



Doc. 14895
22 mai 2019

Mettre fin à la contrainte en santé mentale: nécessité d'une approche fondée sur les droits humains

Rapport¹

Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Rapporteure: Mme Reina de BRUIJN-WEZEMAN, Pays-Bas, Alliance des démocrates et des libéraux pour l'Europe

Résumé

En Europe, il y a une augmentation générale du recours aux mesures involontaires dans le domaine de la santé mentale. Cela résulte principalement d'une culture de l'enfermement qui se focalise et s'appuie sur la contrainte, plutôt que des pratiques qui respectent les droits humains des personnes concernées, et notamment leur droit à des soins de santé sur la base d'un consentement libre et éclairé.

Les systèmes de santé mentale en Europe devraient être réformés pour se conformer à une approche basée sur les droits humains qui soit compatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cela exige que les services de santé mentale s'appuyant sur la contrainte soient abandonnés, et que les pratiques s'appuyant sur le consentement soient placées au cœur des systèmes de santé mentale.

L'Assemblée parlementaire exhorte donc les États membres à amorcer la transition vers l'abolition des pratiques coercitives et propose un certain nombre de mesures à cette fin. Saluant les projets du Comité de la bioéthique du Conseil de l'Europe (DH-BIO) d'engager une étude sur la promotion des mesures volontaires, l'Assemblée invite le Comité des Ministres à encourager le DH-BIO à mener une telle étude, tout en proposant de préparer des lignes directrices visant à mettre fin à la contrainte dans le domaine de la santé mentale.

1. Renvoi en commission: [Doc. 14334](#), Renvoi 4309 du 30 juin 2017.



Sommaire

Page

A. Projet de résolution	3
B. Projet de recommandation	5
C. Exposé des motifs, par Mme Reina de Bruijn-Wezeman, rapporteure	6
1. Introduction	6
1.1. Procédure	6
1.2. Objectif et portée du rapport	6
2. La contrainte en santé mentale en Europe: état des lieux	7
3. De la stigmatisation à la contrainte: la perception négative des problèmes de santé mentale et son impact sur le recours aux mesures coercitives	9
4. L'impact de la contrainte sur les usagers et les prestataires de services de santé mentale	10
5. Comment prévenir, limiter et éliminer la contrainte dans le domaine de la santé mentale?	11
5.1. Des pratiques réussies et prometteuses	11
5.2. Renforcement des capacités, sensibilisation et prévention	13
6. Développements récents concernant le projet de protocole additionnel	13
7. Conclusion	15
Annexe – Commentaires sur le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires	17

A. Projet de résolution²

1. En Europe, de plus en plus de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial font l'objet de mesures coercitives comme le placement involontaire et le traitement involontaire. Une tendance similaire s'observe même dans les pays qui ont adopté des lois dites restrictives pour limiter le recours à ces mesures, ce qui montre que dans la pratique, ces lois ne semblent pas produire les effets escomptés.
2. L'augmentation générale du recours aux mesures involontaires dans le domaine de la santé mentale résulte principalement d'une culture de l'enfermement qui se focalise et s'appuie sur la contrainte pour «contrôler» et «traiter» les patients qui sont considérés comme potentiellement «dangereux» pour eux-mêmes ou pour les autres. De fait, la notion de risque de dommage pour soi-même ou pour autrui continue d'occuper une place importante dans la justification des mesures involontaires dans les États membres du Conseil de l'Europe, malgré un manque de preuves empiriques, tant sur le lien entre problèmes de santé mentale et violence que sur l'efficacité des mesures coercitives dans la prévention des dommages en question.
3. À l'inverse, il ressort d'études sociologiques menées sur le terrain avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale que les mesures coercitives sont vécues comme des expériences largement négatives, associées à des souffrances, des traumatismes et de la peur. Les «traitements» involontaires administrés contre la volonté du patient, par exemple la médication forcée et le traitement forcé par électrochocs, sont jugés particulièrement traumatisants. Ils posent également d'importantes questions éthiques car ils peuvent causer des dommages potentiellement irréversibles pour la santé.
4. La contrainte a également un effet dissuasif sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui, par crainte de perdre leur dignité et leur autonomie, évitent ou retardent le contact avec le système de santé ce qui finit par avoir des répercussions négatives sur leur santé. Elles peuvent notamment se retrouver dans des situations de détresse et de crise intense qui mettent leurs jours en danger et génèrent à leur tour plus de contrainte. C'est un cercle vicieux qu'il faut briser.
5. Les systèmes de santé mentale qui existent en Europe devraient être réformés pour adopter une approche basée sur les droits humains qui soit compatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et qui respecte l'éthique médicale et les droits humains des personnes concernées, et notamment le droit à des soins de santé sur la base d'un consentement libre et éclairé.
6. En Europe et ailleurs, un certain nombre d'approches ont donné de bons résultats en matière de prévention et de réduction du recours aux mesures coercitives: parmi les exemples positifs figurent notamment des stratégies en milieu hospitalier, des services de proximité dont des services de crise et de répit administrés par des pairs ainsi que d'autres initiatives comme la planification anticipée. Ces pratiques prometteuses sont également très efficaces pour soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans les situations de crise et devraient donc être placées au cœur des systèmes de santé mentale. Les services coercitifs devraient être considérés comme des alternatives inacceptables qu'il convient d'abandonner.
7. Compte tenu de ces éléments et convaincue qu'une sensibilisation accrue, une coordination plus grande entre les parties prenantes et un engagement politique plus fort sont essentiels pour engager et poursuivre la transformation indispensable des politiques de santé mentale, l'Assemblée parlementaire exhorte les États membres à amorcer sans délai la transition vers l'abolition des pratiques coercitives dans le domaine de la santé mentale. À cette fin, elle invite les États membres:
 - 7.1. à élaborer dans un premier temps une feuille de route pour réduire de manière radicale le recours aux mesures coercitives, avec la participation de toutes les parties prenantes concernées et en particulier les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les prestataires de services;
 - 7.2. à créer des services de soutien appropriés et accessibles aux personnes qui connaissent des situations de crise et de détresse psychologique, et notamment des lieux sûrs et bienveillants pour évoquer le suicide et l'automutilation;
 - 7.3. à développer, financer et mettre à disposition des ressources pour la recherche sur les mesures non coercitives parmi lesquelles des solutions de proximité comme des services de crise et de répit administrés par les pairs, ainsi que d'autres initiatives comme la planification anticipée;

2. Projet de résolution adoptée à l'unanimité par la commission le 13 mai 2019.

- 7.4. à consacrer des ressources adéquates à la prévention et à la détection précoce des problèmes de santé mentale et aux interventions précoces non coercitives, en particulier chez les enfants et les jeunes, sans stigmatisation;
- 7.5. à combattre les stéréotypes à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et en particulier le discours public erroné sur ces personnes et la violence, par le biais d'activités efficaces de sensibilisation impliquant l'ensemble des parties prenantes, et notamment les prestataires de services, les médias, la police, le grand public et les personnes ayant fait l'expérience de problèmes de santé mentale;
- 7.6. à revoir le programme des établissements d'enseignement supérieur et tout particulièrement des facultés de médecine, de droit et de travail social, pour garantir qu'il soit conforme aux dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées;
- 7.7. à lutter contre l'exclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale en s'assurant qu'elles aient accès à une protection sociale adéquate, notamment pour ce qui est du logement et de l'emploi;
- 7.8. à assurer aux familles des personnes ayant des problèmes de santé mentale les aides sociales et financières adéquates pour leur permettre de faire face aux difficultés et au stress induits par le soutien à leurs proches.

B. Projet de recommandation³

1. L'Assemblée parlementaire renvoie à sa Résolution ... (2019) «Mettre fin à la contrainte en santé mentale: nécessité d'une approche fondée sur les droits humains» et à sa [Recommandation 2091 \(2016\)](#) «Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie».
2. L'Assemblée réaffirme qu'il est urgent que le Conseil de l'Europe, en tant que première organisation régionale de défense des droits humains, intègre pleinement le changement de paradigme introduit par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) dans son travail de protection des droits humains et de la dignité des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial. Elle appelle donc le Comité des Ministres à inscrire parmi ses priorités le soutien aux États membres visant à amorcer sans délai la transition vers l'abolition des pratiques coercitives dans le domaine de la santé mentale.
3. L'Assemblée note avec satisfaction que le Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe (DH-BIO) prévoit d'engager une étude sur «Les bonnes pratiques en matière de soins de santé mentale – comment promouvoir les mesures volontaires». Elle invite le Comité des Ministres à encourager le DH-BIO à mener une telle étude avec toutes les parties prenantes concernées, et en particulier les ONG pertinentes qui représentent les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial.
4. L'Assemblée prend note de l'opposition massive et persistante à la poursuite des travaux sur un protocole additionnel à la Convention des droits de l'homme et de la biomédecine (STE n° 164) relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires. Eu égard aux observations reçues lors des consultations menées en 2015 et 2018 (notamment des commissions compétentes de l'Assemblée), qui soulignent l'incompatibilité du projet de protocole avec la CDPH et son incapacité à protéger les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial contre les violations de leurs droits humains, l'Assemblée invite le Comité des Ministres à concentrer les efforts sur la rédaction de lignes directrices visant à mettre fin à la contrainte dans le domaine de la santé mentale, et non plus sur la rédaction du protocole additionnel.

3. Projet de recommandation adoptée à l'unanimité par la commission le 13 mai 2019.

C. Exposé des motifs, par M^{me} Reina de Bruijn-Wezeman, rapporteure

1. Introduction

«De toutes les tyrannies, celle qui vise au bien de ses victimes est sans doute la plus oppressive (...)

[C]eux qui nous tourmentent pour notre propre bien n'auront jamais de cesse de le faire puisqu'ils ont la bénédiction de leur conscience.»

