



COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME
EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS

TROISIÈME SECTION

AFFAIRE KEENAN c. ROYAUME-UNI

(Requête n° 27229/95)

ARRÊT

STRASBOURG

3 avril 2001

En l'affaire Keenan c. Royaume-Uni,

La Cour européenne des Droits de l'Homme (troisième section), siégeant en une chambre composée de :

MM. J.-P. COSTA, *président*,

W. FUHRMANN,

P. KÜRIS,

M^{mes} F. TULKENS,

H.S. GREVE,

M. M. UGREKHELIDZE, *juges*,

Sir Stephen SEDLEY, *juge ad hoc*,

et de M^{me} S. DOLLÉ, *greffière de section*,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil les 4 juillet 2000 et 13 mars 2001,

Rend l'arrêt que voici, adopté à cette dernière date :

PROCÉDURE

1. L'affaire a été déférée à la Cour, conformément aux dispositions qui s'appliquaient avant l'entrée en vigueur du Protocole n° 11 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (« la Convention »), par la Commission européenne des Droits de l'Homme (« la Commission ») le 25 octobre 1999 (article 5 § 4 du Protocole n° 11 et anciens articles 47 et 48 de la Convention). A son origine se trouve une requête (n° 27229/95) dirigée contre le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et dont une ressortissante de cet Etat, M^{me} Susan Keenan (« la requérante »), avait saisi la Commission le 28 février 1995 en vertu de l'ancien article 25 de la Convention.

2. La requérante alléguait que son fils, Mark Keenan, s'était suicidé en prison parce que les autorités pénitentiaires n'avaient pas protégé sa vie, qu'il avait subi des traitements inhumains et dégradants en raison de ses conditions de détention et qu'elle-même n'avait pas disposé de recours effectifs pour redresser ses griefs. Elle invoquait les articles 2, 3 et 13 de la Convention.

3. Le 22 mai 1998, la Commission a déclaré la requête recevable. Dans son rapport du 6 septembre 1999 (ancien article 31 de la Convention) [*Note du greffe* : le rapport est disponible au greffe.], elle conclut, par quinze voix contre cinq, qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2, par onze voix contre neuf, qu'il n'y a pas eu violation de l'article 3 et, à l'unanimité, qu'il y a eu violation de l'article 13.

4. La requérante est représentée par le cabinet de *solicitors* Toller Beattie, de Braunton, et par M^c T. Owen, avocat inscrit au barreau de Londres. Le gouvernement britannique (« le Gouvernement ») est représenté

par son agent, M. P. Berman, du ministère des Affaires étrangères et du Commonwealth.

5. Le 13 décembre 1999, un collège de la Grande Chambre a décidé que l'affaire devait être examinée par une chambre constituée au sein de l'une des sections de la Cour (article 100 § 1 du règlement de la Cour). Par la suite, la requête a été attribuée à la troisième section (article 52 § 1 du règlement). Au sein de celle-ci, la chambre chargée d'examiner l'affaire (article 27 § 1 de la Convention) a été constituée conformément à l'article 26 § 1 du règlement. A la suite du départ de Sir Nicolas Bratza, juge élu au titre du Royaume-Uni (article 28), le Gouvernement a désigné Sir Stephen Sedley, *Lord Justice*, pour siéger en qualité de juge *ad hoc* (articles 27 § 2 de la Convention et 29 § 1 du règlement).

6. La requérante et le Gouvernement ont déposé des observations écrites sur le fond de l'affaire (article 59 § 1 du règlement).

7. Le 4 juillet 2000, la chambre a décidé après consultation des parties qu'il n'y avait pas lieu de tenir une audience sur le fond de l'affaire (article 59 § 2 *in fine* du règlement).

EN FAIT

I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

8. La requérante est la mère de Mark Keenan, qui mourut asphyxié le 15 mai 1993, à l'âge de vingt-huit ans, après s'être pendu dans sa cellule de la prison d'Exeter où il purgeait une peine d'emprisonnement de quatre mois.

9. Les circonstances qui ont immédiatement précédé la mort de Mark Keenan sont nécessairement obscures, car il s'est suicidé alors qu'il était seul. Pour le reste, les parties ont dans l'ensemble accepté les faits établis par la Commission, exposés au chapitre A ci-dessous. Les rapports médicaux relatifs à l'état de santé de Mark Keenan avant sa mort sont résumés au chapitre B.

A. Les faits de la cause

10. A partir de l'âge de vingt et un ans, Mark Keenan se vit prescrire par intermittence des antipsychotiques pour traiter des troubles qui auraient été diagnostiqués pour la première fois alors qu'il purgeait une peine d'emprisonnement de quatre ans pour agression. Il apparaît que Mark Keenan aurait déclaré que les médecins avaient diagnostiqué une schizophrénie paranoïde. A sa sortie de prison en 1988, le médecin

généraliste qui suivait Mark Keenan continua à lui prescrire des antipsychotiques.

11. Par le passé, il avait présenté des symptômes de paranoïa, s'était montré agressif et violent et s'était automutilé. En outre, il avait parfois un comportement imprévisible. En novembre/décembre 1992, peu avant son incarcération, il avait été soigné à l'hôpital de district du Devon du nord après s'être injecté par deux fois des doses trop fortes d'insuline. Après le premier incident, survenu le 9 novembre 1992, il fut noté qu'il se plaignait de souffrir de paranoïa. Les médecins émirent des diagnostics de personnalité limite et de schizophrénie paranoïde et notèrent qu'il s'était par le passé fréquemment automutilé. Il sortit au bout de dix jours avec une ordonnance d'antipsychotiques. Le second incident se produisit le 16 décembre 1992, au moment où sa relation avec son amie prenait fin. Les diagnostics suivants furent inscrits lors de son admission : « Trouble de la personnalité – psychose paranoïde – menaces de suicide ». Il sortit de sa propre initiative le 18 décembre 1992.

12. Le jour même, il fut incarcéré à la prison d'Exeter car il avait été placé en détention provisoire après avoir agressé son amie. Il passa tout d'abord une visite au centre médical de la prison car il avait parlé de ses antécédents de schizophrénie paranoïde.

13. Le 21 décembre 1992, le dossier médical indiquant que l'intéressé n'avait montré ce jour-là aucun signe de schizophrénie, on tenta de le transférer du centre médical dans une cellule normale. Plus tard, au cours de la même journée, on le reconduisit au centre médical car il avait donné des coups de pied dans la porte de sa cellule et les gardiens trouvaient son comportement paranoïde. Mark Keenan expliqua qu'il avait pris du cannabis, ce qui lui avait donné des hallucinations et l'avait rendu paranoïde, tremblant et tendu. Le 23 décembre, il fut admis dans une cellule ordinaire car son état avait été jugé bon, exempt de symptômes psychiatriques, son humeur enjouée et son attitude adaptée. Dans la soirée, il se plaignit, déclarant qu'il était « en train de craquer ». On lui conseilla de « se calmer et d'envisager de manière positive sa comparution au tribunal le lendemain ». Le 24 décembre 1992, il fut libéré sous caution.

14. Mark Keenan fut réincarcéré à la prison d'Exeter le 1^{er} avril 1993 après avoir été reconnu coupable d'agression sur la personne de son amie et condamné pour cela à quatre mois d'emprisonnement. Il passa une nouvelle visite médicale au centre médical de la prison. Le 5 avril 1993, le docteur Keith, médecin-chef de la prison, prit l'avis du docteur Roberts, psychiatre consultant qui avait suivi Mark Keenan avant son arrivée à la prison. Selon le docteur Roberts, Mark Keenan présentait des troubles de la personnalité avec des traits antisociaux et des symptômes paranoïdes éphémères lorsqu'il était sous stress. Le docteur Roberts approuva les médicaments prescrits par le docteur Keith (thioridazine) et suggéra une piqûre de clopixon avec de la

chlorpromazine. Il conseilla également de traiter les symptômes de Mark Keenan.

15. Le 14 avril 1993, Mark Keenan se barricada dans la salle de garde du centre médical pour protester contre la proposition de le transférer dans une cellule ordinaire. Le 15 avril, à la suite d'une décision au sujet de l'incident, le directeur de la prison ordonna une peine d'emprisonnement supplémentaire de quatorze jours avec sursis. Le 16 avril 1993, il fut transféré dans une cellule ordinaire puis reconduit au centre médical le lendemain soir après que son compagnon de cellule eut signalé qu'il était agité et avait fabriqué une corde avec un drap et l'avait placée sous son lit. A son retour au centre médical, il fut placé dans une cellule nue avec une surveillance tous les quarts d'heure. Il est inscrit dans son dossier médical à la date du 17 avril 1993 :

« Conduit au centre médical à 21 h 30 (...) déclare qu'il va se pendre. Il a fabriqué une corde avec un drap déchiré en bandelettes. Lorsqu'on parle avec lui, [déclare] qu'il est sous pression parce que des personnes de la cuisine ont dit qu'elles contamineront sa nourriture, etc. Un grand soulagement s'est lu sur son visage lorsque je lui ai annoncé qu'il devra rester ici. »

16. Une autre entrée, datant du 18 avril 1993, indique « a des dettes dans l'aile principale, donc ne peut supporter [une cellule ordinaire]. »

17. Le 23 avril 1993, il fut décidé que Mark Keenan devrait être examiné par le psychiatre consultant de la prison, le docteur Rowe. Le 26 avril 1993, avant que cet examen ait pu avoir lieu, on tenta une nouvelle fois de le transférer dans une cellule ordinaire. Il fut reconduit au centre médical le lendemain. Les notes du médecin à son sujet indiquent pour le 27 avril 1993 :

« Conduit en salle de traitement tremblant et en hyperventilation. A refusé tout autre médicament. N'est pas dans son état normal. Admis au centre médical pour visite médicale. Vu à 17 h 45. Déclare qu'il panique et se sent paranoïde dans la prison principale. Il pense qu'il va être agressé. Il pense qu'il faudra peut-être qu'il se défende. Placé dans une cellule d'une personne à l'étage inférieur. »

18. Le 29 avril 1993, le docteur Rowe examina Mark Keenan. Le médecin ne considéra pas qu'un internement psychiatrique était nécessaire en l'état actuel des choses mais prescrivit un changement de médicaments et inscrivit au dossier :

« Ce patient, que je suis depuis longtemps, est atteint d'une psychose chronique légère. Il n'est en général pas violent, bien qu'il soit facilement stressé et ait alors un comportement imprévisible. »

Le médecin recommanda aussi que Mark Keenan ne voie personne jusqu'à ce que la panique/paranoïa se soit calmée.

19. Le 30 avril 1993, on parla à nouveau à Mark Keenan de la possibilité de le transférer dans une cellule ordinaire. Il est consigné dans son dossier à la date du 30 avril 1993 :

« Il ne se sent pas prêt à aller dans une [cellule ordinaire] car il a peur d'être blessé, parle à nouveau de paranoïa. Doit rester seul dans une cellule. »

20. Au cours de la journée, on nota une dégradation de son état mental, avec des signes d'agressivité et de paranoïa. Le docteur Seale, médecin sans formation en psychiatrie, estima que le changement de médicaments pouvait en être la cause et prescrivit donc de reprendre le traitement précédent. A 18 heures, Mark Keenan agressa deux infirmiers, dont un violemment. A la suite de cela, il fut placé dans une cellule nue au centre médical et surveillé toutes les quinze minutes. On ne sait pas combien de temps cette surveillance resta en vigueur.

21. Le 1^{er} mai 1993, le docteur Bickerton, qui avait suivi une formation de six mois en psychiatrie de par son ancienneté dans la prison, certifia que Mark Keenan était en état de passer en jugement pour agression et d'être placé en isolement dans le quartier disciplinaire de la prison. Il nota dans le dossier médical de Mark Keenan à la date du 1^{er} mai 1993 :

« Calme et rationnel. Pas de signe de maladie mentale. A bien dormi, est détendu. Affirme s'être senti frustré hier, et que c'est pour cela qu'il a agressé l'infirmier. Apte à retourner dans une cellule normale de la prison. »

22. Le jour même, M. McCombe, directeur adjoint de la prison, ordonna de placer Mark Keenan en isolement dans le quartier disciplinaire en vertu de l'article 43 du règlement pénitentiaire. M. McCombe considérait qu'il convenait d'isoler Mark Keenan car son comportement était imprévisible et il représentait une menace pour le personnel. Aucune date ne semble avoir été fixée pour la fin de la période d'isolement.

23. Pendant cette durée, Mark Keenan devait être enfermé vingt-trois heures par jour. Bien qu'un médecin, l'aumônier et le directeur de la prison se rendent chaque jour dans l'unité d'isolement, Mark Keenan ne pouvait y avoir que des contacts très réduits avec le personnel et aucun avec les autres détenus, au contraire de ce qui aurait été le cas au centre médical ou dans l'aile principale de la prison.

24. Le 1^{er} mai 1993, à la suite de son transfert dans l'unité d'isolement, Mark Keenan demanda quelqu'un pour l'écouter (des détenus sont formés par les Samaritains pour apporter une aide psychologique aux détenus pouvant avoir des tendances suicidaires). A 18 h 5, M. Gill, l'un des infirmiers de la prison, fut appelé après que Mark Keenan eut indiqué aux gardiens de l'unité d'isolement qu'il se sentait suicidaire. Dans le dossier médical, on trouve :

« Me suis rendu auprès de [Keenan]. Rempli 1997 [(formulaire pour adresser au médecin un détenu dont on pense qu'il est suicidaire)]. Détenu se trouve dans la cellule avec l'intéressé pour l'écouter. Confirme qu'il n'est pas suicidaire mais tendu, agité [et] a besoin de parler. Demanderai au [médecin] de le voir lorsqu'il passera plus tard. »

25. A 18 h 45, toutefois, Mark Keenan menaça de s'infliger des blessures et fut donc transféré dans une cellule nue du quartier sanitaire et surveillé

toutes les quinze minutes. On ne sait pas exactement combien de temps cette surveillance fut maintenue.

26. A 19 h 45, le docteur Bickerton tenta de parler à Mark Keenan à travers la porte de sa cellule. Tout en constatant que ce dernier paraissait très agité et angoissé et affirmait entendre des voix et se prendre pour Jésus-Christ, le docteur Bickerton doutait qu'il fût psychotique. Le dossier médical de Mark Keenan indique que celui-ci passa la plus grande partie de la nuit à donner des coups de poing et des coups de pied dans la porte de sa cellule, à crier des obscénités et à lancer des menaces contre les gardiens de la prison. Le 2 mai 1993, le docteur Simkins inscrit dans le dossier de Mark Keenan :

« Ce matin, nie toute tendance suicidaire. Insulte les gardiens. S'est fait quelques blessures en tapant dans sa porte. Cet homme présente un risque considérable pour le personnel et s'est fait détester des autres détenus à l'hôpital en raison de son comportement. Il est imprévisible et a menacé de se suicider. Il relève de l'article 43 du règlement pénitentiaire. Je lui ai expliqué qu'il reste dans une cellule [nue] afin que l'on puisse évaluer son comportement au cours des prochaines vingt-quatre heures. J'augmenterai la dose de chlorpromazine à 400 mg quatre fois par jour et reprendrai le Kemadrin^[1] et le chloral la nuit. Il dit qu'il ne veut pas prendre de médicaments. »

27. A la date du 3 mai 1993, le dossier indique :

« matinée – comportement bien meilleur. A bien dormi. Demande à retourner dans [l'unité d'isolement du quartier disciplinaire]. Accordé. »

28. Mark Keenan fut effectivement transféré dans l'unité d'isolement. Une note inscrite dans le registre des incidents de l'unité d'isolement à la date du 3 mai 1993 indique :

« Keenan [est] revenu de l'hôpital. A l'air légèrement plus lucide qu'auparavant, mais a toujours besoin d'être surveillé. A l'heure du thé, Keenan a demandé à [parler à un « détenu formé à l'écoute »] car il a déclaré qu'il « sentait venir une crise », ce que j'ai compris comme voulant dire se foutre en l'air (...) le personnel doit être sur ses gardes. »

29. Il est indiqué dans le dossier médical qu'à 21 heures :

« Fait des histoires dans le quartier. Donnée une dose supplémentaire de chlorpromazine. Semble se calmer après une discussion. S'il parle de manière suicidaire pendant la nuit, vider sa cellule et revoir son « état mental » [demander dans la matinée]. »

30. Mis à part une brève mention le 4 mai 1993 de ce que « 500 mg de clopaxol avaient été donnés à 23 heures », le dossier médical de Mark Keenan ne comporte aucune autre indication entre le 3 mai et le 15 mai 1993, date de son suicide. Le docteur Bradley, médecin non psychiatre, vit Mark Keenan lors de ses visites régulières du matin à l'unité d'isolement du 4 au 7 puis du 10 au 14 mai 1993. Elle se rappelle que :

1. *NDT* : à cette marque correspond le produit chimique procyclidine.

« (...) La porte de la cellule était ouverte la plupart du temps. Je me souviens lui avoir parlé peut-être une fois par la fenêtre vitrée (...) mais c'était à cause d'un manque de personnel. Il avait la possibilité de me parler.

Nous avons discuté de ses médicaments. Il ne m'a jamais dit qu'il se sentait déprimé ou qu'il avait l'impression de ne pas être à la hauteur. Dans l'ensemble, Keenan m'a paru calme et avoir les pieds sur terre. Il avait les idées claires et n'était pas perturbé. J'ai demandé aux gardiens comment il s'était comporté pendant la journée, et ils m'ont dit qu'ils n'avaient rien remarqué de préoccupant. »

31. Le registre des incidents de l'unité d'isolement indique toutefois, pour le 4 mai 1993 :

« Keenan grossier, agressif et violent envers les gardiens. Mis dans [la cellule A1-4] pour qu'il se calme. A 10 heures, Keenan appelle l'avocat au sujet de l'agression sur l'infirmier Dent. Revenu sur le palier A1 [après avoir téléphoné], déclare qu'il va bien se tenir. Mis dans [la cellule] A1-5. »

32. A la date du 6 mai 1993, il est inscrit :

« Keenan a refusé sa tasse de thé. A dit qu'il y avait quelque chose de bizarre dedans. Lorsqu'on lui a dit qu'il n'y avait rien de spécial dedans, il a décidé de boire. Il commence à avoir un comportement étrange. Les gardiens doivent être vigilants. »

33. A la date du 7 mai 1993, on peut lire :

« Keenan vu par le médecin. Refuse les médicaments. Personnel doit quand même lui donner ses médicaments et noter s'il les prend ou les refuse. »

34. A la suite de cette indication, il est consigné que Mark Keenan a pris ses médicaments les 8, 9 et 10 mai 1993. Le registre des incidents ne contient plus ensuite aucune mention sur Mark Keenan jusqu'au suicide de celui-ci le 15 mai 1993.

