



Placement non volontaire en établissement psychiatrique

*Extrait du 8^e rapport général du CPT,
publié en 1998*

A. Remarques préliminaires

25. Le CPT est appelé à examiner le traitement de toutes les catégories de personnes privées de liberté par une autorité publique, y compris les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En conséquence, le CPT visite fréquemment des établissements psychiatriques de différents types.

Les hôpitaux psychiatriques où sont placées, outre des patients volontaires, des personnes hospitalisées d'office pour y recevoir un traitement psychiatrique constituent l'un de ces types d'établissement. Le CPT visite aussi des structures (hôpitaux spéciaux, unités spécifiques au sein d'hôpitaux civils, etc.) pour des personnes dont le placement en établissement psychiatrique a été ordonné dans le cadre d'une procédure pénale. Les structures psychiatriques pour les détenus ayant développé au cours de leur incarcération une maladie mentale, qu'elles se trouvent dans le cadre du système pénitentiaire ou dans des institutions psychiatriques civiles, se voient également accorder une attention soutenue de la part du CPT.

26. Dans la partie de son 3^e Rapport Général consacrée aux services de santé dans les prisons (cf. CPT/Inf (93) 12, paragraphes 30 à 77), le CPT rappelle un certain nombre de critères généraux ayant guidé son activité (accès à un médecin, équivalence des soins, consentement du patient et confidentialité, prévention sanitaire, indépendance et compétence professionnelles). Ces critères s'appliquent aussi au placement non volontaire dans des établissements psychiatriques.

Dans les paragraphes qui suivent, une description est donnée de certaines questions spécifiques examinées par le CPT en ce qui concerne les personnes placées involontairement en établissements psychiatriques¹. Le CPT espère ainsi indiquer clairement et par avance aux autorités nationales, ses vues en matière de traitement de telles personnes ; le Comité sera reconnaissant d'obtenir des commentaires sur cette partie de son Rapport Général.

B. Prévention des mauvais traitements

27. Eu égard à son mandat, la première priorité du CPT, lorsqu'il visite un établissement psychiatrique, consiste à établir s'il y a des indications de mauvais traitements délibérés de patients. L'on trouve rarement de telles indications. Plus généralement, le CPT tient à faire état de

¹ S'agissant des soins psychiatriques aux détenus, il convient de faire référence également aux paragraphes 41 à 44 du 3^e Rapport Général du Comité.

l'engagement envers les patients constaté chez la très grande majorité du personnel au sein de la plupart des établissements visités par ses délégations. Cette situation est parfois d'autant plus remarquable si l'on prend en compte le peu d'effectif en personnel et la pauvreté des ressources.

Cela étant, il ressort d'observations faites in situ par le CPT comme de rapports reçus d'autres sources, que des mauvais traitements délibérés de patients dans des établissements psychiatriques surviennent de temps en temps. Un certain nombre de questions étroitement liées à la prévention des mauvais traitements (par exemple, moyens de contrainte ; procédures de plaintes ; contacts avec le monde extérieur ; contrôle externe) sera abordé plus avant. Toutefois, il convient déjà à ce stade de formuler certaines remarques relatives au choix et à la supervision du personnel.

28. Travailler avec des personnes malades mentales et handicapées mentales constituera toujours une tâche difficile et ce, pour toutes les catégories de personnel impliquées. A cet égard, il faut noter que le personnel de santé dans les établissements psychiatriques est fréquemment assisté dans son travail quotidien par des auxiliaires aidant aux soins ; de plus, certains établissements comptent un effectif relativement élevé de personnel assigné à des tâches liées à la sécurité. Les informations dont dispose le CPT suggèrent que lorsque des mauvais traitements délibérés sont infligés par le personnel dans les établissements psychiatriques, ce sera souvent le fait d'un tel personnel auxiliaire plutôt que du personnel médical et infirmier qualifié.

Au vu du défi que représente son travail, il est d'importance cruciale de sélectionner soigneusement le personnel auxiliaire, de lui donner une formation appropriée avant la prise de fonctions et de lui assurer une formation continue. En outre, ce personnel doit faire l'objet d'une supervision étroite - et être placé sous l'autorité - du personnel de santé qualifié pendant l'accomplissement de ses fonctions.

