la décision du Bureau national d'enquête.

115. Des mesures ont été prises au sein des Services pénitentiaires pour améliorer et actualiser les techniques d'immobilisation. L'École supérieure des Services pénitentiaires organise des formations pour tenir le personnel pénitentiaire informé des risques inhérents à l'utilisation de techniques d'immobilisation, par exemple l'asphyxie posturale ou mécanique et le syndrome de délire agité. De plus, elle vérifie en permanence s'il y a lieu d'actualiser les connaissances du personnel pénitentiaire. Le nombre de suicides en détention est indiqué au paragraphe 123.

116. L'École supérieure des Services pénitentiaires met tout en œuvre pour que ses programmes de formation suivent les normes internationales en matière de droits de l'homme. Les normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et les Principes fondamentaux des Nations Unies relatifs au traitement des détenus sont repris dans le syllabus de la formation de

deux ans que les agents pénitentiaires suivent à l'École. Des formations pratiques sont également dispensées pour réduire les cas d'usage excessif de la force et de maltraitance ; voir les nouvelles techniques d'immobilisation ci-dessus. Des instructions détaillées sont également fournies dans le règlement relatif à la loi sur l'exécution des peines, qui autorise uniquement le personnel à recourir à la force si les détenus ne respectent pas les règles concernant le calme, l'ordre et la discipline, que c'est nécessaire et justifiable et que des mesures moins extrêmes seraient inappropriées ou ont été prises en vain.

117. Toutefois, aucune méthode n'a été élaborée pour évaluer l'efficacité et les retombées des formations. Il est difficile d'élaborer une telle méthode, car il est rare que des membres des services de maintien de l'ordre commettent des actes de torture en Norvège.

Le Protocole d'Istanbul

118. Le guide de la Direction de la santé (IS-1022) sur les services de santé pour demandeurs d'asile, réfugiés et étrangers admis au titre du regroupement familial a été actualisé et numérisé. Un nouveau chapitre y a été ajouté sur le traitement des personnes traumatisées ou victimes d'actes de torture ou de blessures de guerre. Les professionnels de la santé doivent connaître les symptômes de la torture et les modalités de prise en charge des patients concernés (diagnostic, traitement et suivi) prévues dans le Protocole d'Istanbul. Ils doivent déterminer si l'examen de ces patients par un médecin légiste, un psychologue, un psychiatre ou un gynécologue s'impose pour mener une enquête efficace et réunir des preuves sur les blessures provoquées par des actes de torture, un processus qui doit aboutir à la rédaction d'un rapport d'expert en vertu du Protocole d'Istanbul.

119. Le guide actualisé sera mis à la disposition des services de santé, ce qui contribuera à garantir que les personnes traumatisées ou victimes d'actes de torture ou de blessures de guerre sont rapidement identifiées et bénéficient d'un bon suivi thérapeutique.

120. Depuis 2012, la Direction de la santé finance la création de services de dentisterie pour personnes victimes d'actes de torture ou sujettes à la stomatophobie. Ces services sont gérés par les autorités des districts en coopération avec les Centres régionaux de prévention de la violence et du suicide et de traitement du stress traumatique et des cabinets de dentisterie. Il en existe 28 dans toute la Norvège et il est prévu d'en ouvrir d'autres en 2016. En 2015, un budget de 27,3 millions de couronnes a été prévu à cet effet.

Article 11

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 17, alinéas a) à c), de la liste de points

121. En mai 2015, les agents du Service de prévention de la torture et des traitements inhumains du Bureau du Médiateur parlementaire se sont rendus au centre de rétention de la police à Trandum, sans annoncer leur visite. Ils ont interrogé 60 des 100 personnes qui y étaient placées en rétention.

122. En 2015, 3 191 personnes ont été placées en rétention dans ce centre, dont environ 86 % d'hommes et 11 % de femmes. La période de rétention s'est légèrement allongée depuis 2014 : 35 % des personnes y sont restées en rétention moins de un jour, 33 %, entre un et trois jours et 32 %, plus de quatre jours.

123. Le Médiateur parlementaire a rendu compte de cette visite d'inspection dans un rapport publié en décembre. Ce rapport indique que lors de la visite d'inspection, sur les 100 personnes en rétention au centre, 61 y étaient depuis plus de 14 jours et 17, depuis plus de 100 jours ; il précise que la personne en rétention au centre depuis le plus longtemps y était depuis 372 jours.