35. Dans une lettre à sa mère datée du 13 mai 1993, il se plaignait de ne pas être très en forme mentalement.

36. Le 14 mai 1993, le docteur Bradley déclara que Mark Keenan était en état de passer en jugement pour l'agression perpétrée sur la personne de deux gardiens de prison le 30 avril 1993. Le procès-verbal de l'audience contient le certificat du médecin attestant qu'il était apte à passer en jugement et à être placé en isolement cellulaire. Le médecin ajouta les observations suivantes :

« A l'époque de l'infraction en question, M. Keenan suivait un traitement pour soigner des problèmes psychiatriques chroniques et on venait de modifier son traitement. »

37. La décision fut rendue le 14 mai 1993, deux semaines environ après les événements. Mark Keenan fut reconnu coupable d'agression. Pour sa défense, il déclara au directeur adjoint McCombe :

« Je souffre d'un clivage de la personnalité. Je suis passé d'une institution à l'autre toute ma vie. J'ai maintenant une chance de me racheter. Maman a réservé des vacances en Cornouailles. Je me suis bien tenu. »

Le directeur adjoint déclara avoir pris note des propos du requérant mais que celui-ci faisait l'objet de très graves accusations. Il décida de prolonger l'incarcération de vingt-huit jours, dont sept d'isolement et de privation de travail dans le quartier disciplinaire. A cette date, Mark Keenan n'avait plus que neuf jours d'emprisonnement à purger. Cette décision eut pour effet de retarder sa sortie du 23 mai au 20 juin 1993. Conformément aux dispositions applicables, il avait été autorisé à sortir après avoir purgé la moitié de sa peine de quatre mois de prison, déduction faite de la durée de la détention provisoire.

38. Peu après que la décision fut rendue, Mark Keenan reçut la visite de l'aumônier, qui rappela lorsqu'il témoigna pendant l'enquête judiciaire que Mark Keenan était malheureux de cette décision et aurait déclaré : « Je pensais me foutre en l'air, mais je ne crois pas que je vais le faire. » L'aumônier rapporta que Mark Keenan n'avait à aucun moment évoqué la possibilité de se suicider.

39. A 9 h 45 le lendemain, soit le 15 mai 1993, Mark Keenan fut examiné par le docteur Bickerton qui se rappela l'avoir trouvé calme, poli et détendu. Le directeur adjoint McCombe, qui l'avait vu ensuite, déclara plus tard qu'il était très agité, mais s'était calmé en apprenant qu'on ne lui avait pas supprimé le droit d'acheter du tabac.

40. Dans l'après-midi, Mark Keenan reçut la visite d'un ami, M.T., qu'il connaissait depuis cinq ans environ. M.T., qui resta à peu près vingt minutes en sa compagnie, le trouva déçu de devoir purger vingt-huit jours de plus en prison, mais, cela mis à part, de très bonne humeur. Lorsque M.T. le quitta, Mark Keenan se réjouissait de sa prochaine visite, prévue pour le samedi suivant. Le gardien Haley, qui accompagna Mark Keenan dans sa cellule après la visite, se rappela que celui-ci était très bavard et semblait de très bonne humeur.

41. Le gardien Milne, qui vit Mark Keenan aux alentours de 17 h 15, se rappelle qu'il avait l'air d'aller bien et lui avait demandé s'il pourrait téléphoner à 18 heures. M. Milne donna son accord, mais il ne semble pas que Mark Keenan ait en fait été autorisé à sortir de sa cellule pour téléphoner. D'après le témoignage qu'il a donné ensuite lors de l'enquête, M. Milne, qui était de garde sur le palier A1 – à savoir le quartier d'isolement – s'absenta à partir de 18 h 25-18 h 30 pendant dix minutes, qu'il passa aux toilettes. Alors qu'il se rendait des toilettes au palier A3, il remarqua que le voyant correspondant au palier A1 était enfoncé. Les boutons d'appel situés dans chaque cellule permettaient d'allumer des voyants se trouvant sur tous les paliers, de sorte que si un palier était déserté par les gardiens, ceux des autres paliers pouvaient constater qu'un voyant était allumé. Aucun son ne provenait du voyant car il semble que quelqu'un, un détenu ou gardien, ait arrêté la sonnerie, étant donné que l'on avait accès au système depuis tous les paliers. M. Milne demanda à un autre gardien de l'accompagner et ils se dirigèrent immédiatement vers la cellule de Mark Keenan, qu'ils se mirent

en devoir d'ouvrir. Il estima qu'une minute s'était écoulée entre le moment où il avait remarqué que le voyant était allumé et celui où il avait ouvert la porte.

42. A 18 h 35 le 15 mai 1993, les deux gardiens découvrirent Mark Keenan pendu aux barreaux de sa cellule par une corde fabriquée avec un drap. Il fut déclaré mort à 19 h 5.

43. Mark Keenan a appuyé sur le bouton d'appel qui se trouvait dans sa cellule avant de se suicider. En effet, il lui aurait été impossible de le faire une fois suspendu. D'après le témoignage de M. Milne lors de l'enquête, Mark Keenan a dû appuyer sur le bouton pendant les dix minutes qu'il avait passées dans les toilettes du personnel, car le voyant du palier indiquant que le bouton avait été actionné n'était pas allumé quand il avait quitté le palier.

44. Dans une lettre non datée reçue par le docteur Roberts après le 15 mai 1993, Mark Keenan écrivait :

« Comme vous le savez bien, je suis en prison pour agression sur [G.S.], ce qui m'a valu quatre mois de prison. Je suis à bout. J'ai vu le docteur Rowe ici. Il m'a prescrit de nouveaux cachets, de la fenzodine, des cachets blancs comme des smarties blancs. Cela m'a rendu dingue, et j'ai agressé deux gardiens. Je vous demande si vous pouvez me donner un traitement quand je sortirai pour que j'aille mieux. Je prenais des médicaments à Bournemouth aussi ; je me sens très instable mais le docteur ne veut pas du tout m'aider. Aidez-moi s'il vous plaît ; pouvez-vous envoyer un rapport à mon sujet au directeur, je suis à bout. »

45. Le 25 août 1993, lors de l'enquête judiciaire menée par un *coroner*, le jury rendit un verdict de mort accidentelle, consécutive à l'asphyxie résultant de la pendaison. Quatorze personnes témoignèrent au cours de la procédure publique, dont six oralement. Parmi elles se trouvaient la requérante, les gardiens de service qui avaient découvert le corps de Mark Keenan, l'inspecteur de police ayant mené l'enquête sur la mort, le directeur adjoint de la prison, un certain nombre d'infirmiers de la prison et le médecin-chef de la prison, l'aumônier de la prison ainsi que M.T., qui avait rendu visite à Mark Keenan le jour de sa mort. Ces personnes déposèrent des déclarations, de même que les docteurs Bickerton et Bradley.

46. Le 17 novembre 1993, la requérante fut admise au bénéfice de l'assistance judiciaire à la seule fin d'obtenir de nouveaux témoignages et l'avis d'un conseil sur le fond et sur le montant des dommages-intérêts qu'elle pourrait percevoir si elle engageait une action contre le ministère de l'Intérieur à raison du traitement subi par son fils et de ses conditions de détention.

47. Dans un rapport du 17 août 1994, le docteur Maden, le consultant en psychiatrie légale mandaté par les avocats de la requérante, exprima l'avis que Mark Keenan, en tant que détenu souffrant de schizophrénie paranoïde, n'était pas apte à être placé en isolement dans le quartier disciplinaire de la prison et que le fait que les autorités pénitentiaires ne l'aient pas logé dans

l'hôpital constituait l'une des causes importantes ayant conduit à sa mort (paragraphe 50 ci-dessous).

48. Dans un avis du 14 octobre 1994, le conseil déclara à la lumière du rapport du psychiatre que, en dépit du grave manquement à ses devoirs de fonctions commis par l'administration pénitentiaire en maintenant Mark Keenan, détenu atteint d'une maladie mentale, dans une cellule du quartier disciplinaire sans surveillance médicale adéquate, une action pour faute en vertu de la loi de 1934 sur la réforme du droit (dispositions diverses) (*Law Reform (Miscellaneous Provisions) Act 1934*) ne saurait être couronnée de succès car il n'existait aucune preuve que Mark Keenan ait subi un dommage constituant un motif d'ester en justice. Il souffrait auparavant d'une maladie mentale et rien n'indique que son état se soit aggravé ou qu'il ait contracté une nouvelle pathologie par suite de son incarcération. La détresse n'était pas suffisante en soi et sa mort ne constituait pas en droit anglais un préjudice pouvant fournir un motif d'ester en justice. Pour ce qui était d'une action en vertu de la loi de 1976 sur les accidents mortels (*Fatal Accidents Act 1976*), le conseil était d'avis que, Mark Keenan étant âgé de plus de dix-huit ans au moment de sa mort, la requérante ne pouvait prétendre à des dommages-intérêts pour perte d'un proche et il n'existait aucune personne à charge susceptible d'intenter une action. Quant aux dépenses encourues par la requérante pour les funérailles, leur montant n'était pas suffisant pour justifier l'octroi de l'assistance judiciaire. Cet avis eut pour effet de priver la requérante de la possibilité d'intenter l'action envisagée, car l'assistance judiciaire lui serait de ce fait supprimée.

49. Par une lettre du 12 décembre 1994, le service de l'assistance judiciaire informa la requérante qu'il envisageait de lui supprimer son certificat d'aide judiciaire étant donné que son conseil avait émis l'avis qu'elle n'avait aucune perspective raisonnable de succès. Par une décision du 8 mars 1995, ce service procéda à la suppression car il ne lui paraissait pas raisonnable dans ces conditions de continuer à l'admettre au bénéfice de l'assistance judiciaire.

B. Rapports médicaux concernant l'état de santé de Mark Keenan

1. Rapport du docteur Maden du 17 août 1994

50. Le docteur Maden, médecin psychiatre, consultant en psychiatrie légale à l'hôpital royal de Bethlem, rédigea un rapport à la demande des avocats de la requérante à partir des éléments produits lors de l'enquête, du dossier médical de Mark Keenan tenu en prison et de ceux conservés à l'hôpital de district du Devon du nord et chez son médecin généraliste. Il n'avait eu aucun contact avec Mark Keenan avant la mort de celui-ci. Voici quelques passages dudit rapport :

« Antécédents familiaux et personnels »

Il existe des antécédents familiaux de troubles psychiatriques : sa grand-mère maternelle serait morte dans un hôpital psychiatrique, sa mère a connu une grave dépression après la mort subite du jeune frère de Mark alors qu'il était nourrisson et son père serait un alcoolique ayant des accès de violence.

L'enfance [de] Mark Keenan fut troublée et malheureuse. Ses parents se séparèrent alors qu'il était âgé d'un an environ. Sa mère souffrit d'une grave dépression sévissant par intermittence tout au long de son enfance. A l'école, il avait une influence néfaste, se battant et faisant l'école buissonnière. Il aurait été placé à différents moments à partir de l'âge de douze ans et passé du temps dans des foyers d'accueil, centres de détention et maisons de redressement. Il a peu travaillé, effectuant des travaux manuels pendant de courtes périodes occasionnellement. D'après un rapport du docteur Adam (du 23.3.93), il avait tendance à quitter ses emplois en raison de pensées paranoïdes.

Ses troubles de comportement se poursuivirent après qu'il eut quitté l'école. Il aurait vécu par moments à Londres comme jeune prostitué à l'âge de quinze ans et aurait été condamné pour atteinte à l'ordre public (à quinze ans), vol de voitures et cambriolage d'une bijouterie (à seize ans), bagarres à l'âge de dix-sept ans et à l'âge de vingt ans et pour coups et blessures susceptibles d'entraîner la mort à l'âge de vingt et un ans après avoir poignardé l'ami de sa sœur.

« Antécédents psychiatriques »

On aurait diagnostiqué chez lui une schizophrénie paranoïde à l'âge de vingt et un ans (en 1985), alors qu'il purgeait une peine de prison pour avoir infligé des coups et blessures susceptibles d'entraîner la mort. Il avait des pensées paranoïdes et on commença à lui administrer du clopixon (un antipsychotique).

Il aurait alors fait un bref séjour à la prison de Grendon Underwood, où on lui dit que la schizophrénie paranoïde dont il était atteint était trop grave pour qu'il suive une thérapie de groupe.

En 1988, il sortit de prison et continua à prendre du clopixon jusqu'à ce que son médecin traitant lui prescrive à la place du depixon (un antipsychotique similaire injectable). (...)

Il fut admis pour la première fois en décembre 1988 dans un hôpital psychiatrique, l'hôpital St Annes à Poole (...)

Il séjourna à l'hôpital de district du Devon du nord du 9 au 19.11.92. Il avait fait une overdose en s'injectant lui-même de l'insuline. Il se plaignait en outre de « paranoïa ». Dans le registre des entrées sont inscrits les diagnostics « personnalité limite » et « schizophrénie paranoïde ». Y figure également la mention de « fréquents épisodes d'automutilation ». Le registre des sorties indique qu'il était « incapable de vivre seul » (...) qu'il avait une influence néfaste dans le service (...) « qu'il ne semblait pas y avoir beaucoup de signes de sa paranoïa », mais on lui prescrivit à sa sortie trois antipsychotiques différents (dont une injection tous les quinze jours) et un antidépresseur. (...)

Il séjourna de nouveau dans cet hôpital du 16 au 18.12.92, après avoir fait une overdose à la suite de sa rupture avec son amie. Sur le registre des entrées, on peut lire les diagnostics suivants : « Trouble de la personnalité. Psychose paranoïde. Menaces de suicide. » Peu après être sorti de sa propre initiative, il fut arrêté pour agression sur la personne de son ancienne amie, ce qui lui valu une peine d'emprisonnement. (...)

Avis

1. Mark Keenan était atteint de schizophrénie paranoïde. Il apparaît avoir contracté cette maladie en 1985. (...) A sa sortie de prison en 1988, il resta en contact assez régulier avec les services psychiatriques et son médecin traitant. Pendant cette période, il prit la plupart du temps des antipsychotiques sous forme injectable. Les psychiatres qui l'ont vu semblent être d'accord sur le diagnostic de schizophrénie.

2. Je remarque qu'il a aussi fait l'objet de diagnostic de trouble de la personnalité et d'abus de substances toxiques à différents moments. Il existe des éléments à l'appui du diagnostic de trouble de la personnalité. Toutefois, aucun des psychiatres qui l'ont vu ne semble avoir douté de ce qu'il était en outre atteint de schizophrénie, et tous ont poursuivi son traitement aux antipsychotiques. Le diagnostic de trouble de la personnalité signifie qu'il aurait été un patient plus difficile à suivre qu'un schizophrène ordinaire.

3. La schizophrénie est une maladie mentale grave et de longue durée qui peut être plus ou moins contenue par les médicaments mais non guérie par eux. Il en existe des complications reconnues : automutilation, suicide et violence. Nombre des symptômes constatés chez M. Keenan avant sa mort sont des symptômes connus de la schizophrénie, comme la paranoïa, le fait d'entendre des voix, d'avoir un sommeil perturbé, d'être agressif, ambivalent et de penser à s'automutiler. Ces symptômes peuvent avoir d'autres causes mais, pour un patient dont la schizophrénie est reconnue, il serait normal de supposer qu'ils en découlent. Il est impossible d'établir une distinction fiable entre des symptômes dus à la schizophrénie et ceux dus à la personnalité d'un individu.

4. Le diagnostic de schizophrénie a d'importantes conséquences. Le traitement des personnes qui en sont atteintes relève principalement de la responsabilité des médecins, car le règlement pénitentiaire ordinaire ne saurait prévoir sans l'avis de médecins le cas de personnes dont l'état mental s'éloigne autant de la normale. Les commentaires qui suivent sont donc formulés en référence à ce qui constituerait un niveau de soins acceptable pour une personne atteinte de schizophrénie.

5. Les éléments que j'ai vus m'amènent à dire que le dossier médical n'a pas été tenu avec toute la rigueur voulue à deux occasions au moins. Entre le 19.4.93 et le 26.4.93, la direction de la prison a d'abord décidé de placer M. Keenan en observation continue au centre médical de la prison et de prendre l'avis du psychiatre consultant (le docteur Rowe) puis de le transférer dans une cellule ordinaire. Rien dans le dossier médical n'explique ce revirement. Le 17.4.93, M. Keenan a déclaré aux gardiens qu'il avait l'intention de se pendre et on a trouvé une corde dans sa cellule. Vu cette preuve nette d'intention suicidaire, il n'eût été que normal d'inscrire dans le dossier médical les raisons motivant la décision de transférer M. Keenan dans une cellule ordinaire au lieu de le laisser sous haute surveillance.

Le dossier médical ne comporte aucune mention pour les onze jours précédant la mort de M. Keenan. Etant donné que les mentions antérieures font état de

comportement troublé et imprévisible, de menaces de suicide et de menaces d'agression sur autrui, il y avait de bonnes raisons de surveiller régulièrement son état mental ; or aucune mention n'indique que cela ait été fait.

6. A la suite de la visite et de l'appréciation du docteur Rowe intervenues le 29.4.93, les éléments dont je dispose me donnent à penser que les soins prodigués à M. Keenan n'étaient pas du niveau de ce qu'il était en droit d'attendre. Le docteur Rowe a confirmé que M. Keenan souffrait d'une « psychose chronique légère » et recommandé d'ajouter un nouvel antipsychotique à ceux qu'il prenait déjà. Il a également recommandé à cette occasion de ne pas mettre M. Keenan en contact avec d'autres personnes tant qu'il serait dans cet état de panique/paranoïa. Le docteur Rowe (qui connaissait déjà le patient) nota aussi que celui-ci n'était pas habituellement violent.

Le lendemain (30.4.93), on constata une détérioration de son état mental avec des signes de paranoïa et d'agressivité. Le nouveau médicament prescrit par le docteur Rowe fut supprimé. Le 1.5.93, le docteur Bickerton conclut que M. Keenan ne présentait aucun signe de maladie mentale et déclara qu'il pouvait être transféré dans une cellule ordinaire du quartier disciplinaire.