C.S. Lewis, Dieu au banc des accusés; essais de théologie et d'éthique⁴

1.1. Procédure

1. En juin 2017, M^{me} Stella Kyriakides (Chypre, PPE/DC), ancienne présidente de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, et 21 autres membres de l'Assemblée parlementaire ont déposé une proposition de résolution intitulée «Protéger les droits des personnes ayant un handicap psychosocial en cas de recours à des mesures involontaires en psychiatrie». Cette proposition faisait suite aux travaux antérieurs de notre commission sur le même sujet, qui avaient abouti à l'adoption de la [Recommandation 2091 \(2016\)](#) «Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie»⁵. Dans cette recommandation, l'Assemblée s'opposait à l'élaboration d'un protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (STE n° 164), relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires.

2. Le contexte historique de la proposition, y compris le processus qui a abouti à la [Recommandation 2091 \(2016\)](#) et les suites qui y ont été données (la décision du Comité des Ministres de poursuivre les travaux sur le protocole additionnel malgré les recommandations de l'Assemblée), est détaillé dans ma note introductive révisée, qui a été déclassifiée le 11 octobre 2018⁶. La note fournit également une description exhaustive des travaux réalisés depuis que j'ai repris le mandat de rapporteure, dont l'audition conjointe avec la commission sur l'égalité et la non-discrimination (saisie pour avis pour ce rapport) qui s'est tenue le 9 octobre 2018. Cette audition a fourni à différentes parties prenantes l'occasion de présenter leur position sur le projet de protocole additionnel⁷. Après l'audition, les deux commissions ont adopté leurs observations sur le projet de protocole additionnel, comme le demandait le Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe (DH-BIO) et, conformément à la position exprimée par l'Assemblée en 2016, ont demandé de faire cesser les travaux sur cet instrument juridique et de mettre l'accent sur les alternatives aux mesures involontaires (pour les commentaires de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable voir l'annexe)⁸.

1.2. Objectif et portée du rapport

3. La proposition de résolution à l'origine de ce rapport a été déposée afin de pouvoir continuer de participer au processus d'élaboration du protocole additionnel, l'objectif étant de limiter les conséquences négatives que ce texte pourrait avoir sur les droits des personnes ayant un handicap psychosocial⁹ et de contribuer à veiller à la participation adéquate des organisations de défense des droits des personnes handicapées au processus d'élaboration. Après que la commission a adopté ses commentaires sur le projet de protocole additionnel et a pris une position claire sur ces questions en octobre 2018, j'ai proposé de

4. Cité par M^{me} Olga Runciman, psychologue et propriétaire de *Psycovery*, lors de l'audition du 9 octobre 2018.

5. Voir le rapport de M^{me} Guguli Magradze (Géorgie, SOC), ancienne rapporteure sur la question, [Doc. 14007](#).

6. AS/Soc (2018) 16 rev 2.

7. Le procès-verbal de cette audition a été déclassifié et est disponible sur les sites internet des deux commissions.

8. La Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, qui avait aussi été invitée à présenter ses observations, a adopté la même position que l'Assemblée en 2016 et ses commissions en 2018. Voir <https://rm.coe.int/comments-by-dunja-mijatovic-council-of-europe-commissioner-for-human-r/16808f1111>.

9. «Handicap psychosocial» est une expression internationalement reconnue pour décrire la situation des personnes atteintes de déficiences mentales qui, conjuguées avec diverses barrières sociales, peuvent compromettre la pleine réalisation de leurs droits. Elle exprime un principe essentiel du modèle social du handicap (par opposition à l'approche médicale du handicap), qui est à la base de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées: un diagnostic médical (concernant l'état de santé mentale) devient un handicap en raison des barrières que les personnes ayant reçu un tel diagnostic rencontrent et non pas en raison de leur état de santé mentale. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale n'auront pas toutes un niveau de déficience incapacitant au point d'engendrer un handicap psychosocial. La Convention relative aux droits des personnes handicapées a été ratifiée par tous les États membres du Conseil de l'Europe à l'exception du Liechtenstein.

réorienter l'accent du rapport sur un aspect qui est au cœur de la controverse suscitée par cet instrument juridique: à savoir le fait que l'on continue de se focaliser et de s'appuyer sur les mesures coercitives¹⁰ et l'absence d'approche fondée sur les droits humains dans la santé mentale en général. Lors de sa réunion du 19 mars 2019, la commission a accepté cette proposition ainsi que le changement de titre qui en découle.

4. De fait, dans une Résolution sur «La santé mentale et les droits de l'homme» adoptée le 28 septembre 2017, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies s'est déclaré profondément préoccupé, entre autres, par la discrimination, la stigmatisation, les préjugés, la violence, la maltraitance, l'exclusion sociale et la ségrégation, les mesures illégales ou arbitraires de placement en institution, la médicalisation excessive et les pratiques thérapeutiques non respectueuses de leur autonomie, de leur volonté et de leurs préférences, dont peuvent faire l'objet, à grande échelle, les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial. Affirmant l'importance d'adopter une approche fondée sur les droits humains dans le domaine de la santé mentale, le Conseil des droits de l'homme a engagé les États à abandonner toutes les pratiques qui ne respectent pas les droits, la volonté et les préférences de toutes les personnes, dans des conditions d'égalité, et qui conduisent à des déséquilibres de pouvoir, à la stigmatisation et à la discrimination dans le contexte de la santé mentale. Il a aussi prié le Haut-Commissaire aux droits de l'homme de proposer des stratégies pour promouvoir les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale et pour éliminer la discrimination, la stigmatisation, la violence, la coercition et la maltraitance dans ce contexte¹¹.

2. La contrainte en santé mentale en Europe: état des lieux

5. En Europe, aucun système de santé mentale ne s'est encore reconverti à des pratiques pleinement consensuelles. Tous les États membres du Conseil de l'Europe prévoient le placement et le traitement involontaires, essentiellement en vertu de lois spécifiques relatives à la santé mentale¹². Selon un récent rapport qui décrit la pratique actuelle dans les systèmes de santé mentale de 36 pays d'Europe¹³ (y compris 35 États membres du Conseil de l'Europe) et Israël, outre le critère du diagnostic d'une «maladie mentale» ou d'un «trouble mental», le critère du risque important de dommages graves pour soi-même ou pour autrui sert couramment à justifier le placement involontaire. Dans la plupart des pays, le placement involontaire autorise implicitement les traitements involontaires. Les 36 pays ont indiqué que leur législation comporte des exigences de procédure et des garanties pour les personnes soumises à un placement et un traitement involontaires, qui consistent essentiellement en un réexamen des décisions ou une autorisation par un organe indépendant ou par un tribunal¹⁴.

6. Lors de l'audition conjointe tenue en octobre 2018, la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, M^{me} Dunja Mijatović, a souligné qu'il existe des disparités frappantes entre les États membres du Conseil de l'Europe dans les pratiques et le recours aux mesures involontaires: les quelques études comparatives disponibles sur la question indiquent que le pourcentage d'admissions involontaires varie considérablement d'un pays à l'autre, parfois d'un facteur 35, et même d'une région à l'autre dans le même pays. Ainsi par exemple, en France, certaines régions géographiques ont des taux d'admission involontaire 80 % plus élevés que d'autres. De même, les statistiques allemandes indiquent que le recours au placement dans des hôpitaux et à la contention mécanique (attacher les personnes à un lit), à la contention physique (immobilisation par le personnel) et à l'isolement (enfermement dans une petite pièce) varie fortement d'un hôpital à l'autre (de 2 % à 10 % des patients), et d'un *Land* à l'autre¹⁵.

10. Aux fins du présent rapport, l'expression «mesures coercitives/contrainte» désigne les mesures involontaires, imposées ou non consenties prises dans les services de santé mentale à l'égard de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce sont notamment le placement involontaire, le traitement involontaire, différents types de mesures de contention et d'isolement.

11. A/HRC/RES/36/13.

12. À noter que l'Article 5.1.e de la Convention européenne des droits de l'homme (STE n° 5) autorise la détention régulière «d'un aliéné». La Cour européenne des droits de l'homme considère que l'article 5 ne contient pas une interdiction de la détention fondée sur l'incapacité, à la différence du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies (voir l'arrêt de Grande Chambre dans l'affaire [Rooman c. Belgique](#), Requête n° 18052/11, 31 janvier 2019, paragraphe 205).

13. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe, préparé par Mental Health Europe, the Tizard Centre et l'université du Kent, décembre 2017.

14. Ces conclusions sont conformes à la situation dans le reste du monde. Voir le récent rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées concernant les formes de détention propres au handicap, A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, paragraphe 15.

15. Ces variations pourraient suggérer que le recours à la contrainte reflète la culture institutionnelle, plutôt que des différences dans le comportement des patients. «Germany without Coercive Treatment in Psychiatry – A 15 Month Real World Experience», M. Zinkler, *Laws* 2016, 5 (1), 15. Pour étayer cet argument, l'auteur mentionne un établissement d'Allemagne qui s'est toujours illustré par un faible recours à l'administration forcée de médicaments, et où l'administration

7. Malgré ces différences, l'application de mesures involontaires dans le domaine de la santé mentale est globalement en hausse, y compris dans les pays qui se sont dotés de lois dites restrictives pour limiter le recours à de telles mesures. Lors de la consultation des Nations Unies sur les droits de l'homme et la santé mentale, en mai 2018¹⁶, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, M^{me} Catalina Devandas Aguilar (ci-après «la Rapporteuse spéciale des Nations Unies») a reconnu que les mesures coercitives et l'exclusion étaient devenues la norme dans la majorité des systèmes de santé mentale, en particulier dans les pays développés¹⁷. Lors de la même consultation, le Professeur Sashidharan de l'université de Glasgow a expliqué que depuis les années 1970 et 1980 et la désinstitutionalisation en psychiatrie, on note dans la plupart des pays d'Europe occidentale une tendance à préconiser les mesures coercitives¹⁸. En Angleterre, le pourcentage de placement involontaire en hôpital psychiatrique a augmenté de plus d'un tiers au cours des six dernières années. Plus de la moitié des admissions en établissement psychiatrique sont désormais involontaires en Angleterre, soit la part la plus élevée depuis la Loi de 1983 sur la santé mentale¹⁹.