29. Dans quelques pays, le CPT a été confronté à la pratique consistant à employer certains patients, ou des détenus de prisons voisines, comme personnel auxiliaire dans des établissements psychiatriques. Le Comité nourrit de sérieuses réserves à l'égard de cette approche qui ne doit être vue que comme une mesure d'ultime recours. S'il s'avère inévitable de procéder à de telles affectations, les activités des intéressés devront être supervisées de manière permanente par le personnel de santé qualifié.

30. Il est de même essentiel de mettre en place des procédures appropriées destinées à protéger certains patients psychiatriques contre d'autres patients qui pourraient leur causer préjudice. Ceci signifie notamment qu'il faut assurer une présence adéquate du personnel à tous moments, y compris la nuit et pendant les fins de semaines. De plus, des dispositions spécifiques doivent être prises en faveur de patients particulièrement vulnérables ; par exemple, des adolescents handicapés mentaux et/ou atteints de troubles psychiatriques ne doivent pas être hébergés avec des patients adultes.

31. Un contrôle approprié de la direction effectué sur toutes les catégories de personnel peut également contribuer de manière significative à la prévention des mauvais traitements. A l'évidence, il faut délivrer le clair message que les mauvais traitements physiques ou psychologiques de patients sont inacceptables et seront sévèrement sanctionnés. Plus généralement, l'encadrement doit assurer que le rôle thérapeutique du personnel dans les établissements psychiatriques ne passe pas à l'arrière-plan par rapport aux considérations de sécurité.

De même, des règles ou pratiques de nature à générer un climat de tension entre le personnel et les patients devraient être révisés en conséquence. L'imposition d'amendes au personnel dans l'hypothèse d'une évasion d'un patient est le type même de mesures qui peut avoir un effet néfaste sur l'esprit et les attitudes qui sont attendus dans un établissement psychiatrique.

C. Conditions de séjour et traitement des patients

32. Le CPT examine attentivement les conditions de séjour et de traitement des patients ; des inadéquations dans ces domaines peuvent rapidement conduire à des situations qui s'apparentent à des « traitements inhumains ou dégradants ». Le but doit être d'offrir des conditions matérielles propices au traitement et au bien-être des patients ; en termes psychiatriques, un environnement thérapeutique positif. Ceci est important non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel travaillant en établissement psychiatrique. Par ailleurs, un traitement et des soins adéquats, à la fois psychiatriques et somatiques, doivent être prodigués aux patients ; eu égard au principe de l'équivalence des soins, le traitement médical et les soins infirmiers dispensés aux personnes placées involontairement en établissement psychiatrique doivent être comparables à ceux dont bénéficient les patients psychiatriques volontaires.

33. La qualité des conditions de vie et de traitement des patients dépend inévitablement, dans une proportion importante, des ressources disponibles. Le CPT reconnaît que, dans une conjoncture économique grave, des sacrifices sont à faire, même dans des établissements de soins. Cependant, au vu des constatations faites lors de certaines visites, le Comité tient à souligner qu'il y a des exigences fondamentales de la vie qui doivent, en toutes circonstances, être assurées par l'Etat aux personnes qui sont à sa charge. Ces exigences incluent une nourriture, un chauffage et une vêtue adéquats, ainsi que - dans les établissements de soins - une médication appropriée.

conditions de séjour

34. Créer un environnement thérapeutique positif implique, avant tout, assurer un espace de vie par patient suffisant ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats, maintenir l'établissement dans un état d'entretien satisfaisant et se conformer aux normes d'hygiène hospitalières.

Une attention particulière doit être accordée à la décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs afin de donner aux patients une stimulation visuelle. La mise à disposition de tables de chevet et de penderies est hautement souhaitable et, les patients doivent être autorisés à conserver certains effets personnels (photographies, livres, etc.). Il convient aussi de souligner combien il importe que les patients puissent disposer d'un endroit où ils peuvent entreposer leurs effets et qu'ils puissent fermer à clef ; l'absence d'une telle possibilité peut affecter le sentiment de sécurité et d'autonomie chez un patient.