124. Le rapport du Médiateur contient également un certain nombre de recommandations. Des extraits du résumé du rapport sont repris ci-dessous.

Les inspecteurs saluent le fait que les personnes placées en rétention ont pour la plupart dit du bien du personnel du centre : bon nombre d'entre elles ont en effet déclaré être traitées avec respect et recevoir l'aide dont elles avaient besoin au quotidien.

Ils ont constaté, entre autres points importants, l'attention excessive accordée au contrôle et à la sécurité, au détriment de l'intégrité des personnes en rétention. Le Médiateur parlementaire avait fait le même constat lors de visites précédentes. Bon nombre des personnes en rétention ont le sentiment d'être traitées comme des criminels, alors qu'elles n'ont été reconnues coupables d'aucun délit. Plusieurs d'entre elles ont décrit l'humiliation qu'elles avaient ressentie lors de la fouille corporelle qu'elles avaient subie à leur arrivée au centre et qu'elles subissaient à l'issue de chaque visite.

Le centre de rétention applique en grande partie les mêmes procédures de sécurité que les lieux de détention, notamment celles qui consistent à verrouiller et à fouiller les chambres et à placer des personnes en cellule de sécurité ou à l'isolement. Les procédures appliquées, par exemple les fouilles corporelles intégrales après les visites, semblent plus intrusives que dans de nombreux lieux de détention. Toutes ces mesures de contrôle peuvent être à l'origine de tensions et d'incidents regrettables au lieu de créer un sentiment de sécurité, des réserves qui s'ajoutent à celles émises au sujet du régime général de contrôle.

Le centre ne semble pas approprié aux mineurs. En 2014, 330 mineurs, dont 10 non accompagnés, y ont été placés en rétention. Aucun mineur n'y était lors de la visite d'inspection. Le stress et l'agitation caractérisent bien le climat qui règne au centre de rétention. Plusieurs incidents, dont certains qualifiés de rébellion aggravée, ont eu lieu en 2014 et en 2015 : des démolitions de mobilier et d'équipements, des automutilations, des tentatives de suicide et des actes de violence. L'environnement psychosocial du centre n'est pas satisfaisant pour les mineurs. Des mineurs ont vu leur parent s'automutiler à deux reprises.

Plusieurs problèmes ont également été détectés dans les services de santé du centre, qu'une large majorité des personnes en rétention ont critiqués, épinglant entre autres le manque de confidentialité, d'accessibilité et de suivi. Au centre de rétention, les soins de santé sont du ressort d'un cabinet médical privé, sous contrat avec le Service de l'immigration de la police. Les relations contractuelles entre ce cabinet et le Service de l'immigration soulèvent des questions quant à l'indépendance professionnelle du personnel médical. Cette situation risque de saper la relation de confiance entre les patients et les soignants et de remettre en cause les évaluations faites par le personnel médical. Les deux infirmières qui travaillent au centre sont employées par la police comme intérimaires. Ces modalités contractuelles soulèvent également des questions quant à l'indépendance professionnelle du personnel médical.

Les nouveaux arrivants ne sont pas systématiquement reçus en consultation médicale, en dépit des recommandations explicites du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Les personnes en rétention sont nettement plus susceptibles d'être en mauvaise santé, sur le plan physique et mental. Les soumettre à un examen médical à leur arrivée au centre peut permettre d'évaluer leurs besoins médicaux immédiats, de décrire leurs blessures physiques si elles en ont et de déterminer si elles sont atteintes de maladies infectieuses et ont des tendances suicidaires. Par ailleurs, elles n'ont pas

accès à des soins de santé mentale, au-delà de l'aide d'urgence, entre autres faute de droits. Il apparaît en outre que les services de santé ne prévoient pas de suivi systématique pour les personnes particulièrement vulnérables à cause d'une rétention de longue durée. D'autres problèmes ont été détectés durant la visite d'inspection, notamment les failles dans les décisions administratives concernant la mise à l'isolement et le placement en cellule de sécurité ; le fait qu'il y ait peu d'activités organisées ; le manque de clarté quant aux principes légaux justifiant le verrouillage des chambres ; la question de savoir si les plats servis à la cantine sont suffisamment nutritifs ; les contrôles systématiques lors des visites ; et le manque d'accès à un téléphone portable.

