



Assemblée générale

Distr. générale
24 juillet 2018
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-neuvième session

10-28 septembre 2018

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

**Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies
aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat
et du Secrétaire général**

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils,
politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

Santé mentale et droits de l'homme

Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*

Résumé

Conformément à la résolution 36/13 du Conseil des droits de l'homme, une consultation consacrée aux droits de l'homme et à la santé mentale s'est tenue les 14 et 15 mai 2018 à Genève. Les participants ont examiné la question de la santé mentale sous l'angle des droits de l'homme et sont convenus que la situation pouvait être améliorée grâce à des stratégies à l'échelle du système et à des services fondés sur les droits de l'homme pour lutter contre la discrimination, la stigmatisation, la violence, les mesures coercitives et la maltraitance. Le présent rapport propose un résumé des débats ainsi que les conclusions et les recommandations formulées à l'issue de la consultation.

* L'annexe est reproduite telle qu'elle a été reçue, dans la langue de l'original seulement.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Ouverture de haut niveau	3
III. Résumé des débats	5
A. Contexte : la santé mentale sous l'angle des droits de l'homme.....	5
B. Renforcement des droits de l'homme dans le secteur de la santé mentale au moyen de stratégies à l'échelle du système.....	8
C. Services et soutien fondés sur les droits de l'homme à l'appui de l'exercice des droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale	10
D. Amélioration des pratiques visant à combattre la discrimination, la stigmatisation, la violence, les mesures coercitives et la maltraitance	12
IV. Conclusions et recommandations	15
Annexes	
List of participants.....	19

I. Introduction

1. Dans sa résolution 36/13, le Conseil des droits de l'homme a prié le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'organiser une consultation pour examiner toutes les questions pertinentes et tous les problèmes liés à l'intégration d'une perspective fondée sur les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale, l'échange des meilleures pratiques et la mise en œuvre d'orientations techniques dans ce domaine.

2. Ont participé à cette consultation, qui s'est tenue les 14 et 15 mai 2018, un grand nombre de parties prenantes, notamment des représentants d'États Membres, d'organismes, de fonds et de programmes des Nations Unies, des titulaires de mandat au titre des procédures spéciales et des membres de la société civile, dont des usagers des services de santé mentale, des personnes présentant des troubles mentaux et des personnes présentant un handicap psychosocial ainsi que des membres d'organisations qui représentent ces personnes. Les participants ont examiné la question de la santé mentale sous l'angle des droits de l'homme et la manière de promouvoir ces droits au moyen de stratégies à l'échelle du système et de services et d'un soutien fondés sur les droits de l'homme, ainsi que l'échange de bonnes pratiques visant à combattre la discrimination, la stigmatisation, la violence, les mesures coercitives et la maltraitance dans le contexte de la santé mentale.

II. Ouverture de haut niveau

3. Le Président du Conseil des droits de l'homme, Vojislav Šuc, a présenté l'objectif de la consultation, qui était d'examiner les problèmes liés à l'intégration des droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale et l'échange des meilleures pratiques. Il a remercié le Portugal et le Brésil pour le rôle moteur qu'ils avaient joué dans l'organisation de la consultation et a exprimé sa gratitude aux membres de la société civile, en particulier aux usagers des services de santé mentale, aux personnes présentant des troubles mentaux et aux personnes présentant un handicap psychosocial, pour leur précieuse participation.

4. La Présidente de l'Association indonésienne de santé mentale, Yeni Rosa Damayanti, a souligné que les débats sur la santé mentale et les droits de l'homme devaient être axés sur la prise en compte des droits des personnes présentant un handicap psychosocial, ce qui allait au-delà de l'approche traditionnelle de la santé mentale, trop axée sur le traitement. Elle a énuméré les obstacles auxquels se heurtaient les personnes, tant dans les pays du Sud que dans ceux du Nord, en ce qui concernait l'accès au logement, à l'emploi, à la protection sociale et au droit de participer à la vie politique. La stigmatisation et la discrimination qui découlaient de l'application des lois et des politiques générales et qui transparaisaient dans les attitudes des autorités, des employeurs et de la population en général aggravaient cette situation. M^{me} Damayanti a souligné que dans le monde entier, on avait actuellement et de plus en plus tendance à recourir à la médication et au placement en institution, ce qui entraînait de nouvelles violations, qui s'ajoutaient à la perte de la capacité juridique et finissaient par accentuer la marginalisation des personnes présentant un handicap psychosocial. Elle s'est dite très préoccupée par le fait que le Conseil de l'Europe était en train de rédiger un protocole additionnel à la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention d'Oviedo), qui visait à légitimer le traitement sans consentement des personnes présentant 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 de l'homme dans le domaine de la santé mentale, tels que l'initiative QualityRights de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). M^{me} Damayanti a souligné qu'il était important que les personnes présentant un handicap psychosocial elles-mêmes et les organisations qui les représentent participent aux débats et aient leur mot à dire : « Nous ne devons plus jamais être exclues des discussions sur la santé mentale. ».

5. Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Zeid Ra'ad Al Hussein, a dit que le meilleur état de santé physique et mentale possible était un élément

intrinsèque de la dignité humaine et qu'il n'y avait pas de santé sans santé mentale. Pourtant, les stéréotypes préjudiciables entravaient la participation des personnes à la société et leur intégration dans la collectivité en raison de troubles de santé mentale réels ou supposés, et pouvaient entraîner une détention arbitraire dans des institutions qui étaient souvent le lieu de pratiques abusives et coercitives pouvant être assimilées à des actes de torture. M. Al Hussein a déploré le recours au placement en institution, considérant qu'il s'agissait d'une réponse inadéquate à tous les niveaux pour les enfants et les adultes présentant un handicap, et il 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 garantir l'accès à divers services d'appui au sein de la communauté, notamment le soutien par les pairs, et a rappelé aux participants que la Convention relative aux droits des personnes handicapées offrait un cadre juridique permettant de protéger les droits des personnes présentant un handicap psychosocial, notamment 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 discrimination. Il a salué la participation des titulaires de droits, qui ont fait part de leur vécu, et a préconisé de renforcer l'appui au cadre fourni par la Convention, qui avait déjà contribué à rétablir le respect de l'autonomie, des choix et des droits des personnes présentant un handicap psychosocial.

6. Le Directeur général de l'Organisation internationale du Travail (OIT), Guy Ryder, a dit que son organisation s'était engagée à s'associer aux efforts communs visant à favoriser le bien-être mental et à promouvoir le droit au travail des personnes présentant des troubles mentaux. Il a mis en avant les stéréotypes et la discrimination qui avaient cours sur le lieu de travail du fait que les employeurs et les recruteurs n'étaient pas suffisamment sensibilisés à cette question, ce qui entraînait l'exclusion et freinait la participation à l'emploi. Il a décrit les travaux que l'OIT menait avec les États Membres et les entreprises pour mettre en évidence les bonnes pratiques favorisant un environnement de travail plus inclusif, notamment au moyen d'aménagements raisonnables. Il a annoncé qu'un nouvel instrument visant à lutter contre la violence, la stigmatisation, la discrimination et le harcèlement au travail serait négocié à la Conférence internationale du Travail.

7. Le docteur Svetlana Akselrod, Sous-Directrice générale de l'OMS, a souligné que dans les débats, il fallait en priorité donner la parole aux personnes dont le handicap était le quotidien. Évoquant la Constitution de l'OMS, qui faisait référence à la santé mentale, elle a admis que peu de progrès avaient été réalisés dans la promotion de la santé mentale en tant que droit de l'homme. Elle a affirmé que les personnes présentant des troubles mentaux et un handicap mental n'avaient pas accès à des services de qualité qui soient respectueux de leurs droits et de leur dignité ; elles étaient marginalisées, souvent placées en institution et plus susceptibles de mourir prématurément que le reste de la population. Elle a appelé l'attention sur l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'action pour la santé mentale, qui s'inspirait de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Elle a évoqué l'initiative QualityRights, qui avait permis d'accroître considérablement la sensibilisation des professionnels de la santé mentale aux droits de l'homme, de diminuer la violence et la maltraitance et de rendre plus autonomes les personnes présentant des troubles de santé mentale et un handicap psychosocial.

8. Le Représentant permanent du Portugal auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève, Pedro Nuno Bártolo, a souligné que la santé mentale était un vaste domaine inexploré des droits de l'homme ; il a salué le pouvoir transformateur de la résolution 36/13 du Conseil des droits de l'homme sur la santé mentale et les droits de l'homme, qui faisait ressortir les responsabilités individuelles des États à l'égard de leurs sociétés respectives ainsi que la responsabilité collective de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité. Cette résolution était novatrice : on renonçait à perpétuer les violations par un placement arbitraire en institution, l'exclusion et la ségrégation, pour s'orienter vers une approche fondée sur les droits de l'homme. Il fallait collaborer pour lutter contre la discrimination, la stigmatisation, la violence, la maltraitance, la torture et les traitements ou peines dégradants qui continuaient d'avoir des répercussions sur les personnes présentant des troubles mentaux et les personnes présentant un handicap psychosocial. M. Bártolo a mis en avant

l'appui fourni par le système des Nations Unies, en particulier le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et l'OMS, notamment dans le cadre de l'initiative QualityRights de cette dernière, ainsi que les travaux menés par les trois rapporteurs spéciaux participant à cette consultation, et a réaffirmé qu'une nouvelle approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme s'imposait. Il a dit qu'il suffisait d'un accident pour que n'importe qui connaisse des problèmes de santé mentale, mais qu'une stigmatisation marquée était encore attachée à ces problèmes. Il a conclu en rappelant la règle d'or de toutes les civilisations : traite les autres comme tu voudrais être traité et ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse.