8. De même, la France a un des taux de placement involontaire les plus élevés d'Europe²⁰, et a enregistré une augmentation de 15 % du recours à la contrainte en milieu psychiatrique depuis la réforme de la législation de 2011, dont l'objectif était de renforcer les droits des patients hospitalisés d'office²¹. Dans mon pays, les Pays-Bas, la tendance est comparable malgré les intentions du gouvernement de faire diminuer le nombre de mesures involontaires²². Sur les 36 pays couverts par le rapport susmentionné, les seuls à signaler une diminution dans le recours aux mesures coercitives sont la Finlande et l'Allemagne, suite à des changements législatifs et à l'adoption de programmes ciblés de réduction du recours à la contrainte en psychiatrie.

9. Ce sont autant de signaux graves qui nous appellent à conclure que les systèmes de santé mentale tels que nous les connaissons sont un échec, et que les lois destinées à restreindre le recours aux mesures involontaires n'aboutissent pas nécessairement à une diminution de la contrainte dans la pratique. En fait, lors de l'audition d'octobre, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies a souligné que les mesures involontaires ont toujours été autorisées à la condition d'être exceptionnelles et entourées de garanties; pourtant c'est justement dans les États qui se sont dotés d'une telle législation que le taux de recours aux mesures involontaires est le plus élevé²³.

10. Cette tendance inquiétante s'explique principalement par une culture de l'enfermement²⁴ qui se focalise et s'appuie sur la contrainte et ne garantit pas un accès approprié à des services de proximité et ambulatoire, ce qui génère inévitablement des situations de crise qui, à leur tour, amènent à augmenter la contrainte. C'est un cercle vicieux qu'il faut briser. Comme le soulignait à juste titre la Commissaire aux droits

forcée de traitements antipsychotiques est obsolète depuis 2011. Depuis ses débuts en 1995, l'établissement mène une politique de portes ouvertes. Il n'a pas de pavillon fermé à clé; les patients venus de leur plein gré comme les patients hospitalisés d'office sont traités dans des salles ouvertes; tout le personnel est formé aux techniques de désescalade. L'établissement n'a pas de cellules d'isolement pour répondre aux comportements perturbateurs.

16. Consultation organisée par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, les 14-15 mai 2018, à Genève (Suisse).

17. A/HRC/39/36, 24 juillet 2018, paragraphe 13.

18. Des processus de désinstitutionalisation mal-conçus et sous-financés ont induit une forte augmentation du nombre de sans-abri et de détenus parmi les personnes ayant des problèmes de santé mentale graves. En France, par exemple, près de 45 000 personnes ayant un handicap psychosocial vivent dans la rue, et 25 000 sont en prison (A/HRC/39/36, 24 juillet 2018, paragraphe 20). Dans mon pays, les Pays-Bas, depuis la réduction du nombre de lits dans les établissements, le nombre d'incidents impliquant des personnes désorientées a doublé pour atteindre plus de 90 000 signalements par an.

19. Suite à l'inquiétude suscitée par cette forte augmentation, la Loi sur la santé mentale a été soumise à une analyse indépendante.

20. «Psychiatrie: Il est possible de soigner mieux en enfermant moins», Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, *Le Monde*, 17 septembre 2018.

21. A/HRC/39/36, 24 juillet 2018, paragraphe 20.

22. Voir aussi A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, paragraphe 16.

23. Cela confirme les observations de l'ancienne rapporteure de notre commission sur cette question, M^{me} Magradze: «S'agissant de mesures ayant des antécédents particuliers d'abus, comme les mesures involontaires imposées à des personnes ayant un handicap psychosocial, elles devraient être vraiment exceptionnelles. Dans un cas similaire concernant le retrait des enfants de leur famille par les services sociaux, notre commission a estimé qu'on ne devrait pas réglementer l'exception (mais plutôt confier cela aux tribunaux), sinon elle risquerait de devenir trop facilement la norme, et par conséquent conduirait exactement au type d'abus à éviter.» Voir [Doc. 14007](#), note 27.

24. «Lieux de privation de liberté: un rapport dénonce la culture de l'enfermement», *Le Monde*, 27 mars 2019.

de l'homme pendant l'audition du mois d'octobre, «il est sans doute temps de ne plus envisager les mesures involontaires comme un aspect essentiel du système de santé mentale mais plutôt comme un symptôme de ses échecs»²⁵.

3. De la stigmatisation à la contrainte: la perception négative des problèmes de santé mentale et son impact sur le recours aux mesures coercitives

«Il est difficile d'avoir une bonne image de soi dans un monde qui vous voit comme une menace.»

A. Solomon, patient en psychiatrie et professeur de psychologie clinique, Mental Illness Is Not a Horror Show, New York Times, 26 octobre 2016

11. Il existe un lien étroit entre la stigmatisation des problèmes de santé mentale et le recours à la contrainte dans le domaine de la santé mentale. En effet, les personnes ayant un handicap psychosocial ont été marginalisées, rejetées et diabolisées tout au long de l'histoire. L'on associe souvent le handicap psychosocial à la criminalité, la déviance et la détention²⁶. Cette stigmatisation entretient l'idée répandue que les personnes ayant un handicap psychosocial sont enclins à la violence et dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui²⁷. Le stéréotype de la dangerosité a des conséquences négatives sur la manière dont les prestataires de services et le grand public réagissent aux situations impliquant des personnes ayant un handicap psychosocial ou des problèmes de santé mentale, en particulier dans des situations de crise, ce qui les met à l'écart de la société et génère des comportements discriminatoires et un recours aux pratiques coercitives. Comme cela vient d'être souligné dans le chapitre précédent, la notion de risque de danger pour soi-même ou pour autrui continue de jouer un grand rôle dans la justification des placements et des traitements involontaires.

12. Les médias ont tendance à verser dans le sensationnalisme lorsqu'ils rapportent des meurtres impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale (en particulier des crimes violents extrêmes telles que les fusillades), ce qui aggrave la stigmatisation et incite la société à imposer davantage de restrictions aux personnes à qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué²⁸. La Rapporteuse spéciale des Nations Unies fait observer que le stéréotype de la dangerosité s'est considérablement renforcé au cours des dernières décennies, alimenté par la couverture négative par les médias qui mettent en avant les antécédents psychiatriques de l'auteur d'actes de violence ou, à défaut, spéculent sur un possible trouble qui n'aurait pas été diagnostiqué²⁹. De même, dans un rapport publié récemment, la contrôlease générale des lieux de privation de liberté en France, M^{me} Adeline Hazan, observe que dans le domaine de la santé mentale, «la potentielle dangerosité du patient, le plus souvent fantasmée, a pris une place grandissante» dans la pratique³⁰.

13. Cela dit, le lien entre problèmes de santé mentale et violence n'est pas confirmé par les travaux de recherche qui existent sur le sujet³¹. La violence contre/le risque de dommages pour autrui sont typiquement associés au diagnostic de la schizophrénie. Toutefois, peu d'éléments permettent de justifier cette affirmation. Dans le cadre d'une étude qui est sans doute la plus importante menée à ce jour sur la corrélation entre la schizophrénie et la violence, un échantillon de 8 003 personnes diagnostiquées schizophrènes aux États-Unis a été comparé à un échantillon de la population générale du point de vue des condamnations pénales pour crimes violents. Dans la vaste majorité des cas, les crimes violents commis par des personnes diagnostiquées étaient imputables à l'abus de drogues. Quand d'autres facteurs étaient pris en compte, la probabilité pour que les personnes diagnostiquées schizophrènes non toxicomanes commettent un crime violent était à peine 1,2 fois supérieure à celle du groupe témoin³². D'autres données confirment que c'est

25. [CommDH-Speech\(2018\)10](#) (en anglais uniquement).

26. Paul Deany, Disability Rights Fund, intervention devant la 9^e session de la Conférence des États Parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, 15 juin 2016.

27. «Les personnes souffrant de handicaps psychosociaux continuent d'être injustement considérées comme dangereuses, bien que tout indique qu'elles sont en général victimes plutôt qu'auteurs d'actes de violence.» Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, [A/HRC/35/21](#), 28 mars 2017, paragraphe 25.

28. «L'idée fausse selon laquelle les malades mentaux seraient intrinsèquement dangereux est l'une des idées les plus nocives qui circulent dans la société. Elle réapparaît de manière systématique chaque fois qu'un tueur de masse est en cavale et aboutit à l'assujettissement de personnes qui ne posent aucun danger», Andrew Solomon, *New York Times*, 26 octobre 2016.

29. [A/HRC/40/54](#), 11 janvier 2019, paragraphe 27.

30. *Op. cit.*, note 24.

31. «Violence and mental illness: what is the true story?», Varshney M. *et al.*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, mars 2016, vol. 70, n° 3.

principalement l'accumulation de divers facteurs de risque, dont des facteurs ayant trait au passé de la personne (antécédents de violence, détention en tant que mineur, abus physiques), des facteurs cliniques (abus de substances)³³, individuels (sexe, âge, etc.) et contextuels (divorce récent, chômage, traitement inéquitable des personnes ayant un problème de santé mentale) qui rattache les problèmes de santé mentale à la violence³⁴.

14. Par ailleurs, la littérature sur la contrainte en psychiatrie et la violence n'a pas encore démontré l'efficacité de l'arsenal des mesures de placement involontaire et de traitement imposé pour réduire les risques de violence³⁵. S'agissant du risque de dommages pour soi-même, la littérature médicale ne fournit pas de preuves solides d'une diminution du risque de suicide à l'issue d'un traitement involontaire. Par ailleurs, il a été largement démontré que le suicide est très difficile, voire impossible, à prédire^{36 37}.