125. Le Service de l'immigration de la police a commenté ce rapport dans une lettre datée du 30 avril 2016. Il a passé en revue les recommandations formulées par le Service de prévention de la torture et des traitements inhumains et en a suivi certaines. Les procédures générales du centre de rétention ont été révisées et plusieurs des recommandations y ont été intégrées.

126. Toutefois, il n'est pas possible de donner suite à toutes les recommandations. Le rapport du Médiateur a recommandé que les personnes placées en rétention soient examinées par un médecin, ou par une infirmière rendant compte à un médecin, dans les 24 heures suivant leur arrivée au centre. Les services de santé avaient déjà instauré auparavant cet examen à l'arrivée à l'essai pendant six mois, mais ne l'ont pas maintenu pour cause d'utilisation inefficace des ressources. Il est difficile d'organiser l'examen médical des personnes placées en rétention dans les 24 heures suivant leur arrivée au centre à cause du nombre d'arrivées par jour et du rythme des arrivées et des départs. Certaines des personnes placées en rétention arrivent au centre le soir et sont expulsées le lendemain matin. Comme un pourcentage élevé de ressortissants étrangers ne restent au centre qu'entre un et trois jours, il est difficile d'organiser un examen médical dès leur arrivée au centre. Si la priorité était donnée à la consultation médicale à l'arrivée, ce serait au détriment du traitement des personnes en rétention de longue durée.

127. Le Service de l'immigration engagera sous peu deux infirmières supplémentaires pour faire face à l'augmentation des besoins médicaux due à l'ouverture prochaine du troisième module, une unité de 90 places. Ces renforts infirmiers n'augmenteront pas à proprement parler la capacité des services de santé, mais permettront d'assurer des gardes de week-end, puisque les infirmières pourront se relayer le week-end.

Accueil de mineurs à Trandum

128. Sans mandat, la police ne peut placer en rétention des familles avec enfants en bas âge pendant plus d'une journée à compter de leur arrestation. Si les familles arrêtées ne sont pas expulsées le lendemain de leur arrestation et que la police décide de ne pas les libérer, un tribunal doit examiner si leur placement en rétention se justifie. S'il s'agit de familles avec enfants, les conditions légales du placement en rétention sont encore plus strictes. La police doit également solliciter l'avis des services de protection de l'enfance.

129. La loi sur l'immigration définit la durée maximale du placement en rétention de façon générale et ne contient pas de dispositions spécifiques aux familles avec enfants à ce sujet. Ni la Convention européenne des droits de l'homme, ni la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ne limitent la durée du placement en rétention de mineurs ou de familles avec enfants. Au total, 330 mineurs ont été placés en rétention à Trandum en 2014 et 109 l'ont été en 2015. Entre le 1^{er} janvier et le 15 août 2016, 4 familles avec enfants ont été placées en rétention entre 4 et 7 jours, et 2 familles seulement l'ont été plus longtemps, l'une pendant 19 jours et l'autre, pendant 24 jours.

130. En d'autres termes, la police ne demande des rétentions de plus de quelques jours que dans des circonstances exceptionnelles. C'est le tribunal qui examine la question du placement en rétention et de sa durée, compte tenu de la situation des intéressés, de la loi sur l'immigration et des normes internationales applicables, dont la Convention relative aux droits de l'enfant.

131. Le Ministère de la justice et de la sécurité publique estime cependant que les règles applicables doivent être clarifiées et améliorées à certains égards. Il prépare actuellement une série de textes modificatifs que les citoyens pourront commenter avant leur soumission au Parlement.

132. Par ailleurs, nous tenons à insister sur le fait qu'il n'y a pas d'agents de sécurité privés à Trandum.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 18 de la liste de points

133. Le projet pilote d'incarcération de mineurs dans des unités spécifiques qui a été mené en 2009 a été évalué par des experts indépendants². Le rapport d'évaluation conclut, au vu des résultats positifs, qu'il y a lieu de pérenniser le dispositif, à condition que les moyens qui y sont affectés ne soient pas réduits. Une deuxième unité a été créée en avril 2016 dans l'est du pays, non loin de la capitale, pour que tous les mineurs concernés soient incarcérés dans un lieu spécifique. Les Services pénitentiaires disposent actuellement de huit places spécifiques pour mineurs condamnés à une peine de réclusion ou placés en détention provisoire.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 19 de la liste de points

134. En 2013, les Services pénitentiaires ont constaté une hausse préoccupante du nombre de suicides en détention provisoire, 11 au total (abstraction faite des suicides en garde à vue dans les locaux de la police). Tous les suicides ont été commis en détention provisoire. Ce chiffre n'avait jamais aussi été élevé. Selon les statistiques des Services pénitentiaires, les suicides en détention sont traditionnellement rares ; ce constat vaut aussi dans le contexte nordique. En 2014, six suicides ont été répertoriés, tous commis en détention.