Avec le recul, il apparaît que M. Keenan n'était pas en état d'être transféré dans le quartier disciplinaire. Deux éléments se dégagent de son dossier médical : l'un est sa peur d'être logé ailleurs qu'à l'hôpital, l'autre sa tendance suicidaire. Je pense que le fait de ne pas l'avoir logé dans l'hôpital de la prison a joué un rôle important dans sa mort.

A mon avis, il n'était pas possible de supprimer le nouveau médicament prescrit par le docteur Rowe sans en référer à ce dernier (ou à un autre psychiatre). Le docteur Rowe était à l'évidence d'avis que le patient était psychotique et qu'il convenait de modifier son traitement antipsychotique. Or cet avis n'a pas été appliqué de manière suivie. Par exemple, le docteur Bickerton a conclu le 1.5.93 qu'il n'y avait aucun signe de maladie mentale en dépit de l'avis exprimé par le docteur Rowe le 29.4.93 et des signes de paranoïa et d'agressivité inscrits dans le dossier à la date du 30.4.93. Il est tout à fait improbable que le type de maladie mentale décrite par le docteur Rowe (chronique) ait pu disparaître complètement en deux jours.

Les éléments que j'ai vus m'amènent à penser que le docteur Bickerton a émis un jugement incorrect (en disant qu'il n'y avait pas de maladie mentale le 1.5.93) et que, en tant que médecin sans formation psychiatrique, il n'aurait pas dû s'écarter des recommandations formulées par le psychiatre. »

2. Rapport du docteur Reveley du 15 février 1995

51. La seconde psychiatre consultante à être mandatée par les avocats de la requérante, le docteur Reveley, formula son avis à partir de la procédure d'enquête judiciaire et des dossiers médicaux de Mark Keenan, dont ceux de la prison et de l'hôpital de district du Devon du nord. Elle n'a jamais rencontré ou traité Mark Keenan. Elle écrit dans son rapport :

« *Avis*

37. Je pense que Mark Keenan était atteint de schizophrénie paranoïde, type paranoïde défini dans la classification ICD-10 du Manuel de 1992 sur les troubles mentaux et comportementaux (*Mental and Behavioural Disorders*). L'une des caractéristiques essentielles de ce trouble est la présence d'hallucinations coexistant avec une relative préservation des fonctions cognitives et des affects. La personne atteinte de ce trouble est donc en général en mesure de décrire les hallucinations les plus fréquentes chez elle. Parmi les symptômes paranoïdes les plus courants on peut citer les illusions de persécutions, les illusions de grandeur, les hallucinations auditives menaçantes et les hallucinations gustatives et olfactives. De nombreux signes attestent la présence de pareils symptômes chez Mark Keenan alors qu'il purgeait sa dernière peine de prison. La violence et l'automutilation accompagnent souvent cet état, ce qui était d'ailleurs le cas chez Mark Keenan. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (1994) attire l'attention sur ce constat : « les thèmes de persécution peuvent prédisposer l'individu à un comportement suicidaire, et l'association d'hallucinations de persécution et de grandeur avec la colère peut prédisposer la personne à la violence. »

38. Mark Keenan a également fait l'objet d'autres diagnostics : abus de substances toxiques et trouble de la personnalité. Aucun de ces diagnostics n'est incompatible avec la schizophrénie paranoïde ; de fait, ils coexistent souvent. Il apparaît aussi clairement que Mark Keenan a été régulièrement traité avec des antipsychotiques et que le personnel médical de la prison a implicitement accepté le diagnostic de psychose puisqu'il a continué à lui administrer des antipsychotiques. De fait, on a diagnostiqué chez lui une « psychose chronique légère » pendant son séjour en prison. Tout diagnostic de psychose revêt la plus grande importance. Trois principales sortes de troubles psychiatriques conduisent à la psychose : la schizophrénie, les troubles maniaco-dépressifs et l'abus de drogues (comme l'ecstasy, le LSD, les amphétamines, l'alcool et parfois le cannabis). Il peut se révéler impossible de démêler les divers troubles psychotiques d'une personne lors d'une première visite chez le psychiatre et le doute quant au diagnostic peut subsister pendant des années. Cela dit, toutefois, les psychiatres sont presque toujours d'accord lorsqu'il s'agit de dire si un patient est ou non psychotique. Les symptômes psychotiques peuvent d'ailleurs être traités avec succès à l'aide d'antipsychotiques même lorsque l'on ne sait pas très bien de quelle sorte de psychose il s'agit. Le fait est que le personnel médical de la prison, tout en admettant l'absence de diagnostic formel quant à ses troubles mentaux, a continué à traiter ses symptômes psychotiques avec des antipsychotiques. (...)

41. Mark Keenan prenait des antipsychotiques pendant son séjour en prison. Ces médicaments ont apparemment stabilisé son état, à l'exception de quelques crises isolées. Les médecins de la prison ont considéré qu'il s'agissait là d'épisodes ponctuels de mauvaise conduite. Entre deux épisodes, il apparaît que Mark Keenan a été considéré comme sain mentalement, ou du moins suffisamment pour être sanctionné par une mesure d'isolement. Cela témoigne à mon avis d'une vue dangereusement simpliste de la maladie mentale. On pourrait faire une comparaison avec une personne fiévreuse à qui on administre des médicaments contre la fièvre et qu'on laisse ensuite dehors par une froide journée d'hiver au motif qu'elle n'a plus de fièvre. Dans un tel cas, personne ne s'étonnerait d'une recrudescence de la fièvre. En ce qui concerne Mark Keenan, les autorités pénitentiaires n'ont pas admis une vérité psychiatrique élémentaire lorsqu'elles l'ont décrété apte à être transféré dans le quartier disciplinaire. Elles ont émis un jugement sur l'état mental d'une personne suivant un traitement médical lourd, dont les problèmes étaient contenus et masqués par ces médicaments.

(Bien qu'il ait été jugé apte à retourner dans le quartier disciplinaire, je constate que son dossier ne contient aucune mention préconisant un arrêt du traitement.)

42. L'état de Mark ayant été jugé bon, il ne reçut aucuns soins infirmiers dans sa cellule du quartier disciplinaire. Ces soins ne consistent pas seulement à administrer des médicaments. Ils revêtent une importance vitale en cas de maladie mentale, surtout parce que l'infirmière est une bonne observatrice et peut réagir vite et efficacement lorsque des signes lui indiquent que l'état mental de la personne est préoccupant. Donner des soins consiste essentiellement à répondre aux besoins physiques ou émotionnels des malades dans le but de rétablir, améliorer, maintenir ou favoriser le bien-être. La notion de sanction disciplinaire est incompatible avec de tels soins, comme d'ailleurs avec toute forme de soins médicaux.

43. Pour que les soins prodigués à Mark Keenan dans son état aient été d'un niveau acceptable, il aurait fallu surveiller de près son traitement médicamenteux, en ce qui concerne tant le dosage que les effets secondaires, ainsi que son état mental, en observant les symptômes et l'augmentation éventuelle du risque d'automutilation ou de suicide. Rien n'indique qu'une surveillance appropriée de ce type ait été réalisée au cours des treize derniers jours de sa vie.

44. Cela est d'autant plus surprenant compte tenu de ses problèmes antérieurs de santé – automutilation et crises de violence – et sachant que le traitement prescrit avait été modifié à plusieurs reprises pendant son séjour à la prison d'Exeter.

45. De par la nature de sa maladie, le schizophrène connaît des rémissions ou périodes où les symptômes sont moins riches et où les symptômes positifs, c'est-à-dire ceux associés à une distorsion du fonctionnement normal, ne sont pas apparents. Pendant ces périodes, les symptômes dits négatifs peuvent continuer à être visibles. Les symptômes négatifs expriment une baisse ou une perte du fonctionnement normal. Il peut s'agir de baisse des affects (traits figés, absence de réaction, mauvais contact visuel et réduction du langage corporel), troubles du langage (appauvrissement du discours qui se manifeste souvent par des réponses brèves, laconiques, vides, souvent accompagné d'une diminution du nombre de pensées qui se traduit par une baisse de l'aisance et de la rapidité d'élocution), aboulie (inaptitude à se décider et à passer à l'acte) et anhédonisme (perte d'intérêt et de goût du plaisir). Ces symptômes négatifs sont à l'origine d'une grande partie de la morbidité associée à ce trouble. Ils sont particulièrement courants lors de la phase prodromique (précédant la crise) et résiduelle (postérieure à la crise) et sont parfois très aigus en eux-mêmes. (...)

47. A mon avis, il était visible que Mark Keenan courait un très grand risque d'automutilation ou de suicide. Ce risque aurait été évident même s'il n'avait pas été transféré dans le quartier disciplinaire au cours des derniers jours de sa vie. On a montré que, comparées au reste de la population, les personnes qui s'infligent elles-mêmes des mutilations vivent quatre fois plus d'événements générateurs de stress au cours des six mois précédant leur acte. Ces événements peuvent être de différentes sortes, mais les disputes récentes avec le conjoint, l'ami ou l'amie sont très courantes ; il peut aussi s'agir de la séparation d'avec le partenaire sexuel, ou du rejet par celui-ci, ou d'une comparution au tribunal. Entre un tiers et la moitié des personnes qui s'automutilent sont atteints d'un trouble de la personnalité. Plusieurs études montrent qu'un certain nombre de facteurs semblent caractériser les patients qui s'automutilent de manière répétée. Il s'agit de personnes précédemment atteintes de psychose, d'un trouble de la personnalité de type asocial, ayant un casier judiciaire, alcooliques ou droguées, appartenant aux basses classes de la société ou ayant connu le chômage de

longue durée. Il est également important de noter que, parmi les patients qui ont déjà commis un acte d'automutilation, le taux de suicide au cours des douze mois suivants est environ cent fois plus élevé que pour le reste de la population.

48. Concernant le risque de suicide abouti, les études montrent qu'il y a plus de suicides parmi les détenus qu'au sein de la population, qu'un schizophrène sur dix se donne la mort, et que quatre suicidés sur cinq étaient sous antipsychotiques. (Ces statistiques, extraites de l'ouvrage *Oxford Textbook of Psychiatry*, OUP, 1983, sont communément admises.)

49. Il n'est pas possible de quantifier avec précision le risque qu'il y avait que Mark Keenan s'automutilât ou se suicide. A mon avis, toutefois, il était net qu'il appartenait à l'un des groupes pour lequel le risque était le plus élevé et qu'à la suite de son transfert dans le quartier disciplinaire il était plus que probable qu'il se livre à une automutilation pendant la période d'isolement. Dans ces conditions, j'estime que le fait de ne pas avoir reconnu ce risque implique que le traitement auquel il a été soumis au cours des onze derniers jours de sa vie était nettement en deçà du niveau de soins acceptable. (...)

51. Les individus ayant des hallucinations paranoïdes peuvent souvent être soulagés grâce à un soutien psychologique et des encouragements. Au cours du traitement, on obtient les meilleurs résultats si le médecin et/ou l'infirmière entretiennent de bonnes relations avec le malade, si celui-ci peut compter sur eux et s'ils ne le laissent pas tomber. Ils doivent faire preuve d'empathie à l'égard des hallucinations du patient, mais sans en être complices ou les condamner et, surtout, sans les ignorer. La façon dont Mark Keenan a été traité dans le quartier disciplinaire est loin d'atteindre ce modèle.

52. Selon moi, il était probable que le traitement infligé à Mark Keenan, individu atteint de schizophrénie paranoïde, suscitât en lui des sentiments de désespoir, de peur, d'angoisse et d'infériorité. Les conditions dans lesquelles il a été détenu dans le quartier disciplinaire étaient humiliantes et dégradantes et ont amoindri sa volonté de faire face à sa psychose et de la combattre. Sa volonté de résister à la maladie a été sapée d'une manière cumulative qui l'a conduit au suicide. Le régime carcéral auquel il a été soumis n'a pas tenu compte de son droit fondamental, en tant que malade, de recevoir un traitement médical et des soins adéquats, ce qui a brisé sa volonté de supporter la détention. Le code international d'éthique médicale prévoit qu'« on ne peut accomplir un acte ou donner un conseil de nature à affaiblir la résistance physique ou mentale d'un être humain que si cela sert l'intérêt de celui-ci ». Or les actes commis par le personnel médical et les conseils donnés par eux dans le cadre du traitement de Mark Keenan étaient manifestement contraires à son intérêt. Ce qu'il a subi au cours des derniers jours de sa vie a certainement été terrifiant ; j'utilise ce terme délibérément dans son sens originel, c'est-à-dire de nature à inspirer la terreur. J'ai soigné de nombreux schizophrènes paranoïdes et je n'ai jamais douté de leur capacité à croire totalement à la réalité des menaces créées par leurs hallucinations. Une sanction qui oblige un psychotique à faire face à ces menaces seul et sans soutien médical adéquat est totalement inacceptable et constitue à mon avis une peine inhumaine et dégradante. »

3. Rapport du docteur Keith du 2 août 1996

52. Dans un rapport du 2 août 1996, le docteur Keith, médecin-chef de la prison, déclara ce qui suit en réponse aux rapports psychiatriques rédigés pour le compte de la requérante :

« Ces médecins ont rédigé leur rapport en se basant sur des preuves documentaires et, à ma connaissance, aucun n'a vu ou examiné M. Keenan. La valeur médicale de leur rapport en est donc sérieusement affaiblie. Ces rapports ont été rédigés plus d'un an (pour le docteur Maden) et près de deux ans (docteur Reveley) après la mort de M. Keenan.

Les données historiques mentionnées dans ces rapports sont extraites d'autres documents et provenaient à l'origine probablement de M. Keenan en personne ou de sa mère – la plupart du temps, les éléments d'une histoire médicale proviennent directement du malade, sans que l'on vérifie leur véracité. A son arrivée, M. Keenan exposa ses antécédents de schizophrénie – aucun symptôme spécifique de schizophrénie ne fut observé depuis, que ce soit pendant sa détention provisoire ou après sa condamnation.

D'après les commentaires des docteurs Maden et Reveley au sujet des remarques inscrites dans le registre médical des détenus (IMR) – j'ai prescrit du clopixol à M. Keenan parce qu'il affirmait tellement catégoriquement qu'il en voulait et que cela l'aidait, et parce que le docteur Roberts avait suggéré d'essayer ce médicament « s'il [n'allait] pas très bien ». Sur cette base, ce produit a été prescrit non comme un antipsychotique mais comme un tranquillisant. Ma conversation avec le docteur Roberts et le fait que je prescrive du clopixol constituent en fait des entrées séparées de l'IMR et il est important de se référer directement à ces entrées plutôt qu'à ma déposition. Je me rappelle avoir été réticent à prescrire du clopixol en raison de la rareté des symptômes et signes de psychose. Pour autant que je me souviens, Keenan n'a pas expliqué pourquoi il ne voulait pas continuer la thioridazine ; il a seulement affirmé qu'il n'en tirait aucun bénéfice et insisté pour dire qu'il se sentait mieux en prenant du clopixol et de la chlorpromazine. Il importe de noter que je ne me souviens pas que la thioridazine ait provoqué des effets secondaires, ce qui aurait pu me dissuader de prescrire de la chlorpromazine. Le docteur Maden comme le docteur Reveley ont mis fortement l'accent sur le fait que ce traitement était révélateur d'un diagnostic – or tel n'est pas le cas. Le dosage de clopixol cité dans le rapport du docteur Reveley m'a été indiqué par le docteur Roberts.

On pouvait raisonnablement considérer les symptômes relevés le 3.4.93 comme pouvant être dus au changement de médicaments et le docteur Simkins a préconisé la reprise du traitement précédent. A cette époque, le docteur Rowe venait à la prison deux demi-journées par semaine et était notre seul psychiatre consultant. Le docteur Reveley déclare que M. Keenan aurait dû être gardé à l'hôpital parce qu'il ne souhaitait pas retourner dans l'aile principale de la prison le 14.4.93. S'il suffisait d'exprimer le souhait de ne pas quitter l'hôpital pour être autorisé à y rester, nous aurions une population totalement statique.

Les notes figurant dans l'IMR à la date du 17.4.93 ont été rédigées par un infirmier et non un médecin. L'infirmier, M. Gill, n'a pas de formation psychiatrique théorique. A l'époque, nous n'avions pas d'infirmiers psychiatriques. Veuillez vous référer à ma mention du 18.4.93 « a des dettes dans l'aile principale, donc ne peut supporter ». Les rapports n'en parlent pas. S'il avait des dettes dans l'aile principale, il est très probable qu'il serait menacé d'empoisonnement alimentaire, cela serait la réalité plutôt que la paranoïa, et il y a toujours la possibilité que la corde ait été préparée afin de retourner

dans le cocon que constitue l'hôpital. Le fait de préparer une corde constitue en soi une indication suffisante pour une hospitalisation et une surveillance tous les quarts d'heure, et ce quel que soit l'état mental, plutôt qu'un signe de trouble mental comme le dit le docteur Reveley.

L'entrée de l'IMR à la date du 23.4.93, « à évaluer la semaine prochaine », a été annulée de ma main probablement peu après avoir été inscrite (très vraisemblablement le 26.4.93 – même stylo). Cela signifie qu'il n'était pas nécessaire qu'il soit vu par le docteur Rowe, qu'il allait bien et qu'il ne présentait pas de symptômes. Il a été jugé apte au travail et à la gymnastique. Aucune inscription n'a été faite dans l'IMR à cette époque car il n'y avait rien d'important à noter.

Il y a lieu de faire remarquer à ce stade que, s'il est admis que l'IMR contient peu de mentions à certaines époques (seulement), l'absence d'entrées peut être interprétée comme reflétant l'absence d'anomalie ou de troubles manifestes.

Dans le quartier d'isolement, tous les détenus sont vus par le médecin avant de faire l'objet d'une décision, celui-ci connaissant la gamme des peines. Le médecin de garde fait sa tournée dans l'unité d'isolement avant le directeur, de sorte que l'état de santé des nouveaux détenus soit contrôlé avant que le directeur ne prenne sa décision. Le médecin de garde voit *tous* les détenus de l'unité d'isolement *chaque* jour. Si un détenu tombe malade et doit aller à l'hôpital, il y est transféré rapidement. Un diagnostic de psychose chronique légère n'est pas en soi une contre-indication pour un transfert dans l'unité d'isolement – de fait, avec les visites quotidiennes du directeur, du médecin et de l'aumônier, les détenus y sont mieux surveillés et soignés que dans les ailes principales. Je ne pense pas que M. Keenan aurait séjourné tout le temps en hôpital psychiatrique s'il n'était pas en prison. Je dois reconnaître que, d'une manière générale, le quartier d'isolement ne favorise pas le bien-être mental, mais tous les infirmiers de prison sont formés et connaissent bien les effets de la détention et de l'isolement et en tiennent compte lorsqu'ils voient chaque jour tous les détenus du quartier d'isolement. Lors de ses visites quotidiennes à M. Keenan pour apprécier son état de santé, le médecin de garde vérifiait si le dosage des médicaments était correct et s'il avait des tendances suicidaires. La suggestion du docteur Reveley selon laquelle le personnel médical se ligue avec la « direction » pour sanctionner est totalement fautive. Nous prodiguons des soins médicaux ; notre éthique se borne à cela et rien qu'à cela. Nous avons régulièrement des réunions entre médecins où nous définissons clairement notre position éthique. C'est une chose à laquelle nous sommes passionnément attachés et qui constitue le fondement de la médecine que nous exerçons tous ici.