Les installations sanitaires doivent être conçues de manière à permettre aux patients de préserver une certaine intimité. De plus, il faudrait, en ce domaine, tenir dûment compte des besoins des patients âgés et/ou handicapés ; ainsi, des toilettes dépourvues de siège ne sont pas adaptées à de tels patients. De manière similaire, l'équipement hospitalier de base permettant au personnel d'assurer les soins adéquats (y compris, les soins d'hygiène corporelle) à des patients grabataires doit être mis à disposition ; l'absence d'un tel équipement peut entraîner des conditions misérables.

En outre, la pratique, observée dans certains établissements psychiatriques, de vêtir les patients en permanence de pyjamas/chemises de nuit n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi ; l'individualisation de l'habillement fait partie du processus thérapeutique.

35. L'alimentation des patients constitue un autre aspect de leurs conditions de séjour qui intéresse particulièrement le CPT. La nourriture doit non seulement être de quantité et qualité adéquates, mais aussi être servie aux patients dans des conditions satisfaisantes. Il doit y avoir l'équipement nécessaire pour assurer que les aliments sont servis à la température idoine. En outre,

les patients doivent pouvoir manger décemment ; à cet égard, il convient de souligner que l'aptitude à accomplir les gestes quotidiens de la vie - comme manger avec des couverts corrects en étant assis à une table - fait partie intégrante des programmes de réhabilitation psycho-sociale des patients. De même, la présentation de la nourriture constitue un facteur qu'il convient de ne pas négliger.

Les besoins particuliers de personnes handicapées physiques en ce qui concerne la nourriture doivent aussi être pris en compte.

36. Le CPT tient aussi à exprimer clairement son attachement à la tendance observée dans certains pays de fermer, au sein des institutions psychiatriques, les dortoirs de grande capacité ; de tels dortoirs ne sont guère compatibles avec les normes de la psychiatrie moderne. La création de structures de vie prévues pour de petits groupes est un facteur essentiel de préservation/restauration de la dignité des patients et, constitue également un élément clé de toute politique de réhabilitation psychologique et sociale des patients. Des structures de ce type facilitent, en outre, la répartition des patients dans des catégories opérationnelles diversifiées du point de vue thérapeutique.

De la même manière, le CPT est favorable à l'approche, de plus en plus adoptée, d'autoriser les patients qui le souhaitent à accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que de les contraindre à rester avec d'autres patients dans les aires communes.

traitement

37. Les traitements psychiatriques doivent se fonder sur une approche individualisée qui implique l'élaboration d'un protocole de traitement pour chaque patient. Les traitements doivent comprendre un large éventail d'activités de réhabilitation et thérapeutiques, incluant l'accès à l'ergothérapie, aux thérapies de groupe, psychothérapies individuelles, à l'art, au théâtre, à la musique, au sport. Les patients doivent avoir régulièrement accès à des salles de loisirs correctement équipées et bénéficier quotidiennement d'un exercice en plein air ; il est également souhaitable qu'ils se voient proposer des activités éducatives et un travail approprié.

Le CPT constate trop souvent que ces composantes essentielles d'un traitement efficace de réhabilitation psycho-sociale sont sous-développées, voire même, font totalement défaut et que le traitement prodigué aux patients consiste principalement en pharmacothérapie. Cette situation peut résulter du manque de personnel dûment qualifié et d'infrastructures appropriées ou des restes d'une philosophie qui se fonde sur le contrôle et la surveillance des patients.

38. Certes, la médication psycho-pharmacologique est souvent une partie nécessaire du traitement administré aux patients souffrant d'affections psychiatriques. Des procédures formelles doivent être mises en place pour assurer que les médicaments prescrits sont effectivement administrés et qu'un approvisionnement régulier en médicaments appropriés est garanti. Le CPT est également très vigilant à tout signe d'abus de médicaments.

39. L'électro-convulsivo-thérapie (E.C.T) est un traitement reconnu pour des patients psychiatriques souffrant de certaines affections spécifiques. Cependant, il importe de veiller à ce que l'E.C.T s'insère dans le protocole de traitement du patient, et son administration doit être assortie de garanties appropriées.