9. La Représentante permanente du Brésil auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève, Maria Nazareth Farani Azevêdo, a dit espérer que la consultation contribue aux efforts déployés pour mettre les politiques et pratiques en matière de santé mentale en conformité avec le droit des droits de l'homme. Le droit à la santé mentale et physique supposait des obligations négatives et des obligations positives, notamment l'accès à une couverture sanitaire universelle et l'adoption de lois, politiques, pratiques et mesures de lutte contre la discrimination visant à garantir les facteurs sociaux déterminants de la santé. Elle a rappelé que le Brésil, le Portugal et l'OMS s'étaient associés dans le cadre de différentes initiatives afin de faire de la santé mentale une priorité dans le domaine des droits de l'homme pour les personnes présentant des troubles mentaux et un handicap psychosocial.

10. Au cours du dialogue, des représentants de l'Union européenne, du Brésil au nom de l'initiative Politique étrangère et santé mondiale, de la Colombie, de l'Équateur, de l'Australie, de l'État plurinational de Bolivie, du World Network of Users and Survivors of Psychiatry, de Disability Rights International, d'International Disability Alliance et de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe ont pris la parole. Le Brésil a demandé que des efforts concertés soient déployés pour rompre avec les mesures coercitives et l'exclusion. La Colombie, l'Australie et Disability Rights International ont souligné qu'il fallait tenir compte de l'appartenance croisée des individus, qui venait s'ajouter aux désavantages et à la discrimination auxquels étaient confrontés les femmes et les filles, les enfants, les personnes âgées, les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes, les membres de peuples autochtones, les personnes à faible revenu ou vivant dans la pauvreté et celles qui vivaient dans des communautés rurales. L'État plurinational de Bolivie a proposé que les nouvelles manières de concevoir et de promouvoir la santé s'inspirent des valeurs et des connaissances traditionnelles des peuples autochtones afin que l'individu soit davantage en harmonie avec la famille et la communauté. La représentante de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a annoncé que l'Assemblée continuait de s'opposer à l'élaboration du 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 », rejoignant ainsi d'autres organes de haut niveau chargés des droits de l'homme. Le texte étant contraire à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, elle a demandé son retrait, ce à quoi ont souscrit World Network of Users and Survivors of Psychiatry et International Disability Alliance. Le World Network of Users and Survivors of Psychiatry a mis en garde contre les initiatives de réforme qui renforceraient le statu quo en continuant d'accorder une place centrale à la psychiatrie et au système de santé mentale, et a souligné qu'il fallait adopter une approche qui redonne la parole aux personnes présentant un handicap psychosocial et soit à nouveau centrée sur leurs droits.

III. Résumé des débats

A. Contexte : la santé mentale sous l'angle des droits de l'homme

11. Les intervenants, à savoir trois rapporteurs spéciaux, un représentant de Transforming Communities for Inclusion-Asia et un représentant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ont évoqué les violations des droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale, qui allaient de la discrimination et de la stigmatisation à la surmédicalisation et à l'emploi de la force. Tous les orateurs ont préconisé l'abolition de

ces pratiques et sont convenus que le droit à la santé mentale ne pouvait être promu que dans un environnement propice et favorable dans le cercle familial, à l'école, sur le lieu de travail ou dans les établissements de soins de santé, où il était remédié aux déterminants fondamentaux de la santé tels que la pauvreté, la discrimination, l'exclusion sociale et la violence, qui touchaient de manière disproportionnée les personnes handicapées. Tous les intervenants ont souligné que les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un handicap psychosocial, notamment les enfants et les femmes et les personnes vivant dans la pauvreté ou appartenant à des groupes marginalisés, devaient être les principaux interlocuteurs dans les débats portant sur leurs droits, et que les États avaient l'obligation de tenir compte de leurs avis sur toute question les concernant directement ou indirectement, notamment s'agissant du développement des services de santé mentale.