Je ne suis pas d'avis que Mark Keenan était atteint de schizophrénie paranoïde. Cet avis se fonde sur mes observations personnelles et sur le doute exprimé par le docteur Roberts quant à ce diagnostic (il s'agit du psychiatre qui l'avait examiné à l'hôpital psychiatrique le plus récemment avant son incarcération). Nous n'avions pas un malade « dont la schizophrénie est reconnue » (docteur Maden). Nous savions par l'intermédiaire du docteur Roberts que ce patient souffrait de « troubles de la personnalité, comportement antisocial, sous stress, quelques symptômes paranoïdes éphémères ». M. Keenan a paru la plupart du temps tout à fait normal pendant ses épisodes de détention et d'observation.

L'automutilation, le suicide et la violence sont des complications reconnues des troubles de la personnalité. Seuls le fait de se présenter comme un paranoïaque et celui d'entendre des voix sont des symptômes de schizophrénie. Nombre de preuves montrent que M. Keenan n'était paranoïaque que par intermittence et de manière

passagère. (Le docteur Roberts parle de « paranoïa épisodique » et le docteur Reveley de « crises isolées »), en liaison avec la prise de substances illicites. On peut lire dans l'IMR « dit qu'il a pris du cannabis, ce qui lui a donné des hallucinations et l'a rendu paranoïde ». (...)

M. Keenan avait peur de se trouver dans une cellule ordinaire, mais non dans l'unité d'isolement. Cela étaye la théorie selon laquelle il avait des raisons réelles et non imaginaires de craindre pour sa sécurité dans l'aile principale, notamment si l'on songe qu'il m'a dit « avoir des dettes ». Malgré tout, M. Keenan était toujours accepté à l'hôpital lorsqu'il avait une « crise ». La comparaison utilisée par le docteur Reveley entre la maladie mentale et la fièvre n'est ni appropriée ni convaincante.

Il n'y a pas de description claire d'hallucinations ; de fait, leur description est vague, sauf lorsqu'il « pense qu'il est Jésus ». Je n'ai trouvé aucun système hallucinatoire auquel Mark Keenan ait fermement tenu de manière continue.

Il ressort clairement de l'IMR que M. Keenan avait de longues périodes sans présenter de symptômes ou de signes de maladie mentale et que son équilibre mental était donc bon à ces moments-là. Il n'y avait alors aucune raison de ne pas le placer dans la prison principale ou l'unité d'isolement.

Il est à noter que M. Keenan ne présentait pas les signes que le docteur Reveley nous décrit, à savoir traits figés, absence de réaction, mauvais contact visuel et réduction du langage corporel, troubles du langage. Pour nous, cela prouve encore plus qu'il n'était pas atteint de psychose nette.

Globalement, je trouve que les deux rapports en question ne comportent que des preuves très minces d'une psychose nette. Le docteur Reveley n'est pas un psychiatre légiste et ne semble pas bien connaître les soins médicaux prodigués en prison. Ses commentaires sont émotifs plutôt qu'objectifs.

Pour nous, Mark Keenan était un individu impulsif, porté à se mutiler et agressif, connaissant régulièrement des périodes où il déclarait se sentir paranoïde et présentait de vagues symptômes hallucinatoires. Aucun élément ne vient étayer le diagnostic de schizophrénie qu'il s'appliquait à lui-même avec conviction. Ses moments de trouble et sa mort pourraient bien être la conséquence de prises de drogue dans l'aile principale de la prison, suivies de menaces de représailles. »

4. Rapport du docteur Faulk du 17 mars 1996

53. Le docteur Faulk, mandaté par le Gouvernement, a notamment déclaré ce qui suit :

« *Avis*

36. La plaignante et les deux psychiatres qui se sont penchés sur ce cas (les docteurs Maden et Reveley) ont affirmé que Keenan avait fait l'objet d'un mauvais diagnostic, que ses symptômes avaient été négligés et qu'il avait été mis dans des situations susceptibles d'aggraver son état. Les deux médecins ont conclu que Keenan souffrait de schizophrénie, ce qui expliquait pour une bonne part son comportement. Après avoir posé ce diagnostic, ils ajoutent que ses peurs et angoisses devaient venir d'un état hallucinatoire sous-jacent. Cette hypothèse découle de la conviction que

Keenan était schizophrène. Ils s'appuient également sur l'hypothèse d'une grave maladie mentale chez Keenan pour affirmer que la prison aurait dû prévoir ses tendances suicidaires et prendre plus de précautions au lieu de le soumettre à des privations dans le quartier disciplinaire.

37. Le personnel de la prison ne comportait pas de psychiatre consultant. Les médecins qui y travaillaient devaient à juste titre se fier à l'avis des spécialistes du service national de santé [*National Health Service* – « le NHS »] qui avaient suivi les détenus avant leur incarcération. Le diagnostic que leur avait transmis le dernier psychiatre à avoir vu Keenan (le docteur Roberts) était « troubles de la personnalité, type antisocial » et précisait que Keenan était sujet à des « symptômes paranoïdes éphémères » lorsqu'il était sous stress.

38. Il est vrai que le docteur Rowe avait également traité Keenan par le passé et avait dit qu'il souffrait d'une « psychose chronique légère ». Il ne s'agit pas d'un diagnostic précis mais d'une description générale. En tout état de cause, le docteur Rowe n'a pas trouvé que Keenan était malade au point de nécessiter un traitement dans un hôpital psychiatrique. Il a indiqué, comme le docteur Roberts, que Keenan était sujet à de courtes périodes de psychose (et de panique) pendant lesquelles il lui fallait des soins et un traitement adaptés. Il a recommandé que Keenan ne voie personne tant qu'il ne serait pas sorti de sa phase de « panique et paranoïa ». Cette recommandation semble avoir été respectée.

39. Le personnel de la prison d'Exeter a suivi les indications du docteur Roberts, en donnant les médicaments recommandés dans l'espoir de réduire les symptômes de Keenan, c'est-à-dire son instabilité, sa mauvaise réaction au stress et sa tendance à connaître des périodes psychotiques éphémères. Il a également admis Keenan au centre médical lorsque son état semblait s'aggraver.

40. Une grande part du comportement de Keenan peut s'expliquer par des manipulations destinées à échapper à la pression des ailes ordinaires pour gagner la paix relative du centre médical. Rien ne prouve que les craintes qu'il a exprimées – peur d'être agressé dans les ailes de la prison – n'aient pas été compréhensibles, voire raisonnables. Il n'y a aucune raison, vu le diagnostic du docteur Roberts, de ne pas prendre les dires de Keenan au pied de la lettre. Lorsqu'il avait des épisodes pouvant être des périodes de psychose (c'est-à-dire lorsqu'il affirmait être Jésus et entendre des voix), il était conduit à l'hôpital et semblait retrouver un état normal rapidement, conformément aux prévisions du docteur Roberts.

41. Au bout du compte, Keenan a semblé accepter le régime en vigueur dans le quartier disciplinaire et se calmer. Les observations dont nous disposons confirment toutes que tel était bien le cas. La sanction infligée à Keenan le 14.5.93 a à l'évidence commencé par provoquer sa colère, qu'il semble toutefois avoir surmontée. Rien ne montre qu'il soit devenu psychotique. Il était parfaitement compréhensible que l'idée que le directeur lui interdise l'accès à la boutique provoque son inquiétude (15.5.93). Il n'est pas nécessaire de supposer une maladie mentale pour l'expliquer. J'en conclus que le suivi médical de Keenan lors de sa détention à la prison d'Exeter était parfaitement raisonnable, notamment au vu de l'avis du docteur Roberts. Nous ne savons pas quelles étaient les intentions de Keenan le soir du 15.5.93. Il s'était comporté comme lors de ses précédentes tentatives d'attenter à sa vie, en lançant un avertissement pour pouvoir être sauvé. Peut-être avait-il décidé qu'il ne pouvait ou ne voulait pas retourner une nouvelle fois dans le quartier disciplinaire et de le faire savoir en faisant une tentative, dont il serait sauvé et qui lui permettrait de retourner à

l'hôpital. Je ne pense pas que quiconque aurait pu prévoir ce qu'il a fait ni quand il le ferait. Je n'aurais qu'une critique à formuler : l'absence au dernier moment de ciseaux pour couper le nœud. »

II. LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

A. Réglementation pénitentiaire

1. Santé et bien-être

54. L'article 7 de la loi de 1952 sur les prisons (*Prison Act 1952*) oblige chaque prison à disposer d'un médecin qui, conformément à l'article 17 du règlement pénitentiaire de 1964 (*Prison Rules 1964*) édicté par le ministre de l'Intérieur, est responsable « des soins à apporter à la santé, mentale et physique, des détenus de cette prison ».

55. L'article 18 de ce règlement dispose :

« 1) Le médecin doit signaler au directeur le cas de tout détenu dont la santé risque de pâtir d'un maintien en détention ou des conditions de détention, quelles qu'elles soient. (...)

2) Le médecin doit prêter une attention particulière à tout détenu dont l'état mental semble l'exiger et prendre les dispositions particulières qui apparaissent nécessaires pour le surveiller et le soigner.

3) Si le médecin soupçonne chez un détenu des intentions suicidaires, il doit en informer le directeur, qui le placera sous observation spéciale. »

56. L'action sanitaire en prison est également régie par l'instruction permanente 13, qui définit les responsabilités et devoirs des membres de l'équipe sanitaire d'une prison. Le paragraphe 31 dispose :

« L'examen médical de tous les détenus au centre médical à leur arrivée en prison ou peu après, ou par suite de préoccupations quant à leur état mental, doit notamment porter sur les dispositions spéciales éventuellement nécessaires à leur surveillance afin de les empêcher de se blesser ou de se suicider. Lorsqu'une surveillance spéciale est jugée indiquée pour des raisons médicales, le médecin ordonne d'exercer l'une des formes de surveillance suivantes :

a) surveillance continue, où le détenu est observé par un surveillant désigné qui reste constamment en sa compagnie ; ou

b) surveillance intermittente, où le détenu est surveillé par un gardien désigné au moins tous les quarts d'heure. »

57. L'administration pénitentiaire a également émis ses propres directives. A l'époque des faits, il s'agissait de la directive 20/89 portant notamment sur la responsabilité du personnel, les mesures à prendre à

l'arrivée des détenus, la consultation de spécialistes et l'examen en garde à vue, et les mesures de nature à prévenir les suicides. La directive 20/89 définit ainsi le rôle de l'administration pénitentiaire :

« prendre toutes mesures raisonnables afin de repérer les détenus ayant des idées suicidaires, les traiter humainement et de la manière permettant le mieux de prévenir le suicide, et faciliter le rétablissement après une crise suicidaire ».

L'élément central de ce dispositif est le formulaire de signalement de suicide (F1997). Les responsables d'aile (des gardiens expérimentés) transmettent les signalements au médecin de la prison qui décide s'il y a lieu de prendre des mesures de prévention du suicide. A la suite de critiques émises par l'inspecteur principal des prisons dans son rapport « Suicide et automutilations dans les établissements pénitentiaires en Angleterre et au pays de Galles », de nouvelles directives furent émises en 1994, en particulier l'instruction aux directeurs n° 1/1994. Celle-ci exigeait notamment d'utiliser un formulaire spécifique « Automutilations/risque de suicide » (F2052SH) lorsqu'un membre du personnel quel qu'il soit remarquait qu'un détenu avait besoin de soins particuliers parce qu'il risquait de se suicider ou de s'automutiler. Ainsi, les observations de tous les membres du personnel en contact avec le détenu pouvaient être enregistrées en vue d'établir un compte rendu complet et continu de l'état d'esprit de l'intéressé. Avant de retirer le nom du détenu du formulaire en question, son cas devait être examiné par les principales personnes le suivant (par exemple le médecin-chef, un membre de la direction et le gardien-chef de l'aile).

58. Conformément aux articles 47 et 48 de la loi de 1983 sur la santé mentale (*Mental Health Act 1983*), tout prisonnier souffrant d'une maladie mentale grave peut être transféré à l'hôpital pour y être détenu et traité.

59. L'article 43 du règlement pénitentiaire de 1964, en vertu duquel Mark Keenan a été placé en isolement, met le directeur de prison dans l'obligation de retirer un détenu du quartier d'isolement lorsqu'un médecin lui conseille cette mesure pour des raisons médicales. L'article 53 § 2 du règlement interdit de placer un détenu dans une cellule du quartier d'isolement sauf si un médecin a certifié que l'état de santé de l'intéressé le permet.

60. Ni la loi sur les prisons ni le règlement pénitentiaire n'oblige les prisons à employer un médecin psychiatre. Le médecin a toute latitude pour décider de demander l'avis d'un tel spécialiste s'il le juge approprié (article 17 dudit règlement).

61. Dans un article publié dans le *British Medical Journal* (avril 2000, vol. 320, *Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspections* – Traitement des malades mentaux détenus en prison : résultats d'un programme d'un an de contrôles semi-structurés), les médecins et infirmiers travaillant pour le service d'inspection des prisons de Sa Majesté déclarèrent notamment :

« La qualité des services rendus aux malades mentaux détenus est très inférieure aux normes en vigueur dans le NHS. La vie des patients est soumise à des restrictions inacceptables et les thérapies limitées. La politique actuelle consistant à diviser la responsabilité du soin des malades mentaux entre l'administration pénitentiaire et le NHS doit être revue. »

2. Discipline et réclusion

62. Deux articles du règlement pénitentiaire de 1964 permettent de placer un détenu dans le quartier d'isolement ou le quartier disciplinaire.

63. Aux termes de l'article 43, le directeur de prison peut isoler un détenu lorsque cela paraît souhaitable pour le maintien de l'ordre ou de la discipline ou paraît être dans l'intérêt du détenu, et ce pour une durée maximale de trois jours, au-delà de quoi il faut obtenir l'autorisation d'un membre du comité des visiteurs de la prison ou du ministre.

64. L'article 50 § 1 e) confère au directeur le pouvoir de punir un détenu reconnu coupable d'une infraction disciplinaire en lui infligeant jusqu'à quatorze jours de régime cellulaire dans le quartier disciplinaire.

65. L'inspecteur principal des prisons et *Lord Justice Woolf*, qui ont mené une enquête sur le système pénitentiaire, se sont penchés sur les conditions de vie des détenus isolés dans le quartier disciplinaire d'une prison.

Dans son rapport de 1985 intitulé « Etude sur l'isolement des détenus en vertu de l'article 43 », l'inspecteur principal des prisons écrivit ce qui suit :

« Les détenus ayant « troublé l'ordre » sont incarcérés dans des conditions très strictes (...) Ils se trouvent en général dans une zone particulière de la prison, le quartier d'isolement ou le quartier disciplinaire, avec des détenus qui s'y trouvent par mesure disciplinaire (...) Ils y sont en général soumis à peu près au même régime que ces derniers, à l'exception de quelques privilèges supplémentaires. Ils sont seuls dans leur cellule la plus grande partie de la journée et n'en sortent que pour une heure de promenade dans la cour, aller chercher leurs repas, vider leur pot de chambre et prendre une douche de temps en temps. Ces sorties contribuent peut-être à rompre la monotonie mais elles ne permettent en général pas beaucoup de contacts. Ils ont très peu d'occasions de parler avec les autres détenus et ont souvent des rapports conflictuels ou distants avec les gardiens (...) [paragraphe 2.29]

(...) l'isolement peut faire perdre divers occasions et avantages, outre l'évidente privation de contacts humains. La décision de placer en isolement doit donc toujours être prise avec attention, surtout lorsque le détenu concerné n'a pas lui-même demandé à être isolé. En conséquence, on ne saurait placer en isolement un détenu qui ne le souhaite pas sans garanties particulièrement fortes et efficaces.» (paragraphe 3.4)

Il ajouta que l'isolement « peut vouloir dire vivre selon un régime appauvri et monotone qui peut même être néfaste sur le plan psychologique ».

66. Lord Woolf, dans son rapport intitulé « *Prison Disturbances* » (Troubles dans les prisons), avril 1990, Cm 1456, a déclaré :

« Même si l'isolement prévu à l'article 43 n'est pas conçu comme une mesure disciplinaire, le recours à cet article a presque toujours un effet négatif sur le détenu qui en fait l'objet. Dans la plupart des établissements, toute personne isolée en vertu de l'article 43 est soumise à un régime de restrictions très semblable à celles appliquées aux individus touchés par une mesure disciplinaire. » (paragraphe 12.267)

67. Bien que le directeur ou le comité des visiteurs de la prison ne soient pas tenus de consulter un médecin avant de décider de l'isolement, le directeur doit mettre fin à cette mesure si un médecin le lui conseille pour raisons médicales (articles 17 et 18 du règlement de 1964).

3. Recours ouverts aux détenus

a) Procédure de requêtes et de plaintes

68. Lorsqu'un détenu a un motif de se plaindre des conditions dans lesquelles il est incarcéré ou d'une décision, il peut utiliser le système de « recours et plaintes ».

69. Si le grief se rapporte aux conditions de détention et ne peut se résoudre de manière informelle, le détenu peut présenter une requête officielle. Celle-ci sera enregistrée et un membre expérimenté du personnel discutera de la question avec le détenu, dans les deux jours en général. Si le détenu n'est toujours pas satisfait, il remplit un formulaire de requête/plainte à soumettre au directeur, qui y répond normalement dans les sept jours. Le détenu peut ensuite présenter un recours au directeur de zone de l'administration pénitentiaire.