4. L'impact de la contrainte sur les usagers et les prestataires de services de santé mentale

15. L'on manque de preuves empiriques solides de l'efficacité des mesures coercitives dans la prévention des dommages pour le patient lui-même ou pour autrui; par contre, les preuves de leurs effets néfastes sont irréfutables. En effet, les conclusions d'études sociologiques menées sur le terrain avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale démontrent que le placement ou le traitement involontaires sont vécus comme des expériences largement négatives³⁸. Ces expériences sont associées à des traumatismes, suscitent de la peur, des souffrances, de l'humiliation, de la honte, de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation. Le traitement involontaire – souvent associé au placement involontaire – tels que la médication forcée et le traitement forcé par électrochocs, ou les mesures de contrainte sont perçus comme des expériences particulièrement traumatisantes dont les effets peuvent être classées en quatre catégories: un impact psychologique négatif, de nouveaux traumatismes, le sentiment d'être victimes de pratiques contraires à l'éthique, et une personnalité brisée³⁹.

16. Dans ce contexte, il convient de noter que les antipsychotiques ont des effets indésirables potentiellement graves et risquent de provoquer des dommages irréversibles pour la santé, comme des problèmes de coordination motrice (par exemple la dyskinésie tardive, un trouble qui se caractérise par des mouvements involontaires touchant le plus souvent la bouche, les lèvres et la langue, et quelquefois le tronc ou d'autres parties du corps comme les bras et les jambes), des changements hormonaux et des modifications du tissu cérébral. De même, il existe des données qui permettent de penser que la «thérapie par électrochocs» a des effets dommageables irréversibles comme les pertes de mémoire. Outre leurs effets traumatiques, ces «traitements» administrés contre la volonté des personnes ayant des problèmes de santé mentale posent donc d'importantes questions médicales et éthiques.

17. Par ailleurs, les patients qui sont contraints d'accepter une hospitalisation et/ou l'administration de médicaments auront moins tendance à observer le traitement à leur sortie et donc à se faire soigner par la suite. Comme le déclarait la représentante du Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP) au cours de l'audition d'octobre, les mesures coercitives sont dissuasives parce qu'elles détruisent la confiance des patients qui les subissent dans l'aptitude de la psychiatrie à leur venir en aide, et les incitent à éviter tout contact avec le système de santé ce qui, par voie de conséquence, augmente le risque de nouvelles crises ou de crises supplémentaires.

32. Observations de la Hallmark Disability Research Initiative à l'université de Melbourne, lors de la consultation publique organisée en 2015 sur le projet de protocole additionnel, DH-BIO/INF(2015)20, www.coe.int/en/web/bioethics/psychiatry.

33. En fait, pour les personnes qui présentent une maladie mentale sans abus de substances, le lien avec la violence est au mieux faible.

34. *Op. cit.*, note 31. Il est intéressant de constater que d'autres groupes, comme les jeunes hommes consommateurs d'alcool ou les auteurs de violences domestiques, dont la propension à la violence par rapport au reste de la population est empiriquement établie, ne sont pas soumis à des restrictions de leur droit à la liberté similaires à celles auxquelles sont soumises les personnes ayant un handicap psychosocial.

35. *Op. cit.*, note 32.

36. «La prévention du suicide doit passer par des stratégies globales et multisectorielles, notamment la création de lieux sûrs et bienveillants où les personnes peuvent évoquer le suicide et l'automutilation sans craindre une éventuelle intervention coercitive», A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, paragraphe 35.

37. «Non, la psychiatrie n'aurait pas pu empêcher la catastrophe de Germanwings», Gary Greenberg, *The New Yorker*, 2 avril 2015.

38. Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux, Agence des droits fondamentaux, 2012.

39. *Op. cit.*, note 13.

18. Les mesures involontaires ont également un impact négatif sur les prestataires de services, c'est-à-dire les professionnels de la santé mentale qui s'occupent des patients ayant des problèmes de santé mentale. À la dernière réunion du DH-BIO, en novembre 2018, le représentant de l'Association européenne des prestataires de service pour personnes en situation de handicap (EASPD) a fait observer que les prestataires de service utilisent quotidiennement la contrainte tout en sachant qu'il s'agit d'une violation des droits fondamentaux. Tous souhaitent mettre un terme à la contrainte mais ne disposent pas d'alternatives, ou ne les connaissent pas. Les prestataires de service ne parviennent pas à atteindre leur objectif d'assistance aux personnes handicapées. Seuls, ils n'ont pas les moyens d'instaurer des mesures alternatives; ils ont besoin d'un cadre adapté, conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et non coercitif⁴⁰.

5. Comment prévenir, limiter et éliminer la contrainte dans le domaine de la santé mentale?

5.1. Des pratiques réussies et prometteuses

19. Mental Health Europe a récemment publié un rapport sur des programmes et pratiques réussis et prometteurs qui contribuent à prévenir, à limiter et à éliminer la contrainte dans le domaine de la santé mentale. Ce rapport présente plusieurs exemples positifs relevés en Europe et ailleurs, y compris des stratégies en milieu hospitalier, des services de proximité (y compris des services administrés par des pairs) et d'autres initiatives comme les services de crise et de répit et la planification anticipée. De même, des recherches menées dans la littérature à la demande du Bureau de l'ONU à Genève pour documenter le rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies ont révélé que les politiques de prévention ou de réduction des pratiques coercitives s'avèrent très efficaces et méritent une plus grande attention de la part des États⁴¹. Quelques exemples tirés de ces publications et d'autres ouvrages sont cités ci-après.

20. Unités de soins intensifs (*High & Intensive Care Units*) (Pays-Bas): ces unités «HIC» sont des services d'admission d'urgence chargés de rétablir et de maintenir le contact et de prévenir les crises. Ils ont été créés en 2013 par un groupe multidisciplinaire d'experts, dont des usagers et des représentants de familles. Ces unités ont besoin d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, psychologues, usagers) spécialement formés à la gestion des crises, de l'agression et des comportements suicidaires. Du point de vue architectural, un cadre propice est mis en place avec des chambres individuelles, des séjours spacieux et bien éclairés et un accès à des espaces extérieurs. La méthode comprend une évaluation minutieuse du risque d'escalade et l'élaboration d'un plan de crise personnalisé, en consultation avec l'intéressé et avec ses proches. Le plan décrit comment éviter l'escalade. Ces unités ont permis d'obtenir des résultats prometteurs du point de vue du recours aux mesures d'isolement dans les services pour patients commis d'office. La diminution du recours aux mesures d'isolement ne donne pas lieu à une hausse de la médication forcée. Toute contrainte doit être documentée, et les membres du personnel discutent régulièrement de ces données afin de déterminer comment diminuer encore le recours à la contrainte dans le but d'éliminer cette pratique.

21. Unités mobiles de santé mentale (Grèce): ces unités ont permis de réduire le nombre de placements involontaires dans les hôpitaux. L'objectif premier est de maintenir les patients dans la communauté. La collectivité locale et divers services de santé, ainsi que des acteurs clés (autorités locales, services de police, procureurs) collaborent activement avec ces unités mobiles. En permettant le maintien des personnes dans leur communauté et en proposant des services aussi près que possible du domicile des patients, les unités mobiles contribuent à la stabilité et à la continuité des soins.

22. L'approche du Dialogue ouvert dans les cas de psychose aiguë a initialement été élaborée en Finlande; elle consiste à prendre les décisions en concertation avec les intéressés et des réseaux plus étendus de leur choix. Le Dialogue ouvert vise à apporter une aide dans le foyer ou dans la communauté des patients. Les prestataires de services tâchent d'organiser des rencontres régulières entre l'intéressé et un réseau proche de son choix réunissant son cercle d'amis, de soignants, ou de membres de sa famille, auxquels s'ajoutent plusieurs membres de l'équipe soignante qui sont systématiquement présents. Aucune grande évaluation de l'impact direct de «Dialogue ouvert» sur le recours à la contrainte n'a encore été

40. «(...) la contrainte doit cesser d'être la norme (...). Cette violence institutionnelle (...) affecte d'abord les patients, mais également le personnel soignant.» Pour un renouveau des soins psychiques, manifeste pour un printemps de la psychiatrie, 22 janvier 2019, *L'Humanité*.

41. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review, Goodings P. et al. (2018), Melbourne Society Equity Institute.

réalisée mais, en Laponie, ce modèle a totalement remplacé les traitements d'urgence et médicalisés. Un suivi sur deux ans a révélé qu'il y a eu moins d'internements, davantage de réunions familiales, moins de médicaments, moins de rechutes et une amélioration de la situation professionnelle.

23. Le système suédois des médiateurs personnels est parti du constat que les dispositifs existants de capacité juridique ne permettaient pas de répondre aux besoins de nombreuses personnes ayant un handicap psychosocial, qui étaient renvoyées d'une administration à l'autre sans parvenir à bénéficier de leurs droits. Le projet pilote initial a permis d'obtenir de tellement bons résultats (il a été apprécié par les clients, a permis de diminuer le nombre d'hospitalisations involontaires et de réaliser des économies) qu'il a été converti en une disposition nationale permanente réunissant environ 300 médiateurs s'occupant de 6 000 à 7 000 personnes ayant un handicap psychosocial. Ces médiateurs sont des professionnels qui travaillent à 100 % à la demande des intéressés et uniquement pour les intéressés. Ce type de soutien a également permis d'aider les personnes les plus difficiles à atteindre, qui restaient souvent livrées à elles-mêmes. Il s'agissait notamment de personnes diagnostiquées schizophrènes, de personnes souffrant de délires et de psychoses et de sans-abri ou de personnes vivant très isolées en évitant tout contact avec les autorités⁴².