135. En Norvège, la police est systématiquement informée des suicides commis dans les lieux de détention et détermine s'il y a lieu d'engager une enquête après examen des faits. Aucun des suicides mentionnés ci-dessus n'a donné lieu à des poursuites, les circonstances dans lesquelles ils ont été commis ne faisant pas soupçonner d'infraction pénale. L'accroissement du nombre de suicides enregistré en 2013 a toutefois alarmé les Services pénitentiaires. Chaque suicide a fait l'objet d'une enquête approfondie, et des mesures ont été prises pour prévenir le suicide. Deux suicides ont été signalés en 2015 et un seul l'a été en 2016, selon le décompte arrêté en juin.

136. Un article paru dans le journal de l'Association norvégienne des médecins (3-2014) a rendu compte d'une seconde étude sur les décès survenus en garde à vue dans les locaux de la police. En 2002, une première étude avait répertorié 36 décès en garde à vue dans les locaux de la police entre 1993 et 2001, soit 4 décès par an. Les auteurs de la seconde étude ont comptabilisé les décès survenus dans les mêmes conditions entre 2003 et 2012 et ont comparé leurs chiffres à ceux de la première étude.

137. Entre 2003 et 2012, 11 décès ont été enregistrés, soit 1,1 décès par an en moyenne. La première étude fait état de quatre suicides entre 1993 et 2001 et la seconde, de trois

² Centre norvégien de recherche sociale.

suicides entre 2003 et 2012. Il en ressort qu'en garde à vue, le nombre de décès a sensiblement *diminué*, tandis que le nombre de suicides n'a pas augmenté.

138. Le Bureau national d'enquête sur les affaires policières a enquêté sur les deux suicides ci-dessous qui sont survenus en garde à vue dans les locaux de la police entre 2012 et 2015.

2012

139. Décès d'une personne dans le district de police de Nord-Trøndelag, le 10 novembre 2012 (suicide par pendaison avec un cordon coulissant de pantalon). L'affaire a été classée sans suite par le Bureau national d'enquête sur les affaires policières faute d'infraction pénale avérée, mais a donné à lieu à l'ouverture d'une enquête administrative.

2015

140. Décès d'une personne en cellule dans le district de police de Hordaland, le 1^{er} juillet 2015 (automutilation, strangulation). L'affaire a été classée sans suite le 23 février 2016 par le Bureau national d'enquête sur les affaires policières faute d'infraction pénale avérée. En appel de la décision administrative du Bureau national, le Procureur général a ordonné le 27 juin 2016 la poursuite de l'enquête.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 20 de la liste de points

141. En mai 2016, le Procureur général a diffusé une circulaire sur les auditions et interrogatoires menés par la police, dans laquelle il insiste sur la nécessité de respecter les principes fondamentaux que sont les droits de la défense, les droits de l'homme, la confiance et la transparence quelles que soient les méthodes utilisées. Il insiste aussi sur l'importance capitale de l'impartialité de la police et du parquet, énoncée à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, dans le traitement de toutes les affaires pénales.

Articles 12 et 13

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 21 de la liste de points

142. Lorsque le Bureau national d'enquête sur les affaires policières est saisi d'une affaire, il n'enregistre aucune information concernant la nationalité ou l'origine ethnique du plaignant. Le système statistique ne permet pas d'enregistrer ces informations. Le Bureau applique les mêmes normes que celles de la police concernant l'enregistrement des plaintes à des fins statistiques. Les statistiques portent sur les qualifications pénales des faits sur la base desquelles les enquêtes sont menées. Elles ne permettent donc pas en soi de commenter l'ampleur ou la nature des faits de racisme ou discrimination.