12. Le docteur Dainius Pūras, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, a dénoncé la stigmatisation généralisée, la surmédicalisation et l'emploi de la force qui avaient entraîné, dans le monde entier, des violations des droits de l'homme des usagers de ces services et des personnes présentant 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 ».

13. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas Aguilar, 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 développés, et que les interventions sans consentement telles que l'électroconvulsivothérapie, la psychochirurgie, la stérilisation forcée et d'autres traitements invasifs, douloureux et irréversibles, continuaient d'être autorisés, en violation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. 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. Elle a appelé l'attention sur les bonnes pratiques et les outils disponibles à l'intérieur et hors du système de santé qui offraient des solutions et un soutien dans les situations de crise ou d'urgence, dans le respect de l'éthique médicale et des droits de l'homme de la personne concernée, notamment son droit au consentement libre et éclairé. Il s'agissait notamment de programmes d'assistance personnelle, de soutien psychosocial et d'aide au logement, qui réduisaient le risque de placement en institution et d'exposition à la violence physique et sexuelle. M^{me} Devandas Aguilar a rappelé que la participation des personnes handicapées elles-mêmes était une condition préalable essentielle à un développement fondé sur les droits de l'homme.

14. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Nils Melzer, s'est joint aux autres rapporteurs spéciaux pour condamner le placement forcé et illégal en institution et toute détention motivée par le handicap, et a noté que de telles pratiques pouvaient être assimilées à de la torture et à de mauvais traitements. Il a attiré l'attention sur le fait que les personnes présentant un handicap psychosocial étaient souvent privées de leur capacité juridique, ce qui les faisait passer complètement hors champ sur le plan juridique, y compris dans les procédures judiciaires, et pouvait conduire à un placement « volontaire » en institution avec le consentement d'un tiers, à une médication forcée à des fins de contention ou à des fins punitives, et à d'autres traitements intrusifs tels que la stérilisation forcée, l'avortement, la contraception ou l'électroconvulsivothérapie, qui pouvaient aussi être assimilés à des actes de torture et des mauvais traitements.

15. Bhargavi Davar, de Transforming Communities for Inclusion-Asia, a appelé tout particulièrement l'attention sur la région de l'Asie et du Pacifique, où le système traditionnel de santé mentale et son approche biomédicale, héritage du colonialisme

(par exemple, les lois relatives à l'incapacité et le système de tutelle), avaient perduré en raison du recours croissant aux médicaments et au placement en institution appuyé par l'industrie pharmaceutique. Elle a alerté sur le fait que de telles pratiques et lois sur la santé mentale n'avaient fait qu'augmenter les actes de violence et les violations par de nouvelles formes de coercition et le placement forcé en institution. Elle a rappelé que la capacité juridique, la liberté, l'égalité, la non-discrimination et l'inclusion étaient des droits qui appartenaient à tous, conformément aux instruments relatifs aux droits de l'homme, et que la Convention relative aux droits des personnes handicapées disposait que toutes les personnes handicapées sans exception pouvaient se prévaloir de tous les droits. Elle a souligné que les vieilles pratiques ne menaient qu'à des résultats dépassés et qu'il fallait adopter des approches innovantes. Il ne suffisait pas de réviser les lois relatives à la santé mentale et à l'incapacité : il fallait les abroger et instaurer un moratoire sur les nouvelles lois relatives à la santé mentale. L'intervenante a cité en exemple des pratiques émergentes et a préconisé un soutien accru aux nouvelles pratiques communautaires, aux programmes pilotes d'orientation pour l'abandon du placement en institution, aux soins socialement innovants au sein des communautés et à un changement de mentalité dans tous les services liés au développement et aux droits de l'homme. Elle a invité à placer les personnes présentant un handicap psychosocial au cœur et à la tête de cette transformation.

16. Nina Ferencic, de l'UNICEF, a rappelé que la mauvaise santé mentale était souvent une conséquence directe des actes de violence, de l'abandon affectif et des mauvais traitements subis pendant l'enfance, notamment en raison du placement en institution, et qu'elle avait une incidence disproportionnée sur les enfants présentant un handicap, dont les familles manquaient souvent d'information et de soutien pour élever leur enfant à la maison. Elle s'est dite préoccupée par la criminalisation, le contrôle et la réglementation dans le domaine de la santé mentale, qui n'avaient pas d'équivalent dans d'autres domaines de la santé. Elle a souligné qu'il existait des points communs avec la justice pour mineurs, où la majorité des jeunes incarcérés présentaient des troubles de santé mentale ou des troubles liés à la toxicomanie et avaient subi une persécution traumatisante telle que des actes de violence physique ou intrafamiliale ou de négligence. Elle a souligné qu'il fallait adopter des approches propres à réduire l'incarcération et à donner aux jeunes l'accès à un plus large éventail de mesures pour les aider à grandir et à se développer dans la communauté. Elle a proposé de surmonter les cloisonnements sectoriels entre les systèmes de santé, d'éducation, de protection sociale et de justice, et de travailler directement avec les enfants, les jeunes, les parents, les enseignants, les prestataires de soins de santé, les écoles et les communautés pour sensibiliser à la santé mentale et faciliter le soutien aux enfants.