24. Les «maisons de répit» administrées par des pairs: l'expression «maison de répit» désigne typiquement de petits foyers de proximité, où les intéressés peuvent se rendre pour de courtes périodes quand ils traversent une crise de santé mentale. Les maisons de répit administrées par des pairs ont vu le jour aux États-Unis mais on en trouve aujourd'hui en Suisse, en Allemagne, en Suède, en Hongrie, au Danemark, aux Pays-Bas et en France. Elles se caractérisent par du personnel non médical, une assistance entre pairs, la responsabilisation des résidents et la présence à leurs côtés en temps de crise, des liens avec la société et la responsabilité mutuelle. On y trouve une très faible utilisation des antipsychotiques sur la base du choix personnel de chaque résident, et les services de santé mentale sont généralement dispensés à l'extérieur de ces maisons de répit. Cette formule vise à laisser aux intéressés une plus grande marge de manœuvre dans le choix de leurs soins et diminue le recours du système de santé à des dispositifs de santé mentale plus chers, plus coercitifs et moins centrés sur les personnes. Actuellement, les maisons de répit de plusieurs pays d'Europe assurent leur financement à partir du budget des foyers pour sans-abri et ne sont pas toujours ouvertes à tout particulier qui ne se sent pas bien et aurait besoin de s'échapper de son cadre de vie, ce qui pourrait éviter une hospitalisation involontaire.

25. L'initiative QualityRights (Organisation mondiale de la santé): cette initiative mondiale vise à améliorer la qualité des soins proposés par les services de santé mentale et à promouvoir les droits humains des personnes présentant un handicap psychosocial, intellectuel et cognitif. Par le biais de QualityRights, l'OMS aide les pays à mettre en place des politiques, des stratégies, des lois et des services conformes aux normes internationales des droits humains, y compris la CDPH. L'objectif est notamment d'organiser des services de proximité, orientés sur le rétablissement et qui assurent le respect et la promotion des droits humains. Dans le cadre de cette initiative, des personnes ayant fait l'expérience (de problème de santé mentale) assument le rôle de pairs dans l'orientation, le soutien et le renforcement des capacités des autres. Les bénévoles qui assurent ce soutien par les pairs aident les usagers des services de santé mentale à comprendre leurs propres éléments déclencheurs, leurs objectifs et leurs responsabilités, à établir un plan de rétablissement et donnent espoir pour avancer dans la vie. L'initiative implique également des groupes de soutien familial où des proches des personnes ayant des problèmes de santé mentale se réunissent pour discuter et trouver des moyens de surmonter leurs difficultés.

26. Directives anticipées: une directive anticipée est un document juridique par lequel les patients prennent des décisions qui les lient ou donnent des instructions à d'autres, notamment en vue d'une période de crise. Beaucoup de personnes ayant des problèmes de santé mentale disposent d'assez d'expérience pour savoir ce qui peut les aider à se rétablir. La planification anticipée par le biais de directives anticipées permet aux intéressés de bénéficier des traitements qu'ils choisissent (étant entendu qu'ils ont la possibilité d'exprimer par ce biais leur refus de certains traitements) et qu'ils ont trouvé utiles dans le passé. «Les patients, les porte-paroles et les médecins estiment de plus en plus que de telles directives peuvent aider à transformer les systèmes de santé mentale en permettant aux patients de définir leur propre prise en charge, même quand ils perdent le contact avec la réalité»⁴³. Ces directives pourraient jouer un rôle très important pour limiter au minimum le recours aux mesures involontaires parce qu'elles aident à respecter la volonté et les

42. «À qui appartient-il de décider? Le droit à la capacité juridique des personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales», Document de réflexion, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, avril 2012.

43. Dans ces documents, les patients précisent les traitements qu'ils acceptent ou refusent, aiment ou méprisent; si leurs crises s'accompagnent d'envies de suicide ou d'hallucinations, et même ce que les médecins devraient dire pour entrer dans leur psychose. «Now mental health patients can specify their care before hallucinations and voices overwhelm them», Pam Belluck, *New York Times*, 3 décembre 2018.

préférences des personnes en crise. Il a également été constaté que le simple fait de rédiger une telle directive augmente l'implication de certains patients dans leur traitement (le patient se sent davantage maître de la situation).

5.2. Renforcement des capacités, sensibilisation et prévention

27. Toute stratégie de réduction et d'élimination de la contrainte dans le domaine de la santé mentale devrait s'accompagner de mesures visant à changer les attitudes négatives et les stéréotypes à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale (et en particulier le discours public sur la violence et les personnes ayant des problèmes de santé mentale) par le biais d'activités efficaces de formation et de sensibilisation impliquant toutes les parties prenantes et notamment les fonctionnaires (personnel des services de police, répressifs et pénitentiaires), les prestataires de services, les médias, les familles et le grand public. Ainsi, les Pays-Bas ont consenti un effort considérable pour améliorer l'acceptation et la prise en charge des personnes ayant un handicap psychosocial et de leur famille dans la société. Les autorités locales, les professionnels de santé, des experts et la police collaborent étroitement et échangent leurs expériences et leurs bonnes pratiques, notamment sur le site Internet dédié «*Verward en dan?*» (Perturbé, et alors?). Ce portail accessible au public fournit des informations sur les raisons pour lesquelles des personnes peuvent être perturbées, comment les gérer tout en les considérant comme des membres de la société, où trouver de l'aide, etc. Il propose également des liens vers des vidéos postées sur YouTube illustrant la conduite à tenir dans diverses circonstances et qui s'appuient sur des expériences vécues. C'est le cas d'une vidéo expliquant comment le public devrait réagir face à une femme désorientée qui se promène dans la rue, une poupée sous le bras, à la recherche de son enfant (*Hoe reageert Leeuwarden op Emma?* – Comment réagit Leeuwarden à Emma?). Dans le Land allemand du Bade-Wurtemberg, les bénévoles qui travaillent avec les réfugiés et les demandeurs d'asile, par exemple, suivent une formation aux «premiers soins» de santé mentale pour pouvoir détecter et soutenir les personnes en situation de détresse psychologique.

28. Le lien au sein de la société entre les personnes avec et sans expérience des problèmes de santé mentale constitue la clé d'une réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Par conséquent, les activités de formation et de sensibilisation doivent faire intervenir des personnes qui ont un vécu des problèmes de santé mentale. Une telle mobilisation est susceptible de favoriser à la fois l'entraide et les demandes de service en cas de besoin. Il faudrait encourager davantage de personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale à s'investir, en qualité de dirigeants, de porte-paroles et de pairs, dans la lutte contre les obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale, à l'intégration sociale et à la pleine citoyenneté⁴⁴.

29. Étant donné que les problèmes de santé mentale sont souvent la conséquence directe de violences, d'abandon affectif et de mauvais traitements subis dans l'enfance⁴⁵, la prévention, la détection précoce et les interventions non-coercitives, surtout pour les enfants et les adolescents, sont également essentielles. Il est primordial d'éviter toute stigmatisation dans ces contextes.

30. Les établissements d'enseignement supérieur et notamment les facultés de médecine, de droit et de travail social devraient revoir leurs programmes pour qu'ils reflètent dûment les dispositions de la CDPH⁴⁶. Les intervenants en soins primaires et les prestataires de soins de santé de proximité (non spécialistes) ainsi que les prestataires des autres entités concernées comme les écoles et le système de justice pénale devraient acquérir et mettre en pratique les compétences nécessaires pour détecter, traiter et prendre en charge les personnes ayant des problèmes de santé mentale⁴⁷.

6. Développements récents concernant le projet de protocole additionnel

31. À sa dernière réunion, les 20 et 22 novembre 2018, le DH-BIO a pris note des avis sur le projet de protocole additionnel soumis par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), la Commissaire aux droits de l'homme, les deux commissions de l'Assemblée parlementaire et la Conférence des organisations internationales non gouvernementales (OING). À l'exception du représentant de la Conférence des OING, qui a évoqué les divergences de vues entre les OING qui ont participé à leur consultation interne, les autres orateurs ont instamment prié le DH-BIO

44. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, *The Lancet*, vol. 392, n° 10157.

45. A/HRC/39/36, 24 juillet 2018, paragraphe 16.

46. A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, paragraphe 82.

47. *Op. cit.*, note 44.

d'abandonner le projet, en invoquant les préoccupations suivantes: les conflits entre le nouvel instrument et les normes internationales existantes, et en particulier la CDPH; le recours à un langage stigmatisant; et l'absence d'une véritable participation de la société civile au processus d'élaboration.

32. À de rares exceptions près, les délégations ont reconnu que l'objectif des travaux demeurerait pertinent et méritait d'être explicité. Elles ont estimé que le projet devait être soigneusement réexaminé en veillant tout particulièrement à renforcer l'aspect des mesures alternatives et préventives. Elles ont aussi appelé à accorder une attention spéciale à la poursuite du développement de la collaboration avec toutes les parties prenantes concernées. À la lumière de ces considérations, le DH-BIO a décidé d'inviter les ONG représentées lors de la session à soumettre des propositions rédactionnelles concernant les mesures alternatives et préventives. Il a également décidé d'inviter l'Association européenne de psychiatrie et d'autres organisations professionnelles à commenter certains aspects spécifiques du projet de texte.

33. Le 20 novembre 2018, le Réseau européen des Institutions nationales des droits de l'Homme (REINDH)⁴⁸ a publié un communiqué appelant les États membres du Conseil de l'Europe à demander le retrait de la version actuelle du projet de texte et, s'il était finalement soumis à un vote, à s'opposer à son adoption en raison des préoccupations qu'il continue de susciter, dont celles mentionnées par le Comité CDPH, la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe et l'Assemblée parlementaire. Dans un communiqué de presse publié le 21 novembre 2018, Human Rights Watch s'est associée à plusieurs autres ONG militant contre le projet de protocole additionnel pour appeler les États membres du Conseil de l'Europe à s'opposer à ce texte en soulignant que la Bulgarie, la Macédoine du Nord et le Portugal l'avaient déjà publiquement fait^{49,50}.