Le CPT est très préoccupé lorsqu'il constate que l'E.C.T est administré sous sa forme non atténuée (c'est-à-dire sans anesthésiques et myorelaxants) ; cette méthode ne peut plus être considérée comme acceptable dans la pratique de la psychiatrie moderne. Indépendamment des risques de fractures et autres conséquences médicales fâcheuses, le procédé en tant que tel est dégradant à la fois pour les patients et pour le personnel concernés. En conséquence, l'E.C.T doit toujours être administrée sous une forme atténuée.

L'E.C.T doit être administrée hors de la vue d'autres patients (de préférence dans une pièce réservée à cet effet et équipée en conséquence) et par un personnel spécifiquement formé pour l'appliquer. De plus, le recours à l'E.C.T doit être consigné de manière détaillée dans un registre spécifique. Ce n'est que de cette façon que la direction d'un hôpital peut identifier clairement des pratiques indésirables et en discuter avec le personnel.

40. Effectuer régulièrement des bilans de santé des patients ainsi que des réexamens des médicaments prescrits constitue une autre exigence fondamentale. Cela permettra en particulier d'adopter des décisions éclairées pour une éventuelle fin de placement du patient ou un transfert dans un environnement moins sécuritaire.

Un dossier médical individuel et confidentiel doit être ouvert pour chaque patient. Ce dossier doit comporter des informations diagnostiques (y compris les résultats de tout examen spécial subi par le patient) comme des mises à jour permanentes sur l'état mental et somatique du patient ainsi que sur son traitement. Le patient doit être en mesure de consulter son dossier, à moins qu'il n'y ait une contre-indication d'ordre thérapeutique, et il doit pouvoir demander que les informations y figurant soient mises à la disposition de sa famille ou de son avocat. En outre, en cas de transfert, ce dossier doit être transmis aux médecins de l'établissement d'accueil ; en cas de fin de placement, ce dossier doit être - avec le consentement du patient - adressé à un médecin traitant de la communauté extérieure.

41. Par principe, un patient doit être en mesure de donner un consentement libre et éclairé au traitement. L'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. Il s'ensuit que tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et ne s'appliquer que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies.

A l'évidence, le consentement d'un patient à un traitement ne peut être qualifié de libre et éclairé que s'il se fonde sur des informations complètes, exactes et compréhensibles sur son état de santé et le traitement qui lui est proposé ; décrire l'E.C.T comme une « thérapie par le sommeil » est un exemple d'informations données sur le traitement qui sont tout sauf complètes et exactes. En conséquence, chaque patient doit systématiquement obtenir les informations pertinentes relatives à son état de santé et le traitement qu'on propose de lui prescrire. Les patients doivent aussi obtenir des informations pertinentes (résultats, etc.) après leur traitement.

D. Personnel

42. Les ressources en personnel doivent être adéquates en nombre, en catégories professionnelles (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) et en termes d'expérience et de formation. Les déficiences en ressources humaines minent souvent de manière grave les tentatives faites pour mettre en place des activités de la nature de celles décrites au paragraphe 37 ; de plus, elles peuvent conduire à des situations à haut risque pour les patients, nonobstant la bonne volonté et les efforts authentiques du personnel présent.

43. Le CPT a été très frappé, dans certains pays, par le faible nombre d'infirmiers qualifiés en soins psychiatriques parmi le personnel soignant des établissements psychiatriques et, par le manque de personnel qualifié pour mettre en oeuvre les activités socio-thérapeutiques (notamment, les ergothérapeutes). Développer la formation spécialisée en soins infirmiers psychiatriques comme donner un poids plus important à la thérapie peuvent avoir un impact considérable sur la

qualité des soins. Cela conduit notamment à l'émergence d'un milieu thérapeutique moins axé sur les traitements pharmacologiques et physiques.

44. Un certain nombre de remarques relatives au personnel et, plus particulièrement au personnel auxiliaire, ont déjà été formulées dans une section précédente (cf. paragraphes 28 à 31). Toutefois, le CPT accorde également une attention soutenue au comportement des médecins et infirmiers. Le Comité recherchera plus particulièrement les preuves de l'intérêt authentique à établir une relation thérapeutique avec le patient. Il vérifiera aussi si les patients que l'on pourrait considérer comme encombrants ou non motivants pour l'intervention thérapeutique ne sont pas négligés.