143. Le Bureau a tenté par le passé de tenir manuellement un registre des plaintes pour discrimination ethnique, mais a décidé de ne pas continuer, en partie parce que le nombre de plaintes faisant explicitement référence à des actes de discrimination était insuffisant. Il publie toutefois sur son site Web des résumés de toutes les affaires dont il a été saisi ; ces résumés permettent de déterminer si les plaintes contiennent des allégations de discrimination ethnique.

144. Le Procureur général indique dans ses instructions qu'il y a lieu de donner la priorité au traitement des allégations de racisme, ce qui signifie entre autres que ces affaires feront plus souvent que d'autres l'objet d'un rapport détaillé.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 22 de la liste de points

145. Le Bureau national d'enquête sur les affaires policières établit des statistiques sur les affaires dont il est saisi. Ses statistiques sont, comme toutes les autres statistiques relatives à la criminalité, basées sur des catégories d'infractions pénales. Elles rendent donc compte de la nature des infractions et des qualifications pénales selon lesquelles les enquêtes sont menées. Il est rare qu'une infraction soit classée dans la catégorie pénale des actes de torture. Les plaintes concernant des infractions qui relèvent de l'article 3 peuvent être classées selon un certain nombre de qualifications pénales différentes, par exemple celles portant sur les erreurs d'appréciation graves et les actes de violence commis par les agents dans l'exercice de leurs fonctions.

146. Le Bureau publie chaque année sur son site Web un compte rendu des affaires ayant abouti à une condamnation pénale ainsi qu'une description des faits de chaque affaire. Il y publie également des résumés succincts de tous les dossiers clos. Ces résumés garantissent une transparence totale sur la nature des plaintes qu'il a reçues et la façon dont il les a traitées, les qualifications pénales selon lesquelles il a examiné les faits et les décisions qu'il a prises. Les résumés et les statistiques annuelles précisent le sexe des plaignants, mais il n'existe pas de données statistiques ventilées par âge ou appartenance ethnique.

147. Voir en annexe les statistiques du Bureau national d'enquête sur les affaires policières.

Article 14

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 23 de la liste de points

148. En Norvège, la prise en charge des personnes traumatisées par la guerre ou la torture est essentiellement du ressort des services de soins de santé primaires. Les directives sur les priorités des services de santé mentale pour adultes prévoient ce qui suit.

Traumatologie

En règle générale, les personnes traumatisées doivent faire l'objet d'un suivi thérapeutique dans les services de soins de santé primaires. Elles peuvent être orientées vers des services spécialisés si leurs symptômes sont plus graves que ceux qu'il serait normal d'observer après des événements pénibles de la vie. C'est la gravité des symptômes, et non la gravité des événements déclencheurs, qui doit être prise en compte pour déterminer la nature et la durée du traitement à administrer aux patients.

De nombreux patients sont orientés vers des services spécialisés parce qu'ils présentent des symptômes d'anxiété ou de dépression ; c'est sur ces symptômes que l'examen doit porter. Si les patients sont suspectés de développer des troubles post-traumatiques ou en présentent certains symptômes, les services spécialisés doivent les examiner et les placer sous traitement ou donner des instructions en ce sens aux services primaires. Les troubles post-traumatiques peuvent être graves ; ils peuvent entraîner une perte fonctionnelle et réduire la qualité de la vie.

Les personnes victimes d'un traumatisme durant leur enfance, par exemple d'actes de violence ou de sévices sexuels, et les victimes de guerre et d'actes de torture doivent subir le même type d'examen.

149. En 2016, la Direction de la santé a publié à l'intention des services de santé un guide sur les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes admises au titre du regroupement familial (*Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktinger og familiegjenforente*). Dans ce guide, elle recommande aux municipalités de proposer à tous les demandeurs

d'asile et réfugiés un examen médical dans les trois mois qui suivent leur arrivée sur le territoire afin d'évaluer leur état de santé et de déterminer s'ils ont besoin d'un suivi psychologique ou somatique.

150. Cet examen médical est l'occasion de leur poser des questions pour déterminer entre autres :

- S'ils sont atteints de troubles mentaux et s'ils ont besoin d'un suivi psychosocial ;
- S'ils ont vécu des expériences traumatisantes et s'ils présentent des troubles psychologiques.