70. Les plaintes relatives à une décision sont immédiatement soumises au directeur de zone.

71. Dans un cas comme dans l'autre, si le détenu n'est pas satisfait de la décision du directeur de zone, il peut présenter une demande de contrôle juridictionnel ou se plaindre au médiateur des prisons.

b) Médiateur des prisons

72. Depuis 1994, les détenus qui ont épuisé le système de plaintes internes peuvent s'adresser au médiateur des prisons, qui a la possibilité de faire des recommandations à l'administration pénitentiaire s'il soutient une plainte. Toutefois, il ne peut ni annuler ni infirmer les décisions de l'administration pénitentiaire.

Dans son rapport annuel de 1996, le médiateur des prisons a déclaré, au sujet du système de plaintes :

« 3.6. (...) le service du médiateur – et d'ailleurs le système de requêtes/plaintes internes de l'administration pénitentiaire – fonctionne bien pour les plaintes relatives à des sujets assez formels et non urgents. Les détenus connaissent en général les procédures établies pour le traitement des griefs relatifs aux décisions disciplinaires et pertes de biens et acceptent de patienter jusqu'à l'aboutissement du processus, qui est relativement long.

3.7. La situation est très différente pour presque toutes les autres catégories de plaintes. Les agressions, refus de libération temporaire, visites sous surveillance (...) sur toutes ces questions, les détenus veulent une solution immédiate. Il s'agit aussi de questions pour lesquelles la procédure de requêtes/plaintes peut sembler au premier abord inadaptée ou de questions que les détenus craignent d'aborder avec le personnel de la prison. Il est certain que le processus de plainte au directeur, relativement long et formel (une semaine au moins), le recours à l'administration pénitentiaire (six mois au moins) ou une enquête du médiateur (pouvant durer jusqu'à trois mois, voire plus), n'aura pas la faveur d'un détenu mécontent qui veut un redressement immédiat. »

e) Contrôle juridictionnel

73. La jurisprudence atteste que la *High Court* a compétence pour autoriser le contrôle juridictionnel d'une décision soit d'isoler un détenu conformément à l'article 43 du règlement pénitentiaire de 1964, soit de le punir conformément à l'article 50 (*R. v. Deputy Governor of Parkhurst Prison, ex parte Hague, Appeal Cases 1992*, vol. 1, p. 58). Le tribunal procède alors au contrôle en appliquant les principes fermement établis de droit administratif, c'est-à-dire recherche si la décision était arbitraire ou irrationnelle, si elle se fondait sur des éléments étrangers à l'affaire ou négligeait des facteurs pertinents ou encore avait été prise à des fins irrégulières, en suivant une procédure inéquitable ou en contrevenant à la législation ou à la réglementation en vigueur. Cependant, l'organe de contrôle ne peut substituer sa propre décision sur le bien-fondé de la cause à celle de l'autorité administrative.

d) Action pour faute, agression et abus de l'autorité publique

74. Un détenu en mesure de prouver que ses conditions d'isolement lui ont porté préjudice, sur le plan physique ou psychiatrique, par suite d'une faute des autorités pénitentiaires, peut réclamer des dommages-intérêts. Si un prisonnier est agressé, il peut engager une action pour agression même en l'absence de preuve de blessures corporelles. Le tribunal peut octroyer des dommages-intérêts pour toute indignité ou humiliation subie, ou des dommages-intérêts exemplaires lorsqu'il estime qu'il y a eu « acte d'oppression, arbitraire ou inconstitutionnel de la part d'agents de la fonction publique » (*Rookes v. Barnard, Appeal Cases 1964*, p. 1226).

75. On peut aussi engager une action pour abus de l'autorité publique lorsqu'un fonctionnaire a commis un abus délibéré ou malhonnête sous couvert d'exercer un de ses pouvoirs. Il peut s'agir d'un cas où le fonctionnaire se livre à un acte qu'il n'a pas le pouvoir d'exécuter dans le but de porter préjudice au plaignant ou lorsqu'il sait qu'il n'a pas le pouvoir de l'exécuter et a en fait prévu que cela causerait un préjudice au plaignant ou à un groupe de personnes auxquelles le plaignant appartient. Le « préjudice » dont il est question ne se limite pas à un dommage physique ou psychiatrique.

B. Procédure d'enquête judiciaire

76. Après la mort d'un détenu et quelle qu'en soit la cause, la loi de 1988 sur les *coroners* (*Coroners Act 1988*) dispose qu'il doit se tenir une enquête judiciaire (article 8 § 1 c)) en présence d'un jury (article 8 § 3 a)). Le *coroner* est le magistrat indépendant chargé d'enquêter sur les morts survenues dans différents types de circonstances. Ses tâches sont définies dans la jurisprudence :

« Il est du devoir du *coroner*, en sa qualité de fonctionnaire chargé de mener les enquêtes judiciaires, de veiller à ce que les faits pertinents fassent l'objet d'une investigation complète, équitable et courageuse, qu'il siége avec un jury ou non. Il est tenu de prendre en compte la préoccupation extrême que suscite dans le public une mort survenue en détention. Il doit veiller à ce que les faits pertinents soient soumis au contrôle du public, notamment s'il existe des preuves de malveillance, d'abus ou d'inhumanité. » (*R. v. North Humberside Coroner, ex parte Jamieson, Queen's Bench 1995, vol. 1 (Court of Appeal)*, p. 26C)

77. L'article 20 du règlement sur les *coroners* autorise le parent d'un défunt à interroger les témoins lors de l'enquête judiciaire soit en personne, soit par l'intermédiaire d'un conseil ou d'un *solicitor*. Toutefois, la représentation aux enquêtes n'est pas couverte par l'assistance judiciaire. A l'époque où s'est tenue l'enquête en cette affaire, le droit à obtenir la divulgation des documents n'existait pas non plus.

78. Conformément à l'article 11 § 5 b) de la loi de 1988 sur les *coroners* et à l'article 36 du règlement sur les *coroners*, lors d'une enquête judiciaire, la procédure et les preuves doivent viser uniquement à déterminer :

- l'identité du défunt,
- le lieu où le défunt a trouvé la mort,
- le moment où le défunt a trouvé la mort,
- comment le défunt a trouvé la mort.

Toutefois, le verdict ne doit pas être exprimé en des termes qui paraîtraient trancher la question de la responsabilité pénale d'une personne nommée ou de la responsabilité civile.

79. La portée de l'enquête a été définie en ces termes par les tribunaux :

« (...) Il est à noter qu'il ne s'agit pas de déterminer comment le défunt est décédé, ce qui pourrait soulever des questions générales d'une portée considérable, mais « comment (...) le défunt a trouvé la mort », question bien plus limitée portant sur les voies par lesquelles le défunt a trouvé la mort.

(...) [des décisions précédentes] montrent clairement que lorsque la commission Brodrick a indiqué que l'un des buts d'une enquête judiciaire est de « dissiper les rumeurs ou soupçons », cela signifie qu'il faut se borner à dissiper les rumeurs et soupçons sur le point de savoir comment le défunt a trouvé la mort et non sur les circonstances générales dans lesquelles il a trouvé la mort. » (Sir Thomas Bingham MR, *Court of Appeal, R. v. the Coroner for North Humberside and Scunthorpe, ex parte Roy Jamieson*, avril 1994, non publié)

« Les affaires établissent que, bien que le terme « comment » doive être pris au sens large, il signifie « par quelles voies » plutôt que dans quelles circonstances générales (...) En bref, l'enquête doit porter sur les éléments qui sont directement à l'origine du décès et même se limiter exclusivement à ceux-ci (...) » (Simon Brown *LJ*, *Court of Appeal*, *R. v. Coroner for Western District of East Sussex, ex parte Homberg and Others*, *Justice of the Peace* 1994, vol. 158, p. 357)

« (...) Il ne faut pas perdre de vue qu'une enquête sert à établir les faits et non à traiter la question de la culpabilité. La procédure et les règles de la preuve convenant au premier exercice ne sont pas adaptées au second. Dans une enquête, il ne faut jamais oublier qu'il n'y a pas de parties, pas de mise en accusation, pas d'accusation ni de défense ; une enquête n'est pas un procès, mais simplement une tentative visant à établir les faits. Il s'agit d'une procédure inquisitoire, d'un processus d'investigation très différent d'un procès (...)

Il est bien entendu que l'un des buts de l'enquête est de dissiper les rumeurs. Toutefois, cela ne signifie pas que le *coroner* doive examiner lors de l'enquête toute rumeur ou allégation pouvant être portée à son attention. (...) Il est de son devoir de s'acquitter de la fonction que lui confère la loi ; l'enquête ne doit pas dériver vers les eaux troubles de la rumeur et de l'allégation. Il travaillera de manière sûre et correcte s'il s'en tient aux *faits* qui apparaissent pertinents eu égard aux questions qu'il est légalement tenu de traiter. » (Lord Lane, *Court of Appeal*, *R. v. South London Coroner, ex parte Thomson, Solicitors' Journal* 1982, vol. 126, p. 625)

C. Procédure pour faute ayant entraîné un dommage ou la mort

80. Une personne qui subit un dommage physique ou psychiatrique par la faute d'autrui peut intenter une action en dommages-intérêts. L'aggravation d'un état existant est constitutive d'un tel dommage. Une faute provoquant un trouble ou blessant les sentiments sans causer de dommage ou d'aggravation sur les plans physique ou psychiatrique ne donne pas au plaignant droit à des dommages-intérêts. Toute action en réparation d'un dommage corporel pouvant être intentée par une personne de son vivant subsiste en faveur de sa succession et peut être menée après sa mort.

81. Les réclamations faisant suite à la mort d'une personne provoquée par une faute sont intentées en vertu de la loi de 1976 sur les accidents mortels (*Fatal Accidents Act 1976*) ou de celle de 1934 portant réforme du droit (dispositions diverses) (*Law Reform (Miscellaneous Provisions) Act 1934*). La première permet aux personnes qui étaient à la charge du défunt de toucher des dommages-intérêts du fait de la disparition de leur soutien. Elle vise l'indemnisation et, mis à part la somme de 7 500 livres sterling allouée en cas de mort du conjoint ou d'un enfant mineur de dix-huit ans, les dommages-intérêts sont octroyés en fonction du soutien financier perdu. La seconde loi permet de toucher des dommages-intérêts pour le compte de la succession du défunt ; il peut s'agir d'une action en la faveur du défunt au moment de sa mort et des frais d'enterrement.

82. Conformément à la jurisprudence, le droit coutumier impose aux autorités pénitentiaires un devoir de vigilance envers les détenus placés sous leur garde. Ces autorités ont le devoir d'exercer une vigilance raisonnable pour prévenir les blessures et les dommages, ainsi que l'obligation de fournir des soins médicaux, laquelle englobe la protection à accorder à un détenu atteint d'une maladie mentale afin qu'il ne se suicide pas. Dans l'affaire *Kirkham v. the Chief Constable of Greater Manchester*, *All England Law Reports* 1989, vol. 3, p. 882, l'autorité carcérale a été tenue pour responsable du fait qu'elle n'avait pu empêcher le suicide.

Dans l'affaire *Commissioner for the Police for the Metropolis v. Reeves*, *Weekly Law Reports* 1999, vol. 3, p. 283, où le conjoint du défunt réclamait des dommages-intérêts en vertu de la loi sur les accidents mortels, la Chambre des lords a confirmé que, même dans le cas d'un détenu apparemment sain d'esprit, les autorités demeurent responsables lorsqu'elles n'ont pas réussi à empêcher le suicide par suite d'une faute. En ce cas, toutefois, la responsabilité est partagée avec le défunt en raison du caractère volontaire de l'acte commis par celui-ci. Le respect de l'autonomie de chacun n'exclut pas de prendre des mesures pour « contrôler l'environnement d'un détenu de manière discrète afin de rendre le suicide plus difficile à accomplir » (p. 369A-B).

S'agissant de la norme en matière de vigilance, dans l'affaire *Knight v. Home Office*, *All England Law Reports* 1990, vol. 3, p. 243, portant entre autres sur le point de savoir si un détenu atteint d'une maladie mentale aurait dû faire l'objet d'une surveillance continue plutôt que tous les quarts d'heure à l'époque des faits, le juge Pill a estimé que l'obligation d'exercer une vigilance raisonnable à l'égard de ce type de détenu

« n'appelle pas et ne doit pas appeler la même norme pour la totalité des situations, dont la possibilité d'un suicide, comme cela serait le cas dans un hôpital psychiatrique non situé dans une prison. Cette obligation doit s'adapter à l'acte et aux fonctions exercées ».

Toutefois, plus récemment, dans l'affaire *Brooks v. Home Office* (*The Times*, 18 février 1999), la *High Court* a dit, s'agissant de soins prénatals destinés à une détenue enceinte :

« Nous sommes préoccupés par une femme en détention provisoire, dont la grossesse est à haut risque. Je ne saurais considérer l'affaire *Knight* comme faisant jurisprudence quant à la thèse selon laquelle la plaignante ne devrait pas, pendant sa détention à Holloway, avoir droit au même niveau de soins prénatals, tant pour elle-même que pour les enfants à naître, que si elle était libre, sous réserve bien entendu de ce qu'elle doit être escortée, ce qui allonge dans une certaine mesure ses déplacements. »

EN DROIT

I. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

83. La requérante se plaint de ce que les autorités pénitentiaires n'ont pas protégé le droit de son fils à la vie, garanti par l'article 2 de la Convention, en raison du traitement qu'elles ont fait subir à celui-ci avant son suicide. Cet article dispose en son premier paragraphe :

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. »

84. Le Gouvernement conteste cette allégation, tandis que la Commission a conclu par quinze voix contre cinq à la non-violation de cette disposition.

A. Arguments des parties

85. La requérante fait valoir que l'article 2 de la Convention exige d'un Etat contractant qu'il prenne des mesures pour protéger la vie des personnes relevant de sa juridiction. Pour les personnes placées en détention, cette protection doit être pratique et efficace, et inclure une formation et des instructions adéquates pour les agents de l'Etat amenés à se trouver dans des situations où la mort – y compris des actes d'automutilation de la part de détenus – peut survenir sous leur protection et leur contrôle. Ces autorités ont une tâche particulière : exercer une vigilance raisonnable afin d'empêcher les détenus de se faire du mal, cette vigilance étant accrue lorsqu'il s'agit de personnes fragiles, comme les enfants ou les individus atteints de troubles mentaux.

86. Après un examen approfondi des faits de la cause, la requérante soutient que les autorités pénitentiaires ont placé son fils en isolement dans des conditions entraînant une réduction importante des soins médicaux, alors qu'elles savaient qu'il y avait des risques réels et immédiats qu'il se mutilerait. Cet isolement n'a pas été prescrit pour des motifs médicaux ou thérapeutiques, car les autorités pénitentiaires attachaient plus d'importance au fait que son fils constituait un « problème disciplinaire » qu'aux soins dont il avait besoin. Elles savaient que son fils était atteint d'une maladie mentale, et qu'il avait des antécédents d'automutilation et des tendances suicidaires. Elles auraient dû se rendre compte qu'en lui infligeant une sanction disciplinaire et en l'isolant sans qu'il bénéficie de soins spécialisés, d'observation ou de traitement, il y avait en permanence un risque réel et immédiat qu'il se donne la mort, volontairement ou non. Le fait de ne pas avoir sollicité l'avis du docteur Rowe, alors que cela était possible, avant de décider si son fils était en état d'être jugé lui a fait courir un risque déraisonnable, et la surveillance et les soins psychiatriques ont été totalement insuffisants après le 4 mai 1993.

87. Le Gouvernement fait valoir que, bien que l'article 2 puisse dans certaines conditions entraîner l'obligation positive de protéger la vie d'une personne contre les atteintes de tiers, il en va tout autrement lorsque le risque émane de la personne elle-même. Demander à l'Etat de protéger une personne d'elle-même serait en contradiction avec les principes de dignité individuelle et d'autonomie sous-tendant la Convention. Pour autant que les autorités pénitentiaires étaient tenues en droit interne d'exercer une vigilance raisonnable afin de prévenir le suicide de détenus atteints de maladie mentale, il affirme que cette obligation a été parfaitement remplie dans le cas de Mark Keenan.

88. Le Gouvernement soutient que, considérés de manière objective, les éléments dont disposaient les autorités pénitentiaires montrent qu'il n'existait aucun risque réel et immédiat pour sa vie qu'elles connaissaient ou auraient dû connaître. Les autorités avaient surveillé son état avec une vigilance particulière afin de déceler les signes de risque et l'avaient mis à l'hôpital ou sous surveillance particulière lorsqu'il le fallait. Les médecins, habitués à voir des détenus perturbés, n'ont toutefois aperçu dans les derniers jours de sa vie aucune indication d'un risque. De plus, aucune des mesures que les autorités pénitentiaires auraient pu raisonnablement prendre compte tenu des informations dont elles disposaient à l'époque n'aurait pu sauver la vie de Mark Keenan. Seule une surveillance continue, dont la nécessité n'était pas apparente, aurait pu changer le cours des choses.

B. Appréciation de la Cour

89. La Cour rappelle que la première phrase de l'article 2 § 1 astreint l'Etat non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (arrêt *L.C.B. c. Royaume-Uni* du 9 juin 1998, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-III, p. 1403, § 36). Cela implique de la part de l'Etat le devoir primordial d'assurer le droit à la vie en mettant en place une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations. Cela peut aussi vouloir dire, dans certaines circonstances, mettre à la charge des autorités l'obligation positive de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui (arrêt *Osman c. Royaume-Uni* du 28 octobre 1998, *Recueil* 1998-VIII, p. 3159, § 115).

90. Sans perdre de vue les difficultés pour la police d'exercer ses fonctions dans les sociétés contemporaines, ni l'imprévisibilité du comportement humain ni les choix opérationnels à faire en termes de priorités et de ressources, il faut interpréter cette obligation positive de manière à ne pas imposer aux autorités un fardeau insupportable ou

excessif. Dès lors, toute menace présumée contre la vie n'oblige pas les autorités, au regard de la Convention, à prendre des mesures concrètes pour en prévenir la réalisation. Pour qu'il y ait obligation positive, il doit être établi que les autorités savaient ou auraient dû savoir sur le moment qu'un individu donné était menacé de manière réelle et immédiate dans sa vie du fait des actes criminels d'un tiers et qu'elles n'ont pas pris, dans le cadre de leurs pouvoirs, les mesures qui, d'un point de vue raisonnable, auraient sans doute pallié ce risque (arrêt *Osman* précité, pp. 3159-3160, § 116). En l'espèce, la Cour doit rechercher dans quelle mesure ces principes s'appliquent lorsque le risque est celui d'automutilation.