34. À sa réunion du 27 au 30 novembre 2018, le Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH) a adopté son avis sur le projet de protocole additionnel. Le CDDH a apprécié le travail d'explication du DH-BIO quant aux buts de l'exercice et a estimé important de poursuivre et d'approfondir ce travail. Il a soutenu les efforts renouvelés du DH-BIO visant à rappeler le caractère exceptionnel des mesures involontaires en dernier recours et à encourager le recours à des mesures alternatives et de soutien. Le CDDH a encouragé le DH-BIO à déterminer, en prenant en considération les commentaires reçus durant la consultation publique, à quel moment et selon quelles modalités poursuivre les travaux relatifs au protocole additionnel.⁵¹ À sa réunion du 27 au 29 novembre 2018, le Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC) a décidé de ne pas émettre d'avis sur le projet de protocole additionnel.

35. Dans un avis daté du 5 décembre 2018, le Défenseur des droits de la République française a conclu que le projet de protocole additionnel n'était pas conforme aux principes consacrés par la CDPH, faisant observer que la solution proposée par le DH-BIO – en dépit de l'objectif recherché, à savoir prévenir le recours à des mesures abusives et arbitraires de placement et de traitement involontaires – s'était avérée inefficace dans la pratique et à l'origine des abus qu'elle visait à prévenir. Le Défenseur des droits convenait avec l'Assemblée qu'il était préférable de concentrer le travail sur la promotion d'alternatives aux mesures involontaires en psychiatrie. Il a aussi souligné qu'il existe des situations, certes exceptionnelles, où les personnes ne sont pas capables de donner leur consentement: ces situations ne doivent pas être négligées.

36. Enfin, dans son 4^e rapport trimestriel d'activité pour 2018, la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a évoqué sa participation à l'audition d'octobre et ses commentaires écrits soumises au DH-BIO pour rappeler son opposition au projet de protocole additionnel tout en expliquant ses raisons (incompatibilité de l'approche du projet de texte avec la CDPH; doute sur la valeur ajoutée de cet instrument; et consultation insuffisante des ONG de défense des droits des personnes handicapées), ainsi que son appel lancé au DH-BIO pour qu'il n'adopte pas le projet de protocole additionnel et sa recommandation de concentrer plutôt ses efforts sur les alternatives aux mesures involontaires⁵².

48. Le REINDH réunit 42 Institutions nationales des droits de l'homme de toute l'Europe. La mission du REINDH est de promouvoir et de protéger les droits humains sur l'ensemble de la région européenne.

49. «Conseil de l'Europe: Les droits des personnes handicapées menacés», Human Rights Watch, 21 novembre 2018.

50. À sa 20^e session tenue du 27 août au 21 septembre 2018 à Genève, le Comité des droits des personnes handicapées a adopté une déclaration publique appelant les États parties à la CDPH à s'opposer au projet de protocole additionnel. Cette déclaration rappelle l'opposition déjà exprimée par d'autres mécanismes des Nations Unies, à savoir le Groupe de travail sur la détention arbitraire, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées et le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

51. Voir Annexe XIV au rapport du CDDH: <https://rm.coe.int/comite-directeur-pour-les-droits-de-l-homme-cddh-rapport-90e-reunion-s/16809036cb>.

52. CommDH(2019)2, publié le 30 janvier 2019.

37. À sa réunion qui se tiendra à Strasbourg du 4 au 7 juin 2019, le DH-BIO devrait décider de l'organisation des travaux sur le projet de protocole additionnel à la lumière des observations reçues de ses délégations et d'organisations professionnelles. Il examinera également une note de concept concernant un projet d'étude sur les «bonnes pratiques en matière de soins de santé mentale – comment promouvoir les mesures volontaires» et pourrait convenir des modalités de la poursuite du travail en la matière. Le DH-BIO devrait être encouragé à mener une telle étude avec toutes les parties prenantes, et en particulier les ONG pertinentes qui représentent les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial.

7. Conclusion

38. Le recours à la contrainte dans la santé mentale engendre des violations des droits humains et génère un sentiment d'impuissance à la fois chez les usagers et chez les prestataires de services qui sont «contraints de recourir à la force». Les mesures coercitives empêchent d'établir des relations saines et respectueuses entre les prestataires de services et les usagers, ce qui, à terme, a des conséquences négatives sur la santé mentale. Par conséquent, les États ont besoin d'orientations et d'une assistance pour réformer leurs systèmes de santé mentale et garantir qu'un maximum de personnes ayant un handicap psychosocial sollicitent volontairement un traitement sans craindre de perdre leur dignité et leur autonomie⁵³.

39. La solution réside dans les bonnes pratiques et des outils disponibles à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé, qui offrent des solutions et un soutien dans les situations de crise ou d'urgence tout en respectant l'éthique médicale et les droits humains des personnes concernées, notamment leur droit à un consentement libre et éclairé⁵⁴. Ces pratiques prometteuses devraient être placées au cœur des systèmes de santé mentale. Les services coercitifs et le placement en institution devraient être considérés comme des alternatives inacceptables qu'il convient d'abandonner⁵⁵. Cela dit, l'abandon de la contrainte ne doit pas se traduire par un abandon des patients et ne devrait pas servir de prétexte à une réduction du budget global de la santé mentale. Il faudrait accorder davantage de fonds et de moyens à la recherche sur des solutions alternatives.

40. En plus de garantir les droits relatifs à la santé, les États devraient veiller à ce que les personnes ayant un handicap psychosocial ou des problèmes de santé mentale puissent efficacement exercer leurs droits relatifs à la protection sociale, y compris le droit au logement et à l'emploi. Les proches des personnes ayant des problèmes de santé mentale doivent bénéficier des aides sociales et financières adéquates pour leur permettre de faire face au stress et aux difficultés considérables induites par le soutien à leurs proches.

41. Le présent rapport intervient à un moment charnière étant donné que de nombreux États ont commencé à prendre des engagements au titre de la CDPH et à la mettre en œuvre. En tant que première organisation régionale de défense des droits humains, le Conseil de l'Europe devrait accompagner et encourager cette transition.

42. La transition de tous les services de santé mentale et des lois correspondantes vers des pratiques totalement consensuelles représente un défi majeur pour tous les États membres du Conseil de l'Europe. Dans ses commentaires écrits sur le projet de protocole additionnel, la Commissaire a précisé que sa position (l'opposition au projet de protocole additionnel) «ne doit pas être comprise comme un appel à l'abolition immédiate de toutes les mesures involontaires en psychiatrie», car il est impossible de réaliser une telle mutation du jour au lendemain. De même, tout en s'opposant au projet de protocole additionnel, le présent rapport reconnaît qu'en droit international les États ont l'obligation de protéger la vie, et que la pratique actuelle s'appuie sur des mesures involontaires pour répondre à des situations de détresse et de crise qui peuvent mettre la vie en péril (souvent qualifiées de «situations de crise et d'urgence»). En conséquence, il appelle à concentrer les efforts du Conseil de l'Europe sur la rédaction de lignes directrices visant à mettre fin à la contrainte dans le domaine de la santé mentale et non plus sur la rédaction du protocole additionnel.

43. Seul un tel objectif ambitieux de mettre fin à la contrainte dans le domaine de la santé mentale permettra aux États de parvenir aux changements structurels qui aboutiront à l'instauration d'un système de santé mentale fondé sur les droits humains. À cette fin, et dans un premier temps, le rapport encourage les États membres à prendre des engagements ambitieux en vue de réduire de manière radicale le recours aux pratiques médicales coercitives, y compris dans les «situations de crises et d'urgence», afin qu'elles puissent

53. [Commentaires de la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe sur le projet de Protocole additionnel](#) (en anglais uniquement), paragraphe 18.

54. A/HRC/39/36, 24 juillet 2018, paragraphe 13.

55. *Op. cit.*, note 13.

progressivement être abandonnées, en gardant à l'esprit que le chemin sera difficile et prendra du temps. Il est urgent de commencer à changer la façon dont la société et les États gèrent les troubles mentaux. «Il faut que la psychiatrie se transforme et adopte une approche fondée sur les droits de l'homme»⁵⁶.

56. A/HRC/40/54, 11 janvier 2019, paragraphe 32.

Annexe – Commentaires sur le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires⁵⁷

Introduction

1. La commission des questions sociales, de la santé et du développement durable se félicite d'avoir la possibilité de formuler des commentaires sur le projet de protocole additionnel (et son projet de rapport explicatif), et approuve tout particulièrement la déclassification du projet, qui permettra aux autres parties prenantes (notamment les mécanismes pertinents de l'ONU, les ONG et les associations de personnes ayant un handicap psychosocial) de voir les changements apportés au projet depuis 2015. Néanmoins, ces changements ont été peu nombreux et peu ont pris une direction que la commission soutient⁵⁸. Les commentaires formulés par la commission en 2017, ainsi que l'annexe détaillée des commentaires de la Présidente de la commission à l'époque, M^{me} Stella Kyriakides (Chypre, PPE/DC), restent donc pleinement d'actualité⁵⁹.

2. En 2017, la commission a justifié la présentation des commentaires sur le projet de protocole comme suit: «Bien que l'Assemblée soit fondamentalement opposée à l'élaboration de ce protocole, il est important qu'elle suive de près les travaux en cours concernant aussi bien le contenu (comment réduire au minimum les effets négatifs que ce protocole additionnel pourrait avoir sur les droits des personnes ayant un handicap psychosocial ainsi que sur la crédibilité du Conseil de l'Europe en tant qu'organisation régionale de défense des droits humains?) que la procédure (comment garantir la participation adéquate des organisations de défense des droits des personnes handicapées au processus de rédaction?)»⁶⁰. Les commentaires formulés par la commission en 2017 n'ont pas entraîné de modification profonde du projet de protocole additionnel.

3. Par conséquent, la commission ne souhaite pas faire de commentaires complémentaires sur les articles du projet de protocole additionnel, et a convenu de se concentrer sur l'approche sous-jacente du protocole et sur la nécessité d'avoir une véritable consultation.