151. Examen et traitement dans les services de santé spécialisés

- Les professionnels de la santé appliquent le Protocole d'Istanbul ; voir l'article 10 (16 c) ;
- Le Centre régional (Est) de prévention de la violence et du suicide et de traitement du stress traumatique a élaboré un cours pour traumatologues ;
- L'hôpital Sørlandet, à Kristiansand, et l'hôpital universitaire Haukeland, à Bergen, disposent de services de traumatologie ;
- Selon les directives de la Direction de la santé (plan national en matière de santé et de services hospitaliers), le traitement à administrer aux patients gravement traumatisés doit être déterminé dans les centres régionaux de psychiatrie disposant de l'expertise requise. Cette procédure est également proposée pour d'autres pathologies (maladies mentales, anorexie grave avec émaciation, violence juvénile), lorsque le nombre de patients est insuffisant et que le degré d'expertise requis en matière de diagnostic et de traitement est tel qu'il n'est pas justifié que tous les centres régionaux de psychiatrie en disposent.

152. Après consultation des sources disponibles, il apparaît que la justice n'a pas ordonné de mesures de réparation, d'indemnisation ou de réadaptation pour des victimes d'actes de torture.

Article 16

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 24, alinéas a) et b), de la liste de points

153. Les actes qui semblent avoir été commis contre des personnes à cause de leur appartenance ethnique, de leur nationalité, de leurs convictions, de leur orientation sexuelle ou de leur handicap (crimes inspirés par la haine) sont prioritaires dans les parquets et les districts de police sur tout le territoire, au même titre que d'autres faits ayant porté gravement atteinte à l'intégrité des victimes. Dans ses directives sur les objectifs et les priorités de 2016, le Procureur général demande aux districts de police de veiller à ce que les enquêtes sur les crimes inspirés par la haine soient prioritaires. L'élaboration d'une définition commune de ces crimes et de procédures uniformes d'enregistrement devrait y contribuer. La police doit bien connaître les crimes inspirés par la haine et doit savoir dans quelle catégorie statistique les classer. La Direction de la police élaborera des directives sur l'enregistrement des crimes haineux dans les statistiques. Le renforcement de la collaboration entre la police et les autorités municipales est un aspect important de la réforme de la police locale (*Nærpolitireformen*). Les districts de police doivent améliorer leur expertise en matière de crimes haineux, notamment dans leurs interactions avec la société civile.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 25, alinéas a) et b), de la liste de points

154. Les détenus qui ont besoin de soins sont pris en charge dans les services de santé ordinaires. Voir également les paragraphes 75 à 77. S'ils sont hospitalisés, un service de santé spécialisé doit déclarer qu'il est justifié sur le plan médical de mettre un terme à leur hospitalisation pour qu'ils soient reconduits dans leur lieu de détention. Les détenus atteints de troubles mentaux sont soignés dans les services de soins de santé primaires et spécialisés. Tant le personnel des lieux de détention que les services de santé des municipalités où il y a un lieu de détention signalent que les détenus hospitalisés pour suivre un traitement psychiatrique quittent l'hôpital trop tôt.

155. Selon l'article 459 du Code de procédure pénale, l'exécution des peines de réclusion (ou de travail d'intérêt général) est reportée si les condamnés contractent une maladie mentale grave ou que leur état de santé est tel qu'il est déconseillé qu'ils exécutent leur peine. Des incarcérations peuvent également reportées en cas de raisons impérieuses. Des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne peuvent en effet pas être placées en détention. En 2016, selon le décompte arrêté en juin, l'exécution de 139 peines privatives de liberté a été reportée à cause de l'état de santé des condamnés, qui sont restés libres.

156. Lorsque des personnes contractent une maladie mentale grave durant leur détention, les Services pénitentiaires peuvent, en vertu de l'article 29 de la loi sur l'exécution des peines, décider d'interrompre l'exécution de leur peine si leur état de santé l'exige. Ils peuvent également interrompre l'exécution de peines si d'autres raisons impérieuses, qui ne permettent pas d'envisager d'autres solutions, l'exigent.