91. Pour ce qui est des détenus, la Cour a déjà eu l'occasion de souligner que les personnes en garde à vue sont fragiles et que les autorités ont le devoir de les protéger. Il incombe à l'Etat de fournir une explication quant à l'origine des blessures survenues en garde à vue, cette obligation étant particulièrement stricte lorsque la personne décède (voir par exemple l'arrêt *Salman c. Turquie* [GC], n° 21986/93, § 99, CEDH 2000-VII). On peut noter que la nécessité d'un examen est reconnue en droit anglais et gallois, aux termes duquel une enquête a lieu automatiquement lorsqu'une personne meurt en prison et les tribunaux internes imposent aux autorités pénitentiaires un devoir de vigilance à l'égard des personnes détenues dans leur établissement.

92. Le Gouvernement fait valoir que des considérations spéciales interviennent lorsqu'une personne se donne la mort, au nom des principes de dignité et d'autonomie qui doivent interdire d'ôter à un individu sa liberté de choix et d'action. La Cour a reconnu que les mesures préventives que prennent les autorités, par exemple les actions de la police, font inévitablement l'objet de restrictions de par les garanties contenues aux articles 5 et 8 de la Convention (arrêt *Osman* précité, pp. 3159-3160 et 3162-3163, §§ 116 et 121). De même, les autorités pénitentiaires doivent s'acquitter de leurs tâches de manière compatible avec les droits et libertés de l'individu concerné. Des mesures et précautions générales peuvent être prises afin de diminuer les risques d'automutilation sans empiéter sur l'autonomie individuelle. Quant à savoir s'il faut prendre des mesures plus strictes à l'égard d'un détenu et s'il est raisonnable de les appliquer, cela dépend des circonstances de l'affaire.

93. A la lumière de ce qui précède, la Cour a recherché si les autorités savaient ou auraient dû savoir qu'il y avait un risque réel et immédiat que Mark Keenan se suicide et, dans l'affirmative, si elles ont fait tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'elles pour prévenir ce risque.

94. Il est communément admis que Mark Keenan souffrait d'une maladie mentale. Le Gouvernement, s'appuyant sur les rapports des docteurs Keith et Faulk, conteste qu'il ait été schizophrène. La requérante, invoquant pour sa part les rapports des docteurs Maden et Reveley, soutient que les antécédents de son fils et le traitement qu'il a reçu montrent clairement qu'il

était schizophrène. Cette divergence d'opinions a son importance ; en effet, chez les schizophrènes, le risque de suicide est bien connu et élevé. La Cour note que les éléments dont elle dispose ne contiennent aucun diagnostic formel de schizophrénie établi par un psychiatre ayant suivi Mark Keenan. Le docteur Roberts, le psychiatre de Mark Keenan au cours de la dernière période de sa vie, a décrit celui-ci aux autorités pénitentiaires comme présentant des troubles de la personnalité avec des traits antisociaux et des symptômes paranoïdes éphémères sous stress. Le docteur Rowe, qui avait auparavant soigné Mark Keenan, déclara aux autorités de la prison que celui-ci souffrait d'une psychose chronique légère.

95. La Cour constate que les autorités pénitentiaires étaient toutefois conscientes du caractère chronique et parfois psychotique de l'état de Mark Keenan, accompagné de crises récurrentes. Après son admission à la prison d'Exeter, son comportement a alerté les autorités quant à ses tendances suicidaires. En effet, il a tenu des propos à ce sujet les 17 avril et 1^{er} mai 1993 et on peut interpréter en ce sens, même si ce n'est pas la seule explication, la corde trouvée dans sa cellule le 16 avril 1993. La Cour est donc convaincue que les autorités pénitentiaires savaient que l'état mental de Mark Keenan était tel qu'il risquait d'attenter à ses jours.

96. Le docteur Keith a exprimé certains doutes quant à l'authenticité des menaces prononcées par Mark Keenan, car il pensait que ce dernier était manipulateur et essayait peut-être d'obtenir de retourner à l'hôpital pour des raisons personnelles, c'est-à-dire pour éviter de rester dans l'aile ordinaire de la prison, où il « [avait] des dettes » envers d'autres détenus. Toutefois, la Cour juge convaincant l'argument de la requérante selon lequel le risque était non pas que Mark Keenan se donne volontairement la mort, mais qu'il le fasse involontairement pour manipuler les autorités pénitentiaires. La Cour estime qu'en raison de son état mental ces menaces devaient être prises au sérieux et étaient donc dans cette mesure réelles. Ce risque était toutefois plus ou moins immédiat. A certaines périodes, Mark Keenan avait un comportement apparemment normal ou était au moins en mesure de faire face au stress de sa situation. On ne saurait conclure qu'il courait un risque immédiat tout au long de sa détention. Cependant, son état étant variable, il avait besoin d'une surveillance étroite pour parer à une aggravation subite.

97. Il se pose donc la question de savoir si les autorités pénitentiaires ont fait tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'elles étant donné la nature du risque que posait Mark Keenan.

98. La Cour rappelle qu'à son arrivée à la prison d'Exeter le 1^{er} avril 1993 Mark Keenan fut admis au centre médical pour y passer une visite médicale. Le médecin-chef consulta le psychiatre de Mark Keenan pour savoir quel médicament lui prescrire compte tenu de son état mental. Il ne se produisit aucun incident jusqu'à ce que, après l'avoir transféré dans une cellule normale, on y ait trouvé un nœud coulant. Après une nuit dans cette cellule, Mark Keenan retourna au centre médical, où il fit l'objet d'une

surveillance toutes les quinze minutes par mesure de précaution. Le 26 avril 1993, après un bref séjour dans une cellule normale, il fut reconduit au centre médical. Peu après, le 29 avril, le docteur Rowe l'examina et modifia son traitement. Lorsque, peu de temps après, il devint agressif, un médecin de la prison décida de reprendre le traitement précédent. Mark Keenan agressa deux gardiens le 30 avril 1993, ce qui lui valut d'être placé en isolement. Après avoir menacé de se suicider, il retourna au centre médical avec une surveillance tous les quarts d'heure. Le 3 mai, à la suite d'une amélioration de son comportement et à sa propre demande, il revint en isolement. Il faut noter qu'il y reçut quotidiennement la visite d'un médecin. Entre le 3 et le 7 mai, Mark Keenan se montra perturbé, refusant les médicaments et agissant avec agressivité. Entre ce moment et le 15 mai, date de son suicide, aucun autre incident ne fut noté. Après la décision du 14 mai 1993, où il fut puni de sept jours d'isolement, il manifesta quelque angoisse quant à l'accès à la boutique de la prison, mais eut l'air pour le reste de tenir le coup. Un ami qui lui avait rendu visite et un gardien de service ce jour-là considérèrent même qu'il était de bonne humeur peu avant sa mort.

99. La Cour estime que, dans l'ensemble, les autorités ont réagi de manière raisonnable face au comportement de Mark Keenan en le plaçant à l'hôpital et sous surveillance lorsqu'il faisait preuve de tendances suicidaires. Il recevait quotidiennement la visite de médecins de la prison, qui ont consulté à deux reprises des psychiatres de l'extérieur connaissant son dossier. Les médecins de la prison, qui auraient pu à tout moment décider de mettre fin à l'isolement, le jugèrent apte à supporter ce régime. Le 15 mai 1993, il n'y avait aucune raison d'alerter les autorités pour leur signaler qu'il était perturbé et risquait de commettre une tentative de suicide. Dans ces conditions, il n'apparaît pas que les autorités aient omis d'appliquer une mesure qu'elles auraient raisonnablement dû prendre, comme une surveillance tous les quarts d'heure. Il s'est produit un hasard malencontreux : l'alarme sonore avait été éteinte. Il est regrettable qu'un détenu ou un gardien ait pu toucher à ce mécanisme d'alarme. Toutefois, le signal visuel fonctionnait et a été vu par le personnel, quoique pas immédiatement. La requérante n'a pas indiqué que cela aurait joué un quelconque rôle dans la mort de Mark Keenan.

100. Celle-ci a néanmoins fait valoir que ce contexte a dû augmenter le risque que son fils se suicide et que les autorités ont failli à leurs responsabilités car elles n'ont pas apprécié correctement le fait qu'il n'était pas prêt à supporter l'isolement et lui ont infligé une sanction. La requérante a notamment critiqué les compétences des médecins de la prison, rappelant qu'aucun d'entre eux n'était psychiatre et notamment que le docteur Seale, qui avait modifié le traitement prescrit par le docteur Rowe, n'avait aucune formation psychiatrique. Elle a aussi souligné que l'on aurait dû prévoir que le fait d'infliger une sanction disciplinaire à Mark Keenan était susceptible

d'augmenter le stress pesant sur son état mental fragile, et consulter des psychiatres expérimentés.

101. La Cour considère que ces arguments sont quelque peu spéculatifs. On ne sait pas ce qui a poussé Mark Keenan à se suicider. Les questions relatives au niveau de vigilance avec lequel celui-ci a été traité dans les jours précédant sa mort doivent plutôt être examinées sous l'angle de l'article 3 de la Convention.

102. La Cour conclut qu'il n'y a pas eu en l'espèce violation de l'article 2 de la Convention.

II. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 3 DE LA CONVENTION

103. La requérante se plaint de ce que les autorités pénitentiaires ont soumis son fils à des traitements inhumains et/ou dégradants en mai 1993, au mépris de l'article 3 de la Convention, ainsi libellé :

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

104. Le Gouvernement conteste ce grief. Dans son rapport, la Commission a conclu par onze voix contre neuf à la non-violation de l'article 3 de la Convention.

A. Arguments des parties

105. La requérante fait valoir que, bien que l'isolement de détenus ne soit pas en lui-même contraire à l'article 3 de la Convention, l'Etat doit rechercher attentivement si, du fait de la personnalité et de la vulnérabilité mentale d'un détenu, un traitement qui se justifie par ailleurs ne risque pas d'entraîner chez lui des souffrances et briser sa résistance physique et mentale. Elle renvoie à la jurisprudence de la Cour, qui souligne la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans des hôpitaux psychiatriques (voir, par exemple, l'arrêt *Herczegfalvy c. Autriche* du 24 septembre 1992, série A n° 244, pp. 25-26, § 82). Si certaines mesures coercitives peuvent se justifier par des raisons médicales, la sanction infligée à Mark Keenan ne se fondait sur aucune décision médicale concernant les méthodes thérapeutiques nécessaires pour protéger sa santé physique ou mentale ; il n'y avait pas suffisamment de notes dans le dossier médical pour justifier cette mesure, qui a par elle-même provoqué le comportement suicidaire/d'automutilation. En l'espèce, on savait que Mark Keenan réagissait à un environnement qui ne le satisfaisait pas, par exemple avec des pensées suicidaires et en refusant ses médicaments.

106. Rappelant la vive préoccupation que suscite le taux élevé de suicide parmi la population carcérale en Europe, la requérante affirme que le fait

que son fils ait été examiné par des médecins de la prison sans formation psychiatrique n'a pas permis de protéger de manière pratique et effective dans son chef les droits garantis par l'article 3. De plus, le suivi psychiatrique et les soins thérapeutiques assurés après le 4 mai 1993 ont été totalement insuffisants. Mark Keenan a été sanctionné pour un comportement provoqué par une modification de son traitement, ou étroitement lié à celle-ci, et l'enquête judiciaire n'a pas suffisamment approfondi les circonstances de sa mort ni la justification de son traitement de la part des autorités pénitentiaires au cours de la période précédant sa mort.

107. Le Gouvernement fait observer que les griefs de la requérante se rapportant à l'effet que l'isolement aurait eu sur Mark Keenan se fondent sur le rapport du docteur Reveley. Or les conclusions de cette dernière ne sont pas corroborées par les preuves mais ont été rédigées après les faits et contiennent une dose de spéculation. Pendant qu'il était en isolement, Mark Keenan a pris ses médicaments, reçu des visites quotidiennes du médecin ainsi que d'autres personnes, et son état ne s'est pas aggravé. Les médecins auraient pu à tout moment mettre fin à l'isolement s'ils l'avaient estimé nécessaire. Or ils l'ont jugé les 1^{er} et 3 mai apte à supporter l'isolement et le 14 mai à passer en jugement et être sanctionné. Même si l'intéressé a effectivement éprouvé un certain désespoir et une certaine angoisse, etc., ce traitement n'a pas atteint le degré de gravité nécessaire pour faire entrer en jeu l'article 3. Il n'a pas non plus entraîné une humiliation plus importante que celle inhérente à toute sanction. La Commission a traité la requête en partant du principe que la détention n'avait pas provoqué chez lui de préjudice, même au sens d'une aggravation de l'état qui était le sien auparavant.

108. Le Gouvernement souligne qu'il n'y avait à l'époque aucun signe montrant que Mark Keenan aurait éprouvé avant sa mort une angoisse ou une détresse importantes en raison de ses conditions de détention, étant donné qu'il est impossible de distinguer les souffrances résultant de sa maladie mentale des tensions supplémentaires que l'isolement aurait pu faire peser sur lui. Les personnes qui l'ont vu le jour de sa mort l'ont trouvé d'une humeur enjouée. Il ne s'est montré agité qu'un bref moment et s'est calmé après qu'on lui eut confirmé qu'il avait toujours le droit d'acheter du tabac. Tout en reconnaissant qu'il existe une obligation de fournir un traitement médical adéquat aux détenus, le Gouvernement estime que l'intéressé a bien fait l'objet d'un tel traitement tout au long de sa détention. En conclusion, il n'aurait pas subi de traitement inhumain ou dégradant contraire à l'article 3 de la Convention.

B. Appréciation de la Cour

109. La Cour rappelle qu'un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3. L'appréciation de ce minimum est relative par essence ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause et notamment de la durée du traitement, de ses effets physiques et/ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime (voir, entre autres, l'arrêt *Tekin c. Turquie* du 9 juin 1998, *Recueil* 1998-IV, p. 1517, § 52).

110. En recherchant si une peine ou un traitement est « dégradant » au sens de l'article 3, la Cour examinera en outre si le but était d'humilier et de rabaisser l'intéressé et si, considérée dans ses effets, la mesure a ou non atteint la personnalité de celui-ci d'une manière incompatible avec l'article 3 (voir, par exemple, l'arrêt *Raninen c. Finlande* du 16 décembre 1997, *Recueil* 1997-VIII, pp. 2821-2822, § 55). Un tel traitement a également été défini comme étant de nature à créer des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à humilier, avilir et briser éventuellement la résistance physique ou morale de la personne qui en est victime (arrêt *Irlande c. Royaume-Uni* du 18 janvier 1978, série A n° 25, p. 66, § 167), ou à la conduire à agir contre sa volonté ou sa conscience (voir par exemple l'avis de la Commission dans l'Affaire grecque, *Annuaire* 12, chapitre IV, p. 186).

111. Dans le cadre de la présente requête, il y a lieu de rappeler aussi que les autorités sont dans l'obligation de protéger la santé des personnes privées de liberté (arrêt *Hurtado c. Suisse* du 28 janvier 1994, série A n° 280-A, avis de la Commission, pp. 15-16, § 79). Le manque de soins médicaux appropriés peut constituer un traitement contraire à l'article 3 (*İlhan c. Turquie* [GC], n° 22277/93, § 87, CEDH 2000-VII). En particulier, pour apprécier si le traitement ou la sanction concernés étaient incompatibles avec les exigences de l'article 3, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne (voir, par exemple, l'arrêt *Herczegfalvy* précité, pp. 25-26, § 82, et l'arrêt *Aerts c. Belgique* du 30 juillet 1998, *Recueil* 1998-V, p. 1966, § 66).

112. La Cour rappelle que Mark Keenan souffrait d'un trouble mental chronique marqué par des épisodes psychotiques et des sentiments paranoïaques. On avait également diagnostiqué chez lui un trouble de la personnalité. Au cours de sa détention à la prison d'Exeter à partir du 14 avril 1993, il a connu des périodes de comportement perturbé lorsqu'il était transféré de l'hôpital dans une cellule ordinaire. Il montrait alors des tendances suicidaires, ressentait des peurs pouvant être de type paranoïde et traversait des crises d'agressivité et de violence. On ne saurait contester qu'il ait éprouvé angoisse et détresse durant cette période et jusqu'à sa mort. La lettre qu'il a écrite à son médecin, que celui-ci a reçue après sa mort, exprime un profond désespoir (paragraphe 44 ci-dessus). Toutefois, comme la Commission l'a déclaré dans l'opinion de la majorité, il n'est pas possible

de discerner avec certitude dans quelle mesure ses symptômes à cette époque, ou même sa mort, ont résulté des conditions de détention qui lui ont été imposées par les autorités pénitentiaires.

113. La Cour considère toutefois que cette difficulté n'est pas déterminante pour trancher la question de savoir si les autorités ont respecté l'obligation où les mettait l'article 3 de protéger Mark Keenan de tout traitement ou de toute peine contraire à cette disposition. S'il est vrai que la gravité de la souffrance, physique ou mentale, provoquée par une mesure donnée est une considération qui a compté dans beaucoup des affaires dont la Cour a eu à connaître sous l'angle de l'article 3, il est des circonstances où la preuve de l'effet réel sur une personne peut ne pas être un élément majeur. Par exemple, à l'égard d'une personne privée de sa liberté, tout usage de la force physique qui n'est pas rendu strictement nécessaire par le propre comportement de ladite personne porte atteinte à la dignité humaine et constitue, en principe, une violation du droit garanti par l'article 3 (arrêts *Ribitsch c. Autriche* du 4 décembre 1995, série A n° 336, p. 26, § 38, et *Tekin* précité, pp. 1517-1518, § 53). De même, le traitement infligé à un malade mental peut se trouver incompatible avec les normes imposées par l'article 3 s'agissant de la protection de la dignité humaine, même si cette personne n'est pas en mesure, ou pas capable, d'indiquer des effets néfastes précis.

114. En l'espèce, la Cour est frappée par la rareté des notes consignées dans le dossier médical de Mark Keenan, alors que l'on connaissait ses tendances suicidaires et que l'on pouvait prévoir que l'isolement puis la sanction disciplinaire le soumettraient à un stress supplémentaire. Du 5 au 15 mai 1993, date de sa mort, aucune mention n'a été portée dans son dossier médical. Sachant que plusieurs médecins de la prison suivaient Mark Keenan, cela montre une volonté insuffisante de rendre compte de manière complète et détaillée de son état mental et sape l'efficacité de tout processus de surveillance ou de contrôle. La Cour juge que l'explication du docteur Keith – à savoir que l'absence de notes signifie qu'il n'y avait rien à consigner – n'est pas satisfaisante compte tenu des mentions figurant dans le registre des incidents pour la période correspondante.