Une véritable consultation est essentielle

4. Il est important de noter le changement de paradigme introduit par l'adoption, en 2006, de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (CDPH) et le fait qu'elle a été ratifiée depuis par 46 des 47 États membres du Conseil de l'Europe, ainsi que par l'Union européenne.

5. Dans son rapport de 2016, l'ancienne rapporteure, M^{me} Guguli Magradze (Géorgie, SOC), a expliqué le changement de paradigme comme suit: «La CDPH ne crée pas de nouveaux droits ni de droits spécifiques au profit des personnes handicapées, mais réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux qui leur sont reconnus. (...) Ce faisant, la CDPH reconnaît que ce sont les divers obstacles auxquels se heurtent les personnes présentant des déficiences qui créent la situation de handicap. Dans ce cas, le handicap est appréhendé d'une manière fondamentalement différente: il n'est plus considéré comme une conséquence de la déficience de l'individu. Autrement dit, c'est l'incapacité de la société à créer un environnement inclusif qui invalide les individus et non l'état mental ou intellectuel de la personne. La CDPH modifie par conséquent totalement l'approche traditionnelle où le handicap est perçu à travers le modèle médical, qui envisage pour l'essentiel la personne handicapée comme un problème et cherche à l'adapter au monde tel qu'il est. Grâce à la CDPH, les personnes handicapées deviennent titulaires de droits (sujets), au lieu d'être simplement les destinataires des associations caritatives ou de l'attention des milieux médicaux (objets). Cela signifie également un passage du paternalisme à l'autonomisation.⁶¹»

6. Ce changement de paradigme s'étend également aux questions de procédure, car la CDPH traduit en termes juridiques le slogan du mouvement pour les droits des personnes handicapées, «Rien sur nous sans nous», faisant obligation aux États Parties de consulter étroitement et activement avec les organisations qui représentent les personnes handicapées lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre des lois et des politiques visant à appliquer la convention. En outre, elle met en place un comité (Comité CDPH) composé de 18 experts indépendants, qui est chargé du suivi de la mise en œuvre de la convention⁶².

57. Commentaires approuvés par la commission le 11 octobre 2018.

58. Par exemple, la commission ne soutient pas l'ajout d'un article sur l'utilisation de «l'isolement et la contention» et d'un article sur le «traitement visant à produire un effet irréversible» (Chapitre VI – Situations spécifiques).

59. Commentaires transmis au DH-BIO le 27 avril 2017.

60. *Ibid.*, paragraphe 7.

61. Doc. 14007 (2016), exposé des motifs, paragraphes 10-11.

7. Une véritable consultation des organisations de défense des droits des personnes handicapées dans le processus de rédaction en cours au DH-BIO est donc essentielle. Après avoir repris les travaux sur le protocole additionnel à la fin de 2016, le DH-BIO a invité, à leurs frais, les organisations suivantes à ses réunions: l'Association européenne des prestataires de services pour les personnes en situation de handicap (EASPD), le Forum européen des personnes handicapées (FEPD) et Rehabilitation International (RI). Lors de deux réunions (en juin et en novembre 2017), la délégation du FEPD comptait des représentants de Mental Health Europe et du Réseau européen des (ex-)usagers et des survivants de la psychiatrie (ENUSP)⁶³. Il s'agit de la seule fois où des personnes directement concernées par le protocole additionnel ont été représentées d'une manière ou d'une autre au cours du processus d'élaboration⁶⁴.

8. Le 14 mai 2018, le Forum européen des personnes handicapées (ainsi que ses membres, l'ENUSP, Autism Europe, Inclusion Europe, Mental Health Europe, et avec le concours de International Disability Alliance) ont adressé une lettre ouverte au [Secrétaire Général du Conseil de l'Europe](#) dans laquelle ils ont fait part de leurs «préoccupations et de leur opposition les plus profondes» à l'adoption du [projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo](#), et annoncé qu'ils ne participeraient pas à la prochaine réunion du DH-BIO le 24 mai 2018: «Malgré notre participation active aux précédentes réunions, nos contributions ont été systématiquement ignorées et le processus n'a pas été pleinement transparent puisque la société civile, que nous représentons, n'a jamais approuvé aucun aspect de ce projet de protocole additionnel. Il est très préoccupant de constater que les organisations de personnes handicapées ne sont pas véritablement consultées dans ce processus, ce qui n'est pas conforme à l'article 4.3 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées concernant «l'adoption de toute décision sur des questions relatives aux personnes handicapées»⁶⁵. Le caractère «fermé» des travaux du DH-BIO a également été critiqué par les principaux mécanismes des Nations Unies concernés⁶⁶.

9. Lors de l'audition conjointe sur cette question organisée le 9 octobre 2018 par la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable et la commission sur l'égalité et la non-discrimination, en référence aux protestations ci-dessus de la part des ONG les plus compétentes et respectées dans ce domaine, la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a reconnu que leur participation avait été «nettement trop limitée pour répondre aux critères de la CDPH» et que «[ces protestations] justifieraient une remise en cause fondamentale du bien-fondé du projet dans son ensemble». Elle a également fait remarquer que «passer outre leur opposition équivaldrait à dire que les personnes ayant un handicap psychosocial ne comprennent pas ce que contient le protocole ni ce qui est bon pour elles» et que «les nombreuses erreurs similaires faites par le passé devraient servir d'avertissement».

10. La commission est donc d'accord avec les ONG susmentionnées et confirme que la bonne foi, la transparence, le respect mutuel, le dialogue constructif et le désir sincère de parvenir à un consensus, qui sont la pierre angulaire du processus de la CDPH prescrit à l'article 4.3, sont autant de conditions préalables qui n'ont pas été respectées jusqu'ici par le DH-BIO. La commission exhorte le DH-BIO à mener une véritable consultation de manière prioritaire.

Approche sous-jacente

11. Lors de la consultation des Nations Unies sur les droits de l'homme et la santé mentale de mai 2018⁶⁷, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas Aguilar, a souligné que les mesures coercitives et l'exclusion étaient devenues la norme dans la majorité des systèmes de santé mentale, en particulier dans les pays développés, et que les interventions involontaires telles que

62. Pour les États qui ont ratifié le Protocole facultatif à la CDPH, le Comité de la CDPH peut également recevoir et examiner des demandes individuelles et collectives.

63. Pour les déclarations jointes de l'ENUSP et Mental Health Europe, voir l'annexe IV au rapport de la 11^e réunion du DH-BIO. Pour les commentaires écrits de ces organisations sur le projet de protocole additionnel, voir les documents DH-BIO(2017)18, DH-BIO(2017)31 and DH-BIO(2018)7rev.

64. Au début du processus de rédaction, en mars 2014, le groupe de rédaction a organisé une audition des organisations non gouvernementales internationales représentant différentes parties prenantes (notamment les patients, les professionnels de la santé et les personnes souffrant de handicaps psychosociaux).

65. www.edf-feph.org/newsroom/news/disability-organisations-urge-council-europe-withdraw-addition-protocol-oviedo.

66. Lettre adressée au Secrétaire général du Conseil de l'Europe, le 29 septembre 2017, par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, la Présidente du Comité des droits des personnes handicapées et la Vice-Présidente du Groupe de travail sur la détention arbitraire, <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=23360>.

67. Consultation organisée par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, les 14 et 15 mai 2018, à Genève, conformément à la [Résolution 36/13](#) du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies.

l'électroconvulsivothérapie, la psychochirurgie, la stérilisation forcée et d'autres traitements invasifs, douloureux et irréversibles, continuaient d'être autorisés, en violation de la CDPH⁶⁸. À cet égard, elle a pris position contre l'initiative du Conseil de l'Europe d'élaborer un protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, qui servirait à légitimer ces pratiques coercitives, et a demandé aux États membres du Conseil de l'Europe de s'y opposer car il s'agissait, pour la protection des droits, d'un pas en arrière qui ne saurait être toléré. Lors de l'audition du 9 octobre 2018, elle a également souligné que l'approche du projet de protocole était problématique car elle se fondait sur «un cadre normatif dépassé» incompatible avec la CDPH.

12. La principale préoccupation de l'Assemblée évoquée dans sa recommandation de 2016, à savoir l'incompatibilité du futur instrument juridique avec la CDPH, reste valable. Il faudrait souligner que cette même préoccupation est partagée par un certain nombre d'organes et d'experts éminents de protection des droits humains, dont non seulement la Rapporteuse Spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (voir plus haut), mais aussi le Comité CDPH, et la Commissaire aux droits de l'homme, qui a souligné que «le conflit avec la CDPH ne se limite pas au principe de l'acceptabilité des placements involontaires: il concerne également le langage stigmatisant et archaïque utilisé dans le projet de protocole additionnel (comme les personnes atteintes de "troubles mentaux"), son approche discriminatoire et son indifférence aux besoins de soutien positif des personnes concernées afin de renforcer leurs droits fondamentaux»⁶⁹. Comme il n'est pas conforme à la CDPH et n'intègre pas le changement de paradigme qu'elle introduit, le protocole additionnel ne pourra pas faciliter la transition progressive vers une application plus uniforme par les États membres des mesures volontaires en psychiatrie, dans l'esprit de la CDPH, comme le Comité des Ministres l'a considéré dans sa réponse à la Recommandation de l'Assemblée de 2016.

13. Dans ses remarques conclusives lors de l'audition du 9 octobre 2018, la présidente du DH-BIO, M^{me} Ioan, a rappelé que le projet de protocole additionnel visait à renforcer les droits des personnes concernées par les mesures involontaires en introduisant des garanties juridiques. Cependant, comme l'a fait remarquer la Commissaire aux droits de l'homme: les normes dont nous avons besoin de toute urgence aujourd'hui ne sont pas des garanties supplémentaires, mais les mesures minimales que devraient prendre les États pour éviter avant tout les mesures involontaires⁷⁰.