157. Enfin, l'article 12 de la loi sur l'exécution des peines autorise dans certaines conditions la commutation de tout ou partie des peines privatives de liberté en placement en institution, si c'est nécessaire pour améliorer le fonctionnement social des condamnés et leur capacité de respecter la loi ou que d'autres raisons impérieuses le justifient. Ces condamnés peuvent être admis à leur demande dans des établissements de soins pour toxicomanes ou déficients mentaux légers, dans des foyers, des maisons de repos, des centres psychiatriques régionaux, etc. À la fin de l'année 2014, les Services pénitentiaires se sont fixé l'objectif de porter le nombre de jours de placement en institution à 50 300 par an, un objectif très ambitieux au vu des chiffres de 2013 (30 700 jours) et de 2014 (36 840 jours). Ils ont atteint leur objectif, avec un total de 51 076 jours de placement en institution en 2015.

Centres d'accueil

158. Les mineurs et les adultes en centre d'accueil doivent recevoir les mêmes soins que le reste de la population dans les services de soins de santé primaires (municipaux) et spécialisés. L'accès à des soins de santé mentale et la qualité des services peuvent varier entre les centres d'accueil et les municipalités. Il a été rapporté que des centres psychiatriques régionaux avaient refusé de prendre des réfugiés et des demandeurs d'asile en charge parce que, d'une part, leurs médecins manquaient d'expérience pour soigner des patients qui s'exprimaient en langue étrangère et dont le contexte culturel était différent du leur et, d'autre part, ils avaient conclu qu'il n'était pas opportun d'entamer un traitement chez des patients dont il n'était pas certain qu'ils obtiendraient le statut de résident. Il est établi que les demandeurs d'asiles mineurs non accompagnés constituent un groupe particulièrement vulnérable et peuvent avoir besoin d'une thérapie, mais certains obstacles entravent leur accès aux services de santé spécialisés ; voir le rapport de l'Université norvégienne de science et de technologie (Berg *et al.*, 2015).

159. Dans sa circulaire sur les subventions aux municipalités au titre des services de santé et des centres d'accueil de demandeurs d'asile, la Direction de l'immigration précise que

les municipalités doivent veiller à ce que toutes les personnes résidant sur leur territoire reçoivent les soins de santé dont elles ont besoin (voir l'article 3-1 de la loi sur les services de santé). Les demandeurs d'asile jouissent du même droit aux soins que le reste de la population. Ce droit s'applique aux soins de santé somatique et mentale.

160. Concernant spécifiquement les soins de santé pour demandeurs d'asile mineurs non accompagnés, la Direction de l'immigration prévoit ce qui suit.

161. Les centres d'accueil doivent :

a) Veiller à ce que tous leurs résidents reçoivent les soins de santé dont ils ont besoin, tant sur le plan physique que psychologique ;

b) Prendre les mesures qui s'imposent pour que tous leurs résidents reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour surmonter les problèmes psychologiques qu'ils doivent à leur vécu (guerre, conflit, fuite, perte, vie en exil) ;

c) Encourager les mineurs à faire de l'exercice physique et à découvrir la nature pour se maintenir en forme et se livrer à des activités qui leur procurent du plaisir ;

d) Éduquer les mineurs pour qu'ils adoptent un régime alimentaire sain, conforme aux recommandations du Conseil national de la nutrition. Il est conseillé aux centres d'accueil de vérifier que les mineurs non accompagnés suivent un régime alimentaire sain ;

e) Veiller, s'ils ont une cantine, à ce que les menus y soient élaborés sur la base des recommandations du Conseil national de la nutrition.

Autres questions

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 26 de la liste de points

162. Le Code pénal devrait être modifié si la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées était ratifiée ; cette question est actuellement à l'étude.

163. La Norvège a décidé de ne pas ratifier la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. Comme la Norvège l'a déclaré lors de son Examen périodique universel, le Gouvernement considère que l'amélioration des normes relatives au travail est d'une importance fondamentale, y compris pour les droits des migrants. La Norvège a ratifié toutes les conventions fondamentales de l'Organisation internationale du Travail ainsi que tous les instruments clefs relatifs aux droits des travailleurs et met tout en œuvre pour concrétiser les engagements énoncés dans ces textes, qui concernent aussi les ressortissants étrangers résidant sur son territoire.

164. La Norvège a signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées en 2007, l'a ratifiée en 2013 et a soumis son premier rapport au Comité qui en suit l'application en juillet 2015.