115. De plus, bien que le médecin-chef de la prison ait consulté le médecin de Mark Keenan à son arrivée et que le psychiatre consultant, qui connaissait également l'intéressé, ait été appelé à son chevet le 29 avril 1993, la Cour relève qu'il n'est plus fait par la suite mention d'aucun psychiatre. Tandis que le docteur Rowe avait indiqué le 29 avril 1993 que Mark Keenan devait être privé de compagnie jusqu'à la disparition de ses sentiments paranoïdes, on a parlé dès le lendemain à ce dernier d'un retour dans une cellule normale. Lorsque son état s'est aggravé, un médecin de la prison non qualifié en psychiatrie a repris l'ancien traitement sans consulter le psychiatre qui avait préconisé le changement. C'est alors que Mark Keenan agressa deux gardiens de prison. Bien que celui-ci ait

demandé au médecin de la prison de signaler au directeur lors du jugement que l'agression était consécutive à un changement de médicaments, aucun psychiatre n'a été consulté pour obtenir un avis quant à son traitement futur ou à son aptitude à être jugé et sanctionné.

116. Le fait que l'état de Mark Keenan n'ait pas été surveillé de manière effective et que son état ait été apprécié et son traitement défini sans que soient consultés des spécialistes en psychiatrie est constitutif de graves lacunes dans les soins médicaux prodigués à un malade mental dont on connaissait les tendances suicidaires. Dans ces conditions, le fait d'infliger tardivement une sanction disciplinaire lourde – sept jours d'isolement dans le quartier disciplinaire et vingt-huit jours de détention supplémentaires – deux semaines après les faits et seulement neuf jours avant la date prévue pour sa sortie, ce qui était susceptible d'ébranler sa résistance physique et morale, n'est pas compatible avec le niveau de traitement exigé à l'égard d'un malade mental. Cette sanction doit donc passer pour constituer un traitement et une peine inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la Convention.

Dès lors, la Cour conclut à la violation de cette disposition.

III. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 13 DE LA CONVENTION

117. La requérante affirme ne pas avoir disposé de recours effectifs pour redresser ses griefs. Elle invoque l'article 13 de la Convention, ainsi libellé :

« Toute personne dont les droits et libertés reconnus dans la (...) Convention ont été violés, a droit à l'octroi d'un recours effectif devant une instance nationale, alors même que la violation aurait été commise par des personnes agissant dans l'exercice de leurs fonctions officielles. »

Le Gouvernement rejette ce grief, tandis que la Commission a conclu à l'unanimité à la violation de cette clause au motif que la requérante n'avait disposé d'aucun recours portant sur la responsabilité des autorités pénitentiaires s'agissant de la mort de son fils et lui offrant une possibilité d'indemnisation.

A. Arguments des parties

118. La requérante affirme que l'article 13 exige l'existence d'un recours permettant de déterminer si les autorités pénitentiaires avaient bien protégé, comme elles en avaient l'obligation positive, le droit de son fils à la vie. Or il n'existait aucun recours effectif en pratique comme en droit. Pour que les héritiers de son fils puissent engager une action pour faute contre les autorités pénitentiaires, il fallait prouver que le défunt avait subi un préjudice (autre que la mort) ou qu'une perte financière (comme les frais

funéraires) avait affecté le patrimoine, ou qu'il avait été de son vivant victime d'un abus de pouvoir délibéré ou malveillant. Même si elle pouvait en théorie intenter une action en recouvrement des frais funéraires, il était inconcevable que l'aide judiciaire lui fût accordée dans ce but.

119. La requérante fait observer qu'une action pour faute à raison du décès ne peut être intentée que par le conjoint, le parent d'un mineur (de dix-huit ans) décédé ou une personne à charge à qui la mort a causé un préjudice. Aucune action ne peut donc être engagée lorsqu'une personne célibataire de plus de dix-huit ans, au chômage ou sans revenus et donc sans personne à charge, décède en prison parce que l'Etat ne s'est pas acquitté de son devoir de vigilance à l'égard des détenus.

120. En ce qui concerne les recours dont disposait Mark Keenan avant sa mort, elle soutient qu'un contrôle juridictionnel n'aurait pas constitué un recours effectif car il aurait seulement porté sur la régularité des mesures et non sur les faits controversés ou les avis médicaux. Il aurait de plus été impossible que la requête éventuelle soit examinée dans le court laps de temps disponible. La procédure de plainte interne – d'abord auprès du directeur (53 % des requêtes traitées dans les sept jours) puis auprès de l'administration pénitentiaire (délai de six semaines pour répondre) – ne convenait pas non plus. Il n'est ni raisonnable ni réaliste de laisser entendre que Mark Keenan aurait pu recourir aux procédures existantes avant sa mort, en raison du caractère ineffectif des garanties procédurales prévues et de son propre état mental.

121. Le Gouvernement affirme pour sa part que, pendant sa détention, Mark Keenan disposait de recours : contrôle juridictionnel et procédure de plainte interne à la prison. La Cour a auparavant considéré le contrôle juridictionnel comme un recours effectif, les tribunaux internes examinant les allégations d'atteinte aux droits de l'homme avec un « soin extrême ». Dans l'affaire *Silver et autres*, la Cour a également jugé effectif le droit de recours au ministre de l'Intérieur (arrêt *Silver et autres c. Royaume-Uni* du 25 mars 1983, série A n° 61, p. 43, § 116). La procédure de requête/plainte est une voie de redressement plus élaborée, également effective aux fins de l'article 13, qui vise les procédures autres que judiciaires. Mark Keenan pouvait également intenter une action en indemnisation pour faute du fait que les conditions dans lesquelles il a été détenu lui avaient causé un préjudice physique ou psychiatrique, ou avaient provoqué l'aggravation d'un état existant (action qui a persisté en faveur de sa succession après sa mort), ainsi qu'une action pour agression ou abus de pouvoir dans l'exercice d'un emploi public.

122. En ce qui concerne les recours à la disposition de la requérante, le Gouvernement convient que l'enquête judiciaire, qui ne porte pas sur la question de la responsabilité, n'a pas offert à l'intéressée la possibilité d'établir la responsabilité des autorités pénitentiaires ou d'obtenir des dommages-intérêts. Toutefois, les héritiers pouvaient intenter une action à

raison du préjudice subi ou de l'aggravation de la maladie mentale intervenue avant la mort. Le Gouvernement conteste la conclusion de la Commission selon laquelle la requérante n'a pas disposé d'un recours effectif portant sur le fait que l'on n'a pas réussi à empêcher son fils de se suicider. En effet, si les autorités pénitentiaires avaient failli à prévenir la mort ou si le décès était dû aux conditions de détention, la requérante aurait pu intenter une action pour faute. Quant à la conclusion de la Commission selon laquelle il n'existait pas de recours pour rechercher qui était responsable des souffrances infligées à son fils avant sa mort, il conteste que les conditions de détention aient provoqué quelque souffrance que ce soit. Mark Keenan était dans de bonnes dispositions d'esprit avant son suicide. Il reconnaît cependant que le droit de la responsabilité pour faute ne prévoit pas d'octroyer des dommages-intérêts pour une détresse qui ne découle pas d'un dommage corporel ou ne constitue pas un dommage psychiatrique.

B. Appréciation de la Cour

123. La Cour rappelle que l'article 13 de la Convention garantit l'existence en droit interne d'un recours permettant de se prévaloir des droits et libertés de la Convention, tels qu'ils peuvent s'y trouver consacrés. Cette disposition a donc pour conséquence d'exiger un recours interne habilitant à examiner le contenu d'un « grief défendable » fondé sur la Convention et à offrir le redressement approprié, même si les Etats contractants jouissent d'une certaine marge d'appréciation quant à la manière de se conformer aux obligations que leur fait cette disposition. La portée de l'obligation découlant de l'article 13 varie en fonction de la nature du grief que le requérant fonde sur la Convention. Toutefois, le recours exigé par l'article 13 doit être « effectif » en pratique comme en droit, en ce sens particulièrement que son exercice ne doit pas être entravé de manière injustifiée par les actes ou omissions des autorités de l'Etat défendeur (arrêt *Aksoy c. Turquie* du 18 décembre 1996, *Recueil* 1996-VI, p. 2286, § 95, arrêt *Aydın c. Turquie* du 25 septembre 1997, *Recueil* 1997-VI, pp. 1895-1896, § 103, et arrêt *Kaya c. Turquie* du 19 février 1998, *Recueil* 1998-I, pp. 329-330, § 106).

Eu égard à l'importance fondamentale du droit à la vie, l'article 13 implique, outre le versement d'une indemnité là où il convient, des investigations approfondies et effectives propres à conduire à l'identification et à la punition des responsables et comportant un accès effectif du plaignant à la procédure d'enquête (arrêt *Kaya* précité, pp. 330-331, § 107).

124. En se fondant sur les preuves présentées en l'espèce, la Cour a estimé que l'Etat défendeur était responsable, sous l'angle de l'article 3 de la Convention, des peines et traitements inhumains et dégradants infligés à Mark Keenan, qui était atteint d'une maladie mentale, avant sa mort en détention. Les griefs invoqués par la requérante à cet égard sont donc

« défendables » aux fins de l'article 13 en ce qui concerne tant l'article 2 que l'article 3 de la Convention (arrêts *Boyle et Rice c. Royaume-Uni* du 27 avril 1988, série A n° 131, p. 23, § 52, *Kaya* précité, pp. 330-331, § 107, et *Yaşa c. Turquie* du 2 septembre 1998, *Recueil* 1998-VI, p. 2442, § 113).

125. La Cour relève que deux questions se posent sous l'angle de l'article 13 de la Convention : celles de savoir si Mark Keenan a disposé d'un recours quant à la sanction qui l'a frappé et si, après le suicide de son fils, la requérante pouvait se prévaloir d'un recours soit en son nom propre, soit en tant qu'exécutrice testamentaire de son fils.

126. En ce qui concerne Mark Keenan lui-même, la Cour relève que la sanction consistant à prolonger sa détention et à le placer en isolement lui a été infligée le 14 mai 1993 et qu'il s'est suicidé le 15 mai 1993 au soir. La Commission a estimé que l'Etat défendeur ne pouvait être tenu pour responsable de l'absence d'un recours disponible dans les vingt-quatre heures. Or il est de fait que Mark Keenan n'a pas disposé du moindre recours pour contester la sanction au cours des sept jours d'isolement ni même au cours des vingt-huit jours de détention supplémentaires. Même à supposer qu'un contrôle juridictionnel ait permis de contester la décision du directeur de la prison, Mark Keenan n'aurait pu bénéficier de l'assistance judiciaire et des services d'un avocat pour soumettre une requête dans un délai aussi court. De même, la durée de la procédure de plainte interne auprès de l'administration pénitentiaire contre une décision de la direction était estimée à six semaines. La Cour prend note du constat du médiateur des prisons selon lequel il n'existait pas de procédure de plainte rapide pour les détenus ayant besoin d'un redressement à bref délai (paragraphe 72 ci-dessus).

127. Si, comme cela a été suggéré, l'état mental de Mark Keenan ne lui permettait pas de se prévaloir des recours disponibles, cela ferait ressortir, non pas l'absence de nécessité d'un recours mais, au contraire, la nécessité d'un contrôle automatique d'une décision telle que celle prise en l'espèce. La Cour n'est en outre pas convaincue qu'un recours effectif contre la décision n'aurait eu aucune influence sur les événements. Mark Keenan a été puni dans des conditions révélant une violation de l'article 3 de la Convention et il était en droit, de par l'article 13 de la Convention, de disposer d'un recours visant à annuler cette sanction avant qu'elle ne soit exécutée ou parvenue à son terme. Il y a donc eu violation de l'article 13 à cet égard.

128. En ce qui concerne les recours disponibles après la mort de Mark Keenan, nul ne conteste que, si l'enquête judiciaire a offert un cadre adéquat pour établir les circonstances dans lesquelles l'intéressé est mort, elle n'a pas permis de déterminer la responsabilité des autorités quant aux mauvais traitements allégués ni de fournir une réparation.

129. Le Gouvernement a fait valoir que la requérante aurait pu intenter une action pour faute, soit pour le compte de la succession de son fils au motif qu'il avait subi un préjudice avant sa mort, soit à raison de sa mort (s'il

avait des personnes à charge) en vertu de la loi sur les accidents mortels. A son avis, ces recours auraient permis de statuer sur la responsabilité et la réparation. La Cour n'est cependant pas convaincue qu'un constat de faute émis par les tribunaux aurait en soi constitué un moyen effectif de redresser les griefs de la requérante. Pour autant que Mark Keenan s'est automutilé avant sa mort, on peut dire qu'il a subi un dommage corporel. Bien que la Cour accepte l'argument du Gouvernement en ce sens, elle n'admet pas (le Gouvernement ne l'affirme d'ailleurs pas) que des dommages-intérêts appropriés auraient pu être versés ni que l'assistance judiciaire aurait pu être accordée pour engager une procédure à cet effet. Il n'est pas non plus établi que le traitement infligé à Mark Keenan avant sa mort ait provoqué un préjudice psychiatrique. Les rapports médicaux font état d'angoisse, de peur et de désespoir, voire de terreur. Rien ne montre que le fait d'éprouver ces sentiments puisse passer pour un « dommage » au sens admis en droit interne. Le Gouvernement a d'ailleurs reconnu que l'angoisse et la peur n'en relèvent pas. De plus, la requérante étant mère d'un enfant adulte et non une personne à charge, elle ne pouvait réclamer des dommages-intérêts en vertu de la loi sur les accidents mortels pour son propre compte.

130. La question qui se pose est celle de savoir si, dans ce contexte, l'article 13 exige de proposer une réparation. La Cour accorde elle-même une satisfaction équitable là où il convient, reconnaissant que la douleur, le stress, l'angoisse et la frustration appellent une réparation adéquate au titre du dommage moral. La Cour considère que, en cas de violation des articles 2 et 3 de la Convention, qui sont les dispositions les plus fondamentales de la Convention, la réparation du dommage moral découlant de la violation doit en principe figurer au nombre des recours possibles.

131. En l'espèce, la Cour conclut que la requérante aurait dû pouvoir demander réparation du dommage moral subi par elle et par son fils avant la mort de celui-ci.

132. De plus, en dépit de l'ensemble de recours cité par le Gouvernement, la requérante n'a disposé en l'espèce d'aucun recours effectif qui aurait permis d'établir les responsabilités s'agissant de la mort de Mark Keenan. Or la Cour estime qu'il s'agit là d'un aspect essentiel du recours prévu par l'article 13 pour un parent qui a perdu son enfant.

133. Partant, il y a eu violation de l'article 13 de la Convention.

IV. SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 41 DE LA CONVENTION

134. Aux termes de l'article 41 de la Convention,

« Si la Cour déclare qu'il y a eu violation de la Convention ou de ses Protocoles, et si le droit interne de la Haute Partie contractante ne permet d'effacer qu'imparfaitement les conséquences de cette violation, la Cour accorde à la partie lésée, s'il y a lieu, une satisfaction équitable. »

A. Dommage

135. La requérante demande réparation du dommage moral découlant du traitement inhumain et dégradant subi par son fils en prison, en se fondant sur l'avis du docteur Reveley (paragraphe 51 ci-dessus). Elle demande également un dédommagement adéquat en raison du chagrin, de la détresse et des sentiments de perte et de deuil que lui a causés la disparition de son fils unique.

136. Le Gouvernement estime qu'un constat de violation constituerait en soi une satisfaction équitable pour la violation de tous les articles invoqués ou de l'un d'entre eux. Toutefois, pour le cas où la Cour aurait l'intention d'octroyer une réparation, une somme de 10 000 livres sterling (GBP) environ lui paraîtrait convenir.

137. La Cour rappelle avoir constaté ci-dessus que la peine infligée à Mark Keenan dans les circonstances de l'espèce était inhumaine et dégradante, et donc contraire à l'article 3. Elle a dit que la conduite des autorités pénitentiaires n'avait pas enfreint l'article 2 de la Convention, c'est-à-dire que l'Etat défendeur ne pouvait être tenu pour responsable de la mort de Mark Keenan. Elle a par ailleurs conclu à la violation de l'article 13 du fait que Mark Keenan n'a pas disposé de recours pour contester la décision le concernant et que la requérante n'en a pas eu non plus pour intenter une procédure après sa mort.

138. Pour la Cour, force est de considérer que Mark Keenan a éprouvé de forts sentiments de stress, d'angoisse et d'insécurité par suite de la sanction disciplinaire qui lui a été infligée avant sa mort. Il y a également lieu de considérer que la requérante, sa mère, a dû éprouver angoisse et détresse en raison des conditions dans lesquelles son fils a été détenu et de l'impossibilité où elle s'est trouvée d'utiliser une voie de recours effective. Statuant en équité et gardant à l'esprit qu'il s'agissait d'un cas de suicide et non de torture délibérée, la Cour octroie au titre du dommage moral 7 000 GBP quant à Mark Keenan, somme à détenir par la requérante pour la succession de son fils, et 3 000 GBP à la requérante à titre personnel.

B. Frais et dépens

139. La requérante réclame 4 929,59 GBP pour la procédure devant les tribunaux internes ainsi que 32 566,84 GBP pour la procédure devant les

organes de la Convention, taxe sur la valeur ajoutée (TVA) comprise dans les deux cas.

140. Le Gouvernement estime excessives les sommes demandées, notamment celle de 19 000 GBP correspondant aux honoraires du conseil. Le montant qui sera accordé doit tenir compte des constats éventuels de non-violation. A son avis, il serait raisonnable d'allouer 15 000 GBP, TVA comprise.

141. La Cour observe que la requérante a réussi à faire établir la violation des articles 3 et 13 de la Convention. Elle juge pertinentes les critiques formulées par le Gouvernement quant à la somme demandée au titre des honoraires du conseil, qui comprend 8 250 GBP pour la préparation du mémoire destiné la Cour. Statuant en équité et tenant compte des sommes allouées dans d'autres affaires, la Cour octroie 21 000 GBP, TVA comprise.

C. Intérêts moratoires

142. Selon les informations dont la Cour dispose, le taux d'intérêt légal applicable au Royaume-Uni à la date d'adoption du présent arrêt est de 7,5 % l'an.