17. Au cours du dialogue, des représentants de la Lituanie et d'Autistic Minority International, de Support-Fundació Tutelar Girona, de Mental Health Europe, de Salud Mental España et de Human Rights Watch ont pris la parole. La Lituanie a accueilli avec satisfaction la consultation et a demandé que les efforts soient poursuivis en vue d'adopter une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme. Les commentaires et les questions qui ont suivi ont porté sur : a) le fait que l'interdiction absolue, par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, du placement en institution s'appliquait aussi aux enfants autistes et à d'autres personnes sur la base de motifs liés à la « santé » ; b) la nécessité de veiller à ce que toutes les approches soient axées sur les points de vue des personnes présentant un handicap psychosocial elles-mêmes ; et c) le fait que des pratiques conformes à la Convention pouvaient précéder et déclencher une réforme juridique et devaient être encouragées, notamment par la formation de professionnels. Faisant écho aux observations de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, les représentants de plusieurs organisations se sont opposés au projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo et ont demandé son retrait.

18. Suite à ces échanges, les participants ont salué le soutien apporté au changement d'approche dans le domaine de la santé mentale, ont confirmé que des obstacles persistaient, notamment s'agissant des pratiques psychiatriques traditionnelles, et ont demandé que les lois et les comportements soient modifiés et que les enfants ne soient plus placés en détention pour des motifs fondés sur leur santé mentale ou tout autre état de santé.

B. Renforcement des droits de l'homme dans le secteur de la santé mentale au moyen de stratégies à l'échelle du système

19. Le docteur Michelle Funk, de l'OMS, a décrit dans le détail l'initiative QualityRights qui visait à faire progresser l'approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, et les activités entreprises par l'OMS en coopération avec les pays en vue de : renforcer les capacités dans les domaines des droits de l'homme et de la santé mentale ; transformer les systèmes de façon à promouvoir la qualité et les droits, notamment en soutenant la société civile ; et appuyer les réformes politiques et juridiques conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en particulier en ce qui concerne la capacité juridique, la liberté, l'inclusion dans la société et l'élimination de la violence. Le docteur Funk a souligné que les outils de l'initiative QualityRights avaient grandement contribué à faire évoluer les mentalités, les pratiques et la prestation des services, s'agissant de faire respecter le droit de toute personne de prendre ses propres décisions, d'informer les personnes des possibilités de traitement et de les laisser faire leur choix, et de mettre fin au traitement forcé, à l'isolement et à la contention. Elle a communiqué des résultats qui mettaient en évidence une diminution des cas de violence, un plus grand recours à l'appui plutôt qu'à la force, et la réorientation des services en faveur d'une démarche axée sur le rétablissement. L'OMS était en train d'élaborer un guide des meilleures pratiques appliquées par les services de proximité qui ne recouraient pas à la contrainte, privilégiaient le rétablissement et encourageaient l'autonomie et l'intégration.

20. Le docteur Vincent Girard, de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, a donné des informations sur le programme intitulé « Un chez-soi d'abord ». Ce programme, qui était en place en France depuis plus de vingt ans, favorisait l'intégration des personnes présentant un handicap psychosocial. Bien que la France soit dotée du deuxième budget le plus important d'Europe en matière de santé mentale, on y observait encore des violations des droits de l'homme : le recours à la contrainte en milieu psychiatrique était de plus en plus fréquent (avec une hausse de 15 % depuis la réforme de la législation de 2011 qui visait à renforcer les droits des patients hospitalisés d'office), près de 45 000 personnes présentant un handicap psychosocial vivaient dans la rue, et 25 000 autres étaient en prison. L'intervenant a expliqué que, dans le cadre du dispositif « Un chez-soi d'abord », l'accès à un logement n'était pas subordonné à l'acceptation de soins ni à une diminution de la consommation de drogues ou d'alcool, et que la personne concernée était accompagnée par une équipe composée de travailleurs pairs et coordonnée par un travailleur social, le psychiatre n'étant pas la personne responsable du suivi. L'intervention devait son efficacité au fait qu'elle était axée sur tous les aspects des besoins de la personne, et non pas sur la diminution des symptômes. Les résultats du programme mettaient en évidence des améliorations à la fois en termes d'économies sur les dépenses et en termes de respect des droits de l'homme, car le dispositif avait pour objectif de réduire et d'éviter les hospitalisations. Le docteur Girard était également d'avis que les recherches et les projets scientifiques devaient être utilisés pour orienter et réformer les politiques afin de combattre les idées reçues sur la dangerosité et la nécessité médicale de « corriger une anomalie », qui n'étaient pas étayées par les données récentes.