165. En septembre 2016, le Gouvernement a présenté au Parlement un livre blanc sur les procédures de recours individuel au titre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Des experts indépendants ont analysé les conséquences d'une éventuelle adhésion de la Norvège à chacun des trois protocoles facultatifs sur les recours individuels dans un rapport qui a été distribué pour consultation, notamment à l'institution nationale de défense des droits de l'homme et aux

organisations de la société civile concernées. Après un examen approfondi de la question, le Gouvernement a décidé de ne pas proposer l'adhésion de la Norvège à ces protocoles.

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 27 de la liste de points

166. Le Gouvernement entend prendre un large éventail de mesures pour prévenir la radicalisation et l'extrémisme violent qui, dans le pire des cas, débouchent sur des actes terroristes. Il a adopté en 2014 un plan d'action contre la radicalisation et l'extrémisme violent qu'il actualise en permanence en vue d'améliorer les efforts intersectoriels de prévention qui sont déployés pour identifier les personnes à risque le plus tôt possible et prendre des mesures efficaces les concernant. Le terrorisme est la manifestation la plus extrême de la radicalisation et de l'extrémisme violent. Les efforts de prévention sont donc essentiels pour défendre des valeurs fondamentales telles que la démocratie, le respect des droits de l'homme et la sécurité.

167. À l'École supérieure de la police, le programme de licence fait déjà une large place à la radicalisation et à l'extrémisme violent, par exemple dans le volet sur le travail de prévention de la police et dans une nouvelle matière, la cyberpolice. Le volet général de la prévention sera renforcé, à la fois en licence et en doctorat, y compris dans les formations de cadres. En doctorat, le radicalisme comptera parmi les thématiques abordées dans le cadre de la lutte contre le crime organisé, de la prévention de la criminalité, de la sensibilisation à la diversité culturelle et de la gestion des conflits dans une société multiculturelle.

168. Le plan d'action prévoit entre autres mesures de charger les Services de sécurité de la police d'informer et de conseiller d'autres parties prenantes. Selon les Services de sécurité, le fait d'avoir accordé la priorité aux points de contact locaux en matière de radicalisation et au travail de sensibilisation dans le plan d'action commence à porter ses fruits. Tous les districts de police ont créé des points de contact en matière de radicalisation. Les policiers de première ligne et les employés municipaux en savent beaucoup plus sur la radicalisation et l'extrémisme violent et sont nettement plus sensibilisés à cette question.

169. En 2013, le Parlement a ajouté de nouvelles dispositions au sujet de la préparation d'actes terroristes dans le Code pénal. Selon l'article 136a du Code pénal de 2005 (qui remplace l'article 147d du Code civil et pénal général de 1902), quiconque organise un acte terroriste, y participe ou recrute des personnes pour y participer ou apporte un soutien financier ou autre soutien matériel à une organisation terroriste est passible de sanctions. Les personnes accusées de terrorisme ou d'actes en lien avec le terrorisme bénéficient des mêmes droits de la défense et des mêmes recours que celles accusées d'autres délits graves. Plusieurs enquêtes ont été menées sur des violations présumées de l'interdiction faite aux Norvégiens de partir combattre dans des conflits à l'étranger.

170. Le 18 janvier 2016, la cour d'appel d'Oslo (Borgarting) a reconnu trois hommes coupables d'avoir enfreint ces dispositions. En appel, la Cour suprême a condamné le premier accusé à quatre ans et trois mois de réclusion pour avoir participé à l'EI, le deuxième accusé, à quatre ans et six mois de réclusion pour avoir participé à l'EI et tenté de lui fournir un soutien matériel, et le troisième accusé, à sept mois de réclusion pour avoir tenté d'enfreindre ces dispositions.

Renseignements d'ordre général sur les autres mesures et faits nouveaux concernant la mise en œuvre de la Convention dans l'État partie

Réponse aux questions soulevées au paragraphe 28 de la liste de points

171. En mars 2016, la Direction de la santé a publié de nouvelles directives sur le suivi psychosocial après des crises, des accidents et des catastrophes [*Mestring, samhørighet og håp – Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (IS-2428)*], compte tenu des nouveaux textes de loi, des dernières études en date et de l'expérience vécue au lendemain des actes terroristes du 22 juillet 2011. Ces nouvelles directives traitent également des conséquences de la violence, à la fois lors de catastrophes majeures et d'événements individuels. Les cinq Centres régionaux de prévention de la violence et du suicide et de traitement du stress traumatique jouent un rôle majeur dans les efforts déployés pour appliquer ces directives.