PAR CES MOTIFS, LA COUR

1. *Dit*, à l'unanimité, qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2 de la Convention ;
2. *Dit*, par cinq voix contre deux, qu'il y a eu violation de l'article 3 de la Convention ;
3. *Dit*, à l'unanimité, qu'il y a eu violation de l'article 13 de la Convention ;
4. *Dit*, à l'unanimité,
 - a) que l'Etat défendeur doit verser à la requérante, dans les trois mois, les sommes suivantes :
 - i. 10 000 GBP (dix mille livres sterling) pour dommage moral ;
 - ii. 21 000 GBP (vingt et un mille livres sterling) pour frais et dépens, taxe sur la valeur ajoutée comprise ;
 - b) que ces montants seront à majorer d'un intérêt simple de 7,5 % l'an à compter de l'expiration dudit délai et jusqu'au versement ;
5. *Rejette*, à l'unanimité, la demande de satisfaction équitable pour le surplus.

Fait en anglais, puis communiqué par écrit le 3 avril 2001, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

S. DOLLÉ
Greffière

J.-P. COSTA
Président

Au présent arrêt se trouve joint, conformément aux articles 45 § 2 de la Convention et 74 § 2 du règlement, l'exposé des opinions séparées suivantes :

- opinion concordante de M. Costa ;
- opinion concordante de Sir Stephen Sedley ;
- opinion en partie dissidente commune à MM. Fuhrmann et Kūris.

J.-P.C.
S.D.

OPINION CONCORDANTE DE M. LE JUGE COSTA

J'ai voté avec la majorité de la Cour pour conclure que l'Etat défendeur n'avait pas violé l'article 2 de Convention et avait violé son article 3.

Je voudrais préciser comment dans mon esprit et en l'espèce s'articulent ces deux articles et pourquoi je trouve qu'il n'y a pas de contradiction entre ces deux constats.

Une façon apparemment paradoxale, mais à mon avis simple et logique, d'aboutir aux conclusions de l'arrêt serait d'inverser l'ordre des articles du dispositif, ainsi que des paragraphes des motifs qui en sont le support nécessaire.

Certes, il peut sembler naturel, comme le fait l'arrêt, de commencer par le droit à la vie et de continuer par les peines et traitements inhumains et dégradants. Dans les circonstances de cette affaire, il me semble cependant plus commode de faire l'inverse. Je n'ai guère de doutes en ce qui concerne l'article 3. Cinq jours avant d'être incarcéré, Mark Keenan, soigné dans un hôpital, avait été diagnostiqué comme présentant des troubles de la personnalité, une psychose paranoïde, et des menaces de suicide. Libéré sous caution, puis réincarcéré quelque quatre mois plus tard pour purger une peine de quatre mois d'emprisonnement, le jeune homme, dont l'état de santé était connu du médecin-chef de l'établissement (qui consulta son psychiatre traitant), manifesta des troubles très sérieux. Quinze jours après son entrée en prison, il menaça de se pendre et on trouva dans sa cellule une corde faite avec des draps. Deux semaines plus tard, il agressa deux surveillants, et un médecin de l'établissement, n'ayant que six mois de formation en psychiatrie, le considéra apte à être jugé pour cette agression, et, en attendant, à être placé dans l'unité d'isolement du quartier disciplinaire, ce que décida le même jour le directeur adjoint de la prison. Mark Keenan menaça alors de se tuer, affirma qu'il entendait des voix et qu'il pensait qu'il était le Christ. Il n'en resta pas moins dans l'unité d'isolement du 3 au 15 mai. Le 14, le directeur adjoint lui infligea vingt-huit jours supplémentaires d'emprisonnement en raison de l'agression sur les surveillants (il est à noter que, ce jour-là, il ne lui restait plus que neuf jours avant la date normale de sa levée d'écrou). Et c'est le lendemain qu'il se pendit avec une corde faite à l'aide de draps.

A mon avis, et quelque délicate que soit l'appréciation à laquelle devaient se livrer les autorités pénitentiaires, le confinement de l'intéressé et la peine le condamnant à rester en prison quatre semaines de plus, ce à quelques jours de la date prévue pour sa libération, ont constitué un traitement et une peine contraires à l'article 3, compte tenu de la personnalité de Keenan. A cet égard, le rapprochement avec l'arrêt *Kudła (Kudła c. Pologne)* [GC], n° 30210/96, CEDH 2000-XI, où la Cour avait conclu à la non-violation du même article, me semble très éclairant.

Mais je serais personnellement arrivé au même constat dans l'hypothèse où le jeune homme aurait tenté de se tuer sans y parvenir ou dans celle où il aurait manifesté autrement son désespoir, par exemple en s'automutilant comme cela hélas arrive parfois. Autrement dit, à mes yeux, ce n'est pas la mort de Keenan qui révèle le caractère inhumain de ce qu'il a subi. Les deux choses sont distinctes.

C'est précisément pour cette raison que je ne suis pas gêné, bien qu'il y ait eu mort d'homme, de conclure à la non-violation de l'article 2. L'obligation positive qui pèse sur les Etats de prendre les mesures propres à protéger la vie, particulièrement pour quelqu'un placé sous la surveillance des autorités pénitentiaires, ne me semble pas avoir été violée en l'espèce. Mark Keenan a fait l'objet de contrôles répétés et a reçu en prison des traitements médicaux. Il a aussi été soumis à une « surveillance tous les quarts d'heure » (le 16 avril, le 30 avril et le 1^{er} mai). Le risque qu'il se suicide était connu, et a été pris au sérieux. Sa personnalité très troublée et fragile en faisait un prisonnier à risques, mais aussi quelqu'un d'imprévisible, et il était impossible de le garder sous contrôle vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Bref, je ne crois pas que son droit à la vie ait été enfreint par l'Etat défendeur, même par négligence.

Au total, je ne suis donc pas en désaccord avec le dispositif de l'arrêt, mais il me semble que le raisonnement qui a été suivi a l'inconvénient de donner à penser que l'article 3 est en quelque sorte un succédané de son article 2 et que c'est pour n'avoir pas osé conclure à la violation de celui-ci que la Cour se serait rabattue sur celui-là. Je pense au contraire que les deux articles sont autonomes, et que, dans d'autres hypothèses, on peut arriver au constat inverse, violation de l'article 2 sans violation de l'article 3. Il n'y a donc entre eux aucune hiérarchie logique. Certes, l'habitude est de respecter l'ordre de la Convention elle-même, et d'examiner d'abord le grief tiré de l'article 2. Mais ce n'est nullement obligatoire, la présente affaire me semble le montrer.

OPINION CONCORDANTE
DE Sir Stephen SEDLEY, JUGE

(Traduction)

Article 2

1. C'est avec quelque hésitation que je me suis rallié aux autres membres de la Cour pour constater qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2. La raison essentielle pour laquelle la Cour a conclu à la majorité à la violation de l'article 3 et à l'unanimité à celle de l'article 13 est, en fin de compte, qu'un détenu perturbé, aux tendances suicidaires avérées mais approchant du terme de sa courte peine, a été condamné par les autorités pénitentiaires pour un acte de violence à une prolongation substantielle de sa peine, dont la première partie en isolement dans le quartier disciplinaire, et ce sans possibilité d'appel ou de contrôle. Il est compréhensible que les membres dissidents de la Commission aient considéré que ces faits révélaient une violation de l'article 2. Selon les termes de M. Rozakis, par exemple :

« (...) [alors qu']elles connaissaient les tendances suicidaires de Mark Keenan et avaient entre les mains des moyens raisonnables d'éviter l'incident fatal, les autorités ont adopté une politique qui a contribué à son suicide au lieu de l'éviter. »

2. L'article 2 énonce, non le droit à la vie en général, mais l'obligation pour les Etats signataires de protéger ce droit par la loi. Voilà pourquoi les faits qui ont conduit la Cour à constater que l'article 3 avait été méconnu auraient tout aussi bien pu servir à démontrer qu'il y avait eu violation de l'article 2. Cependant, les autres membres de la Cour ayant considéré que le lien de causalité n'était pas suffisamment établi, je me suis rallié à leur avis.

Article 3

3. Pour les mêmes raisons, j'ai éprouvé des doutes au sujet du constat de violation de l'article 3. A l'heure où la Cour rend son arrêt en l'espèce, elle n'a pas terminé d'examiner, dans une autre affaire, la compatibilité avec les articles 5 et 6 d'un système qui autorise l'agent d'un Etat à infliger à un détenu une peine privative de liberté sans appel. Considérant le système disciplinaire comme approprié, je trouve assez convaincant l'argument selon lequel tant que des délinquants atteints de troubles mentaux demeurent au sein de la population carcérale en général, ils ne sauraient échapper à la règle commune, à condition que le médecin de la prison certifie qu'ils sont aptes à être punis.

4. De plus, contrairement à la plupart des violations de l'article 2, une atteinte à l'article 3 ne présuppose pas qu'il y ait eu mort d'homme. Cependant, si Mark Keenan ne s'était pas donné la mort, il n'est pas facile

de savoir quels arguments auraient pu être utilisés pour défendre la thèse de la violation de l'article 3. Comme la Cour l'a dit plus d'une fois, toute peine est dans une certaine mesure dégradante. En outre, ainsi que le confirme la répartition des voix en l'espèce, pour conclure à la violation de l'article 13, il est nécessaire non pas que la violation d'un droit matériel de la Convention soit établie, mais seulement qu'elle soit défendable. En fin de compte, j'ai néanmoins voté pour la violation de l'article 3 car l'issue fatale montre à l'évidence que la peine prononcée à l'encontre de ce délinquant atteint de troubles mentaux a fait peser sur lui un stress plus important que ce qu'on aurait dû lui faire supporter. Son état ayant fait l'objet d'une surveillance inadaptée, la peine prononcée, de par sa nature et le moment choisi pour l'infliger, mérite la qualification d'inhumaine.

5. Il convient de noter que cette conclusion est indépendante du décès ultérieur. Le fait que des constatations identiques ou très proches auraient pu servir à établir le lien de causalité sous l'angle de l'article 2 et passer pour un manquement à l'obligation de protéger par la loi le droit de Mark Keenan à la vie devrait peut-être rester présent à l'esprit des personnes détenant des responsabilités dans ce domaine de l'administration publique.

Article 13

6. Bien que l'octroi d'une somme d'argent soit parfois la seule manière de redresser une injustice, il ne s'ensuit pas nécessairement que le versement de dommages-intérêts constitue un recours effectif au sens de l'article 13. Selon moi, la présente affaire démontre au moins à deux importants égards qu'un recours effectif peut être autre chose que cela.

Mark Keenan

7. La violation de l'article 13 dans le chef du défunt tient à l'absence de recours permettant à un détenu atteint de troubles mentaux de contester la décision de lui appliquer une peine d'emprisonnement supplémentaire de quelques jours. L'intéressé n'a pas disposé d'un recours effectif contre une sanction dont il est défendable d'alléguer qu'elle a méconnu ses droits garantis par les articles 2 et 3 (nous ne savons pas encore si les articles 5 et 6 ont aussi été violés). Il ressort clairement du rapport du docteur Keith, médecin-chef de la prison d'Exeter (sur lequel j'ai fondé la plupart de mes propres conclusions en l'affaire), que l'état et le comportement de Mark Keenan n'ont rien d'exceptionnel. Dans d'autres cas, l'intensité en différera, mais non la nature. Il appartient au gouvernement britannique de décider dans quelle mesure la logique de la décision de la Cour exige un contrôle automatique ou un droit d'appel immédiat lorsque des jours de détention supplémentaires sont infligés à des détenus en général ou à certains groupes de détenus.

Susan Keenan

8. Quant à la question d'un recours – on peut à peine employer le terme – s'agissant de la mort de Mark Keenan, je ne pense pas qu'un recours interne permettant à sa mère de toucher une indemnité puisse passer en soi pour un recours effectif ; je ne crois d'ailleurs pas que sa mère le considère comme tel. Dans une affaire semblable à celle-ci, comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises, il faut une enquête correcte et effective permettant de déterminer qui est responsable du décès. Il peut certes s'agir d'une action en dommages-intérêts si l'établissement de la responsabilité est la condition préalable à l'octroi de l'indemnité. En ce cas, toutefois, la Cour a conclu (ce que confirme la somme proposée par le Gouvernement à titre de satisfaction équitable) que le caractère très faible des dommages-intérêts que peut toucher un parent qui n'est pas à charge, comme la requérante, en sa qualité d'exécutrice testamentaire de son fils, fait de son action un recours non effectif, et ce non parce qu'une indemnité plus conséquente lui conférerait un caractère effectif, mais parce qu'elle est trop négligeable pour valoir la peine d'être tentée. De fait, les décisions de la Cour d'appel et de la Chambre des lords dans l'affaire *Hicks v. Chief Constable of South Yorkshire*, *All England Law Reports* 1992, vol. 1, p. 690, vol. 2, p. 65, selon lesquelles les blessures provoquant une mort très rapide ne donnent pas droit à des dommages-intérêts, font qu'il est extrêmement peu probable que le moindre dédommagement soit accordé pour une brève période de souffrance avant une mort violente ; si une indemnité était versée, elle ne se monterait pas à plus de quelques centaines de livres sterling.

9. En revanche, une enquête judiciaire assortie de procédures protégeant les droits et intérêts de personnes comme la requérante et permettant de définir les responsabilités lorsque c'est possible constituerait un recours effectif quand un décès survient dans des circonstances telles que celles de l'espèce. Or il est bien connu que l'enquête judiciaire anglaise dans sa forme moderne n'offre pas tout cela. La raison n'en est pas que la loi de 1988 sur les *coroners* l'interdit ; au contraire, l'article 11 § 5 b) ii) exige de formuler des conclusions sur le point de savoir comment le défunt a trouvé la mort, ce qui n'exclut à l'évidence pas d'établir les responsabilités si les faits le permettent. La raison en est que l'article 42 du règlement de 1984 sur les *coroners*, élaboré par le *Lord Chancellor* dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont délégués, interdit de présenter le verdict d'une manière qui paraîtrait trancher la question de la responsabilité civile ou de la responsabilité pénale d'une personne donnée.

10. Il n'appartient pas à la Cour de définir comment le Royaume-Uni doit assurer le respect de l'article 13 à la suite d'un suicide intervenu en prison. Toutefois, on peut remarquer que l'intégration de la Convention dans la loi de 1998 sur les droits de l'homme n'a pas fait relever cette question, contrairement à d'autres, des procédures dont disposent désormais les

juridictions nationales pour faire respecter la Convention, parce que l'article 13 ne fait pas partie des articles de la Convention annexés à la loi. En conséquence, l'obligation énoncée à l'article 3 de la loi, selon laquelle toute la législation doit dans la mesure du possible être lue et appliquée de manière compatible avec les droits garantis dans les articles de la Convention joints en annexe, ne confère pas aux tribunaux la possibilité d'interpréter le terme « comment » figurant à l'article 11 de la loi de 1988 sur les *coroners* de manière compatible avec l'article 13. En l'espèce, il incombe dès lors plutôt au Gouvernement qu'aux tribunaux de décider de la manière de réparer le fait que la requérante n'a pas disposé d'un recours effectif quant au suicide de son fils en détention.

OPINION EN PARTIE DISSIDENTE COMMUNE À MM. LES JUGES FUHRMANN ET KÜRIS

(Traduction)

La majorité de la chambre a conclu à la violation de l'article 3 de la Convention quant au grief de la requérante selon lequel son fils avait subi un traitement inhumain et/ou dégradant de la part des autorités pénitentiaires en mai 1993. Nous regrettons de ne pouvoir partager cet avis.

1. La majorité de la chambre considère que la sanction disciplinaire sévère infligée à Mark Keenan par les autorités pénitentiaires n'était pas compatible avec le niveau de traitement que l'on doit réserver aux malades mentaux et doit donc passer pour constitutive d'une peine et d'un traitement inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la Convention. Pour la majorité, son état de santé a été mal surveillé et le fait qu'il n'a pas été suivi et traité par des médecins qualifiés en psychiatrie révèle de graves lacunes dans les soins médicaux prodigués à un malade mental dont les tendances suicidaires étaient connues.

2. Comme la Cour le rappelle à juste titre au paragraphe 109 de l'arrêt, un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3. L'appréciation de ce minimum est relative ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause et notamment de la durée du traitement, de ses effets physiques et/ou mentaux, ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime.

L'Etat doit s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis (arrêt *Kudła c. Pologne* [GC], n° 30210/96, §§ 94 et suiv., CEDH 2000-XI).

La question décisive est celle de savoir s'il existait des signes physiques ou mentaux qui ont montré ou auraient dû montrer aux autorités pénitentiaires que la mesure en cause risquait de provoquer de grandes souffrances (*Bollan c. Royaume-Uni* (déc.), n° 42117/98, CEDH 2000-V).

3. Nous partageons l'avis de la majorité de la Commission selon lequel aucun élément ne montrait à l'époque que Mark Keenan ait éprouvé avant sa mort une grande angoisse ou une grande détresse résultant de ses conditions de détention.

Il faut noter que le jour même de son suicide, intervenu à 18 h 25, il avait reçu dans la matinée la visite du docteur Bickerton, qui l'avait trouvé calme, poli et détendu, puis celle du sous-directeur, M. McCombe, avec qui il avait

discuté de son droit d'acheter du tabac. Selon ce dernier, Mark Keenan était détendu à son départ. Enfin, dans l'après-midi, il avait reçu la visite d'un vieil ami pendant vingt minutes environ. Cet ami l'avait trouvé de très bonne humeur, mis à part la déception de devoir purger une peine supplémentaire de vingt-huit jours en prison. Ils se séparèrent sur la perspective d'une prochaine visite le samedi suivant et, d'après le gardien qui raccompagna Mark Keenan dans sa cellule après la visite, ce dernier paraissait de très bonne humeur et très bavard.

Dans ces conditions, nous ne pouvons que conclure que les autorités pénitentiaires n'avaient aucun moyen réaliste de se rendre compte que Mark Keenan risquait de se suicider et qu'elles ont fait tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'elles. C'est d'ailleurs ce même raisonnement qui a conduit la chambre à conclure à l'unanimité à la non-violation de l'article 2 de la Convention en l'espèce.

Les mêmes arguments militent selon nous aussi en faveur d'un constat de non-violation de l'article 3. Comme la majorité de la Commission, nous estimons qu'il n'existe pas une base suffisante pour conclure au-delà de tout doute raisonnable, c'est-à-dire en appliquant le critère de la preuve requis, que l'isolement de Mark Keenan a constitué un traitement d'une gravité telle qu'il soit interdit par l'article 3 de la Convention.