21. Le docteur Alberto Minoletti, de l'Université du Chili, a présenté un aperçu des réformes relatives à la santé mentale menées au Chili de 1990 à 2018, mettant l'accent sur les principaux progrès accomplis, parmi lesquels l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé mentale de proximité et l'inclusion sociale des personnes présentant un handicap psychosocial. Au fil des ans, le nombre de patients hospitalisés dans des établissements de santé mentale avait diminué, tout comme les cas de contrainte, de maltraitance et de violence au sein de ces établissements. Les réformes législatives avaient eu pour but de protéger le droit de donner son consentement éclairé avant tout traitement ou toute participation à la recherche, de limiter l'hospitalisation sans consentement, d'interdire la psychochirurgie et de mettre en place un organisme de surveillance pour protéger les droits des personnes utilisant des services de santé mentale. Même si des problèmes persistaient, ces changements avaient eu pour effet de renforcer l'inclusion dans la société en mobilisant relativement peu de ressources.

22. Le docteur Roberto Mezzina, de l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (Trieste), a décrit la réforme relative à la santé mentale menée en Italie, qui avait entraîné l'abandon du placement en milieu fermé, avec pour conséquence la fermeture d'hôpitaux psychiatriques (entre 1978 et 1999) et d'hôpitaux pénitentiaires (en 2017). La loi n° 180 de 1978 avait reconnu les droits de l'homme comme étant un instrument essentiel aux soins de santé mentale, ce qui avait marqué un tournant dans la psychiatrie et, de manière plus générale, dans les services de protection sociale de proximité, mettant l'accent sur la personne plutôt que sur le diagnostic. Cette démarche supposait d'offrir des soins proactifs et dynamiques, d'apporter des réponses rapides aux crises, de laisser ouvertes les portes, de ne pas recourir à la contention et d'assurer la continuité des soins et des pratiques dans le respect des principes du libre choix et de la personnalisation et des droits, avec pour objectif de favoriser le partage des responsabilités, le dialogue, le rétablissement et un soutien précoce. L'intervenant a décrit le dispositif en place dans la région de la Vénétie, qui disposait d'un service d'évaluation et d'intervention d'urgence servant de premier point de contact au sein de l'hôpital général, ainsi que d'une équipe de traitement à domicile appliquant le principe du dialogue ouvert. Environ 94 % du budget alloué à la santé mentale était dépensé au sein de la communauté. Cela facilitait la personnalisation des services de rétablissement, dans le cadre d'une approche globale selon laquelle la liberté n'était pas l'aboutissement des soins, mais plutôt une condition préalable aux soins. L'intervenant a insisté sur l'importance des déterminants sociaux de la santé pour parvenir à l'égalité et lutter contre l'exclusion, ce qui supposait de garantir la stabilité de l'emploi, du logement, des revenus, de l'aide sociale et des relations. Il a mis l'accent sur la nécessité d'associer les parties prenantes, notamment les usagers des services, de favoriser les alliances thérapeutiques qui respectaient la volonté et les préférences de la personne et de privilégier la participation en tant qu'élément central de la démocratie et de la justice sociale.

23. Le docteur Amalia Gamio, spécialiste des droits de l'homme, a évoqué les lacunes qui persistaient s'agissant du respect des droits de l'homme dans le cadre des soins de santé mentale, en raison des préjugés et de la stigmatisation, qui augmentaient le risque que des violations telles que le traitement ou la stérilisation forcés soient commises. Elle a relevé le peu d'attention accordée au principe de reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité tel que consacré par l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle a recommandé d'adopter de toute urgence des réformes structurelles pour interdire expressément le placement en institution et le traitement forcé, d'élaborer des stratégies à ancrage communautaire et d'assurer la disponibilité des ressources, le renforcement des capacités et le suivi à tous les niveaux. Elle a fait part d'un exemple réussi de coopération entre plus de 30 organisations, dont l'action avait abouti au retrait d'un projet de loi sur la santé mentale au Mexique, projet qui aurait continué d'autoriser les internements sans consentement. Elle a salué la Constitution politique de Mexico, dont l'entrée en vigueur était prévue pour septembre 2018, dans laquelle était expressément reconnue la capacité juridique de toutes les personnes.