45. Comme pour d'autres services de santé, il importe que les différentes catégories professionnelles du personnel travaillant dans une unité psychiatrique se réunissent régulièrement et forment une équipe placée sous l'autorité d'un médecin-cadre. Cela permettra d'identifier les problèmes se présentant au quotidien, de les discuter et de prodiguer des conseils. En l'absence d'une telle possibilité, des sentiments de frustration et de ressentiment pourraient bien naître parmi le personnel.

46. Une stimulation externe est également nécessaire pour assurer que le personnel des établissements psychiatriques ne s'enferme pas dans un vase clos. A cet égard, il est hautement souhaitable qu'un tel personnel bénéficie de possibilités de formation à l'extérieur et de stages dans d'autres institutions. De même, il faut encourager, dans les établissements psychiatriques, la présence de personnes indépendantes (par exemple, étudiants et chercheurs) et d'organes externes (cf. paragraphe 55).

E. Moyens de contrainte

47. Dans tout établissement psychiatrique, la contrainte physique de patients agités et/ou violents peut s'avérer nécessaire. C'est là un domaine de préoccupation particulière pour le CPT, vu la potentialité d'abus et de mauvais traitement.

La contrainte physique de patients doit faire l'objet d'une politique clairement définie. Cette politique doit établir sans équivoque que les tentatives initiales de maîtrise de patients agités ou violents doivent, dans toute la mesure du possible, être d'une nature autre que physique (par exemple, instructions verbales) et que, lorsque la contrainte physique est nécessaire, celle-ci soit limitée à un contrôle manuel.

Le personnel, dans les établissements psychiatriques, doit être formé aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. La possession de telles aptitudes donne au personnel la possibilité de choisir la réponse la plus appropriée dans les situations difficiles, réduisant ainsi de manière importante le risque de lésion pour les patients et le personnel.

48. Le recours aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) ne se justifie que rarement et doit toujours soit se faire sur ordre exprès d'un médecin, soit être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. Si, exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction.

Le CPT a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours ; le CPT doit souligner qu'un tel état de choses ne peut avoir aucune justification thérapeutique et, à son avis, s'apparente à un mauvais traitement.

49. L'on doit, dans ce contexte aussi, faire référence à l'isolement (à savoir, l'enfermement solitaire dans une pièce) de patients violents ou autrement « ingérables », un procédé utilisé de longue date en psychiatrie.

Il y a, dans la pratique psychiatrique moderne, une tendance claire à ne plus recourir à l'isolement et, le CPT a relevé avec satisfaction que l'isolement est en passe d'être supprimé dans de nombreux pays. Tant que l'on continuera à avoir recours à l'isolement, celui-ci devra faire l'objet d'une politique détaillée explicitant notamment : les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours ; les objectifs visés ; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée du personnel.

L'isolement ne doit jamais être utilisé à titre de sanction.

50. Chaque recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) doit être consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient). Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel.

Ceci facilitera grandement la gestion de tels incidents et donnera un aperçu de leur ampleur et fréquence.

F. Garanties en cas de placement non volontaire

51. La vulnérabilité des personnes malades ou handicapées mentales demande beaucoup d'attention afin de prévenir tout acte - ou éviter toute omission - préjudiciable à leur bien-être. Il s'ensuit que le placement non volontaire dans un établissement psychiatrique doit toujours être entouré de garanties appropriées. L'une des garanties les plus importantes - le consentement libre et éclairé au traitement - a déjà été mis en exergue (cf. paragraphe 41).

la décision initiale de placement

52. La procédure de placement non volontaire doit offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité ainsi que d'expertise médicale objective.

S'agissant plus particulièrement du placement d'office à caractère civil, dans de nombreux pays, la décision de placement appartient à l'autorité judiciaire (ou doit être confirmée par celle-ci dans un bref délai), à la lumière d'avis de psychiatres. Toutefois, l'intervention automatique d'une autorité judiciaire dans la décision initiale de placement n'est pas prévue dans tous les pays. La Recommandation N° R (83) 2 sur la protection juridique de personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires permet les deux approches (mais prévoit des garanties spéciales au cas où la décision de placement est confiée à une autorité non judiciaire). Cependant, l'Assemblée Parlementaire a réouvert le débat sur ce point dans sa Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, en demandant que les décisions de placement non volontaire soient prises par un juge.