14. Le projet de protocole additionnel, tel qu'il est rédigé aujourd'hui, n'est pas adapté au but poursuivi. Il ne protégera pas les personnes ayant un handicap psychosocial contre les abus et les violations de leurs droits fondamentaux, parce qu'il maintient le statu quo, qui est à l'origine de la violation des droits humains. Il risque de multiplier le recours à des mesures involontaires imposées aux personnes ayant un handicap psychosocial, en réglementant ce qui devrait être l'exception – qui risquerait de devenir trop facilement la norme – et partant de là, de multiplier aussi les abus et violations des droits humains qui en résultent. En outre, le projet de protocole additionnel risque de porter atteinte aux normes mondiales relatives aux droits humains consacrées dans la CDPH et d'affaiblir ainsi l'application de ces normes (plus élevées) en Europe. Il risque également de saper la crédibilité du Conseil de l'Europe en tant qu'organisation régionale des droits humains.

15. Selon le résumé de la consultation des Nations Unies sur les droits de l'homme et la santé mentale, à laquelle la rapporteure a représenté l'Assemblée, les participants «ont examiné la question de la santé mentale sous l'angle des droits humains et ont convenu que la situation pourrait être améliorée au moyen de stratégies à l'échelle du système et de services fondés sur les droits humains visant à combattre la discrimination, la stigmatisation, la violence, la contrainte et la maltraitance dans le contexte de la santé mentale»⁷¹. En fait, plusieurs participants à cette consultation se sont prononcés contre le projet de protocole additionnel (et personne en sa faveur), tant pour des raisons de procédure que de contenu.

16. Ainsi, lors de la séance d'ouverture, plusieurs orateurs se sont déclarés alarmés par le processus en cours d'élaboration au Conseil de l'Europe du protocole visant «à légitimer le traitement involontaire des personnes ayant un handicap psychosocial, en violation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et au mépris délibéré des progrès réalisés pour garantir les droits humains dans le domaine de la santé mentale, tels que l'initiative QualityRights de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁷²». Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Zeid Ra'ad Al Hussein, a préconisé «l'élimination des pratiques telles que le traitement forcé, notamment la médication forcée, l'électroconvulsivothérapie forcée, le placement forcé en institution et la ségrégation. Il a demandé aux États de plutôt garantir l'accès à divers services d'appui au sein de la communauté, notamment le soutien par les pairs, et a rappelé aux participants

68. A/HRC/39/36, version préliminaire, 24 juillet 2018, paragraphe 13.

69. Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, l'audition du 9 octobre 2018.

70. *Ibid.*

71. A/HRC/39/36, *op. cit.*

72. Le président de l'Association indonésienne de santé mentale, Yeni Rosa Damayanti, *ibid.*, paragraphe 4.

que la Convention relative aux droits des personnes handicapées offrait un cadre juridique permettant de protéger les droits des personnes ayant un handicap psychosocial, dont l'exercice de la capacité juridique, le consentement libre et éclairé, le droit de vivre et d'être inclus dans la société et le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, sans discrimination⁷³».

17. Il convient également de citer le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Dainius Pūras, qui a dénoncé «la stigmatisation généralisée, la surmédicalisation et l'emploi de la force qui avaient entraîné, dans le monde entier, des violations des droits humains des usagers de ces services et des personnes ayant un handicap psychosocial. Il a dit que les profondes inégalités de pouvoir, la prédominance du modèle biomédical et l'utilisation biaisée des connaissances dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale faisaient obstacle à la réalisation des droits. Il a affirmé que le statu quo était entretenu par les notions de dangerosité et de nécessité médicale de "corriger une anomalie", notions que les connaissances et les constatations les plus récentes n'étaient aucunement et dont on continuait pourtant d'user pour justifier le recours à des mesures non consensuelles à titre "exceptionnel"»⁷⁴.

Observations finales

18. Les commentaires transmis par plusieurs organes éminents de protection des droits humains lors de la consultation publique de 2015 avaient mis en évidence les graves problèmes que posent les définitions et les termes utilisés (dont la formulation est dangereusement imprécise et stigmatisante), les critères de placement et de traitement involontaires (qui enfreignent le principe fondamental de non-discrimination, et légitiment le recours à la force et à la détention arbitraire), le processus décisionnel en ce qui concerne le traitement involontaire des personnes ayant un handicap psychosocial faisant l'objet d'un placement involontaire, si tant est qu'il soit autorisé (en fait, il existe un nombre croissant de preuves concernant l'impact dommageable et l'inefficacité du traitement psychiatrique forcé). Ces organes ont également souligné la nécessité de recourir de préférence à des mesures alternatives. Ces préoccupations n'ont pas été suffisamment prises en compte dans le projet de protocole additionnel. Au contraire, l'ajout d'un chapitre concernant des «situations spécifiques» (sur l'isolement et la contention, et sur le traitement visant à produire des effets irréversibles) est inquiétant.

19. En effet, dans son article 18, le projet interdit le traitement visant à produire un effet irréversible dans le cadre des mesures involontaires. Toutefois, comme il ne couvre que le traitement qui vise à produire des effets physiques irréversibles, dans la pratique, seules les opérations chirurgicales telles que la lobotomie sont effectivement interdites. Un traitement qui a des effets irréversibles qui ne sont pas physiques (mais par exemple mentaux), tel qu'une «thérapie» par électrochoc, est donc accepté, ainsi qu'un traitement qui a des effets secondaires irréversibles (puisque les effets irréversibles ne sont pas le but du traitement). Cet article ne serait acceptable que s'il interdisait clairement tout traitement ayant des effets secondaires irréversibles pour lequel la personne traitée n'a pas donné son consentement plein, libre et éclairé.

20. Par ailleurs, la formulation dangereusement imprécise utilisée pour définir la portée du «trouble mental» dans le projet de protocole pourrait laisser penser que toute une série de «troubles mentaux» sont inclus, notamment des troubles pour lesquels, de l'avis même du DH-BIO, les mesures involontaires ne seraient jamais appropriées, tels que «les troubles de l'identité de genre, les troubles du sommeil et les dysfonctionnements sexuels» (mais que le DH-BIO n'a pas encore intégrés dans le texte du projet de protocole lui-même). Or cette imprécision de langage conduit à l'explication théorique selon laquelle il serait parfaitement légal qu'une personne transgenre ou souffrant de troubles du sommeil (dont «l'état» de santé mental est jugé présenter un risque avéré de dommage grave pour sa santé ou pour autrui)⁷⁵ puisse être détenue involontairement, traitée involontairement (notamment par des électrochocs et d'autres traitements provoquant des effets secondaires irréversibles). Ce n'est certainement pas l'intention véritable du DH-BIO.

21. Enfin, je formulerai un dernier commentaire sur le contenu du projet de protocole additionnel en reprenant les propos de M^{me} Kyriakides en 2017, qui déclarait que «les définitions et les termes utilisés sont importants», ce que montre le dernier exemple. Il est donc important que le DH-BIO utilise des termes et des définitions qui soient conformes aux standards et mécanismes pertinents en matière de droits humains. La commission invite donc le DH-BIO à éviter d'utiliser des termes tels que «trouble mental» et lui recommande

73. *Ibid.*, paragraphe 5.

74. *Ibid.*, paragraphe 12.

75. En fait, une personne privée de sommeil pourrait facilement présenter un risque avéré de dommage grave pour sa santé ou pour autrui si elle prend le volant et cause un accident. Dans certains pays, les personnes transgenres sont également considérées comme présentant de tels risques, à tort, bien entendu.

d'utiliser «handicaps psychosociaux». Elle recommande également de ne pas définir une mesure comme «involontaire» uniquement lorsque la personne souffrant d'un «trouble mental» s'y «oppose». Comme dans d'autres instruments relatifs aux droits humains, c'est l'absence de «consentement plein, libre et éclairé» de la personne concernée qui devrait définir le caractère involontaire de la mesure.

Conclusions et recommandations

22. Pour conclure, sur la base de la version actuelle du projet de protocole additionnel soumise à la commission pour commentaires, la commission estime que l'évaluation faite par l'Assemblée en 2016 demeure valable: le projet de protocole additionnel est incompatible avec la CDPH.

23. Le projet de protocole additionnel n'est pas non plus adapté au but poursuivi: il ne protégera pas les personnes ayant un handicap psychosocial contre les violations de leurs droits fondamentaux, parce qu'il maintient le statu quo qui est à l'origine de la violation des droits humains. Il est peu probable qu'il réduise le nombre de mesures involontaires qui leur sont imposées et il risque de multiplier le recours à de telles mesures en réglementant ce qui devrait être l'exception – qui risquerait de devenir trop facilement la norme, et partant de là, de multiplier les abus et violations des droits humains qui en résultent.

24. Par ailleurs, le projet de protocole additionnel risque de porter atteinte aux normes mondiales relatives aux droits humains consacrées dans la CDPH et d'affaiblir ainsi l'application de ces normes (plus élevées) en Europe. De ce fait, il risque également de saper la crédibilité du Conseil de l'Europe en tant qu'organisation régionale des droits humains et de provoquer un conflit de lois.

25. Compte tenu de cette évaluation, la commission demande instamment de faire cesser tous les travaux sur le projet de protocole additionnel et de mettre l'accent sur les alternatives aux mesures involontaires ainsi que sur les mesures préventives.

26. La commission estime que la solution réside dans les bonnes pratiques et les outils qui, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, offrent des solutions et un soutien dans des situations de crise ou d'urgence, dans le respect de l'éthique médicale et des droits humains de l'individu concerné, notamment de son droit à un consentement libre et éclairé. Il s'agit notamment des programmes d'assistance personnelle, de soutien psychosocial et de logement qui ont réduit le risque d'institutionnalisation et d'être soumis à des violences physiques et sexuelles⁷⁶. Les travaux du Conseil de l'Europe devraient être axés sur ces mesures alternatives.

27. La commission exhorte également le DH-BIO à respecter l'article 4.3 de la CDPH en ce qui concerne la nécessité d'établir des consultations étroites et actives avec les organisations représentant les personnes handicapées.

76. *Ibid.*, paragraphe 13.