24. Au cours du dialogue, des représentants de l'État plurinational de Bolivie, de l'Équateur et de la société civile – à savoir la Citizens' Commission on Human Rights, We Shall Overcome et Salud Mental España – ont pris la parole. Les représentants de l'État plurinational de Bolivie et de l'Équateur ont fait part des bonnes pratiques appliquées dans leur pays pour promouvoir les droits de l'homme dans le secteur de la santé mentale, notamment la priorité donnée à la qualité et à l'accessibilité des services de proximité et à la lutte contre l'exclusion sociale au moyen de la participation aux processus de prise de décisions. Les intervenants ont de nouveau appelé à abandonner le modèle biomédical et la privation de liberté dans le cas des soins de santé mentale pour mettre davantage l'accent sur les causes profondes et les déterminants sociaux et ainsi favoriser une démarche axée sur le rétablissement. Ils ont également demandé qu'une attention accrue soit portée aux formes multiples et croisées de discrimination au sein des systèmes de santé mentale, qui touchaient de façon disproportionnée les femmes présentant un handicap psychosocial. La représentante de We Shall Overcome a cité l'exemple des services sans médicaments en Norvège, initiative qui avait été proposée par des organisations d'usagers ou de survivants et qui faisait maintenant partie intégrante du système national de santé publique dans toutes les régions de la Norvège. Cette solution de prise en charge sans médicaments ne menaçait pas l'intégration ou le soutien à ancrage communautaire et visait à faire en sorte que les

personnes puissent choisir et recevoir une aide sans subir de prise de médicaments forcée, préservant ainsi leur capacité d’agir et leur droit à l’autodétermination. L’intervenante a toutefois insisté sur le fait que cette mesure ne pouvait remplacer une réforme juridique plus large interdisant le traitement forcé.

25. Suite à ces échanges, les intervenants sont convenus qu’il fallait davantage prêter attention aux déterminants sociaux qui avaient une incidence sur la santé mentale. Il était essentiel d’améliorer l’accès et le soutien mais, plus important encore, il fallait résoudre en parallèle les problèmes du recours à la force et à la contrainte afin de favoriser l’inclusion dans la société et l’adoption d’une démarche axée sur le rétablissement, notamment en garantissant l’accès à la justice et l’obtention d’une réparation en cas de violation. L’évolution de la profession de psychiatre a également été évoquée. Les psychiatres avaient un rôle déterminant à jouer dans la mise au point de pratiques novatrices et, pourtant, beaucoup rechignaient encore à appliquer le modèle fondé sur les droits de l’homme, qui plaçait l’individu au centre en tant que spécialiste de son propre droit. Les intervenants ont souligné qu’une volonté politique était nécessaire pour qu’une approche fondée sur les droits de l’homme soit adoptée dans le secteur de la santé mentale.

C. Services et soutien fondés sur les droits de l’homme à l’appui de l’exercice des droits de l’homme dans le contexte de la santé mentale

26. Olga Runciman, de Psycovery, a présenté les travaux de Hearing Voices Network, mouvement qui menait des activités hors du cadre de la psychiatrie dans 33 pays. Pour illustrer la manière dont la psychiatrie muselait et assujettissait les patients en les réduisant à un diagnostic, elle a évoqué le cas d’une femme qui avait été soumise à un traitement médicamenteux sans donner son consentement. Rien n’avait été fait pour comprendre les causes de sa détresse, liée à un traumatisme qu’elle avait subi par le passé. Au contraire, l’accent avait été mis sur le diagnostic de schizophrénie et sur les voix qu’elle entendait. M^{me} Runciman a conclu en précisant que le mouvement et réseau Hearing Voices permettait aux personnes de se faire entendre et aux entendeurs de voix de s’entraider pour trouver un sens et une justification à ce qu’ils vivaient. Le réseau encourageait la mobilisation et la sensibilisation du public aux effets néfastes que pouvait avoir la psychiatrie.