En tout état de cause, une personne placée involontairement dans un établissement psychiatrique par une autorité non judiciaire doit avoir le droit d'intenter un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention.

garanties au cours du placement

53. Une brochure de présentation exposant le fonctionnement de l'établissement et les droits des patients doit être remise à chaque patient à son admission, ainsi qu'à sa famille. Les patients qui ne seraient pas en mesure de comprendre cette brochure, devraient bénéficier d'une assistance appropriée.

Comme dans tout lieu de privation de liberté, une procédure efficace de plaintes constitue une garantie fondamentale contre les mauvais traitements dans les établissements psychiatriques. Des dispositions spéciales doivent être mises en place pour permettre aux patients de déposer plainte auprès d'un organe clairement désigné, et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée en dehors de l'établissement.

54. Le maintien de contacts avec le monde extérieur est essentiel, non seulement pour la prévention des mauvais traitements mais aussi du point de vue thérapeutique.

Les patients doivent être en mesure d'envoyer et de recevoir des lettres, d'avoir accès au téléphone ainsi que recevoir des visites de leur famille et de leurs amis. L'accès confidentiel à un avocat doit aussi être garanti.

55. Le CPT accorde également une importance considérable aux visites régulières d'établissements psychiatriques par un organe indépendant (par exemple, un magistrat ou une commission de surveillance), responsable de l'inspection des soins prodigués aux patients. Cet organe devrait être autorisé, plus particulièrement, à s'entretenir en privé avec les patients, recueillir directement leurs plaintes et, le cas échéant, formuler les recommandations qui s'imposent.

fin de placement

56. Il doit être mis fin au placement non volontaire dans un établissement psychiatrique dès lors que l'état de santé mentale du patient le permet. En conséquence, la nécessité du placement devrait être révisée à intervalles réguliers.

Si le placement non volontaire est décidé pour une durée déterminée, renouvelable au vu de données psychiatriques, une telle révision découlera des termes mêmes du placement. Toutefois, le placement non volontaire peut être décidé pour une durée indéterminée, en particulier dans le cas de personnes internées dans des établissements psychiatriques à la suite d'une procédure pénale et qui sont considérées comme dangereuses. Si la durée du placement non volontaire est indéterminée, il devrait y avoir une révision automatique, à intervalles réguliers, de la nécessité du maintien du placement.

De plus, le patient lui-même doit être en mesure de demander, à intervalles raisonnables, que la nécessité du placement soit examinée par une autorité judiciaire.

57. Bien que n'exigeant plus un placement non volontaire, un patient peut néanmoins nécessiter un traitement et/ou devoir vivre dans un environnement protégé au sein de la communauté extérieure. A cet égard, le CPT a trouvé dans certains pays des patients, dont l'état de santé mentale ne nécessitait plus qu'ils soient détenus dans un établissement psychiatrique, néanmoins maintenus dans de tels établissements parce qu'une prise en charge/un hébergement adéquats faisant défaut dans la communauté extérieure. Que des personnes soient contraintes de rester privées de liberté, faute d'infrastructures extérieures appropriées, est un état de choses hautement contestable.

G. Remarques finales

58. La structure organisationnelle des services de santé pour les personnes atteintes d'affections psychiatriques varie de pays à pays et, à l'évidence, c'est un domaine qu'il appartient à chaque Etat de déterminer. Toutefois, le CPT souhaite appeler l'attention sur la tendance qu'il y a dans certains pays à réduire le nombre de lits dans les grands hôpitaux psychiatriques et à développer des unités de soins en milieu ouvert. Le Comité considère que c'est là un développement au plus haut point positif, à la condition que de telles unités dispensent des soins de qualité satisfaisante.

Il est à présent largement accepté que des établissements psychiatriques de grande capacité comportent un risque important d'institutionnalisation tant pour les patients que le personnel, cela d'autant plus lorsqu'ils sont situés dans des endroits isolés. Ceci peut entraîner des effets néfastes pour le traitement des patients. La mise en œuvre des programmes faisant appel à la gamme complète des traitements psychiatriques s'avère bien plus aisée dans de petites structures de soins localisées près de centres urbains.