27. Dganit Tal-Slor a présenté les réalisations de Community Access, organisme new-yorkais de services sociaux, qui avait pour objectifs d’ouvrir davantage de perspectives aux personnes présentant des troubles mentaux, de les aider à surmonter leurs traumatismes et à combattre la discrimination et de plaider en faveur de l’accès à un logement abordable, à l’éducation, à une formation professionnelle et à des services axés sur la guérison. Community Access appliquait une approche centrée sur la personne et promouvant l’autodétermination, la réduction des risques, le rétablissement, la dignité et les droits de l’homme. Cet organisme avait joué un rôle déterminant dans le lancement du mouvement de soutien par les pairs à New York et dans l’intégration des pairs en tant qu’acteurs de la mobilisation dans presque tous les programmes de santé mentale. Il était également intervenu dans les commissariats pour dispenser aux agents de police des formations à l’intervention de crise afin de mieux leur faire comprendre les difficultés et les besoins des personnes en crise. L’organisme s’attachait à travailler avec la ville de New York pour créer des équipes spécialisées en santé mentale composées de pairs et de travailleurs sociaux, appelés à agir en tant que premiers intervenants en cas d’appels d’urgence. En outre, l’organisme collaborait avec la ville et l’État de New York pour mettre au point des solutions de remplacement à l’hospitalisation et aux visites d’urgence. La ville avait créé des « centres de prise en charge temporaire », qui étaient gérés par des pairs. M^{me} Tal-Slor a fait observer que la plupart des bénéficiaires des services fournis par l’organisme vivaient dans la pauvreté, souvent en situation d’insécurité alimentaire ou sans logement, et que le système ne tenait pas compte de la nécessité d’adopter une stratégie globale pour soutenir et autonomiser les individus présentant des troubles mentaux, puisque l’on continuait de privilégier la médicalisation et le traitement forcé dans les hôpitaux et de subordonner au suivi d’un traitement l’accès aux services, notamment à un logement. Elle a

fait observer que le financement destiné aux médicaments et aux séjours à l'hôpital était plus facilement accordé que celui nécessaire à l'inclusion dans la société grâce à un logement et une formation professionnelle.

28. Michael Njenga, du Forum africain sur les handicaps, a signalé que l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et l'observation générale n° 1 (2014) du Comité des droits des personnes handicapées sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité considéraient le soutien par les pairs comme une forme de prise de décisions assistée à l'appui de l'exercice de la capacité juridique. Le soutien par les pairs valorisait les expériences vécues, les pairs ayant acquis des connaissances et des compétences qui leur permettaient d'aider d'autres personnes traversant des périodes difficiles de leur vie. Ainsi, ce soutien favorisait l'autonomie en cas de prise de décisions en situation d'urgence et faisait partie intégrante des services axés sur le rétablissement et de l'inclusion dans la société. M. Njenga a décrit les travaux menés par l'organisation Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, qui venaient confirmer le soutien par les pairs en tant qu'outil au service de la prise de décisions assistée, du renforcement de la capacité d'agir et de l'autonomie des personnes – le groupe de soutien par les pairs offrant un espace sûr pour le partage d'expériences et d'informations –, de l'enrichissement du savoir collectif et de l'apport de conseils et d'un appui lorsqu'il s'agit de prendre des risques. Il a dit que les réunions des groupes d'entraide entre pairs pouvaient donner lieu à des discussions sur les décisions quotidiennes et sur celles ayant des conséquences juridiques et financières, et a précisé que les membres abordaient la question des médicaments et des traitements, étaient informés de leurs droits et recevaient une aide pour faire valoir ces droits (par exemple, pour refuser un traitement). L'intervenant a signalé que, avec le temps, les membres n'hésitaient plus à faire leurs propres choix et à reprendre le contrôle de leur vie en tant qu'acteurs autonomes, plutôt qu'en tant qu'objets d'un traitement. Il a évoqué le fait que le Gouvernement kenyan, ayant constaté les résultats obtenus par l'organisation Users and Survivors of Psychiatry, s'était engagé à intensifier les activités précédemment décrites et à créer des groupes d'entraide par les pairs dans tout le pays.

29. Sashi Sashidharan, de la University of Glasgow, a salué le tournant marqué par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, mais a déploré le peu de progrès accomplis dans le domaine de la santé mentale. Néanmoins, il a fait valoir que tous les acteurs concernés pouvaient faire de petites entorses au modèle actuel en se livrant à des pratiques et expérimentations qui le remettaient en cause. L'intervenant a présenté l'initiative qui consistait à intégrer des personnes ayant elles-mêmes fait l'expérience de troubles mentaux dans chaque équipe de santé mentale de proximité, dans des conditions d'égalité salariale, ce qui avait considérablement contribué à développer le soutien par les pairs, à élaborer des directives poussées et à garantir que les personnes puissent choisir leur traitement. En outre, les gouvernements pouvaient fixer des objectifs simples à atteindre pour les services, afin de diminuer le nombre d'admissions au titre des lois nationales sur la santé mentale. M. Sashidharan a relevé la création d'équipes de traitement à domicile spécialisées dans le règlement des crises, disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, dans le but d'aider chez elles les personnes en crise, ce qui avait permis de réduire le nombre d'admissions forcées. Il a félicité la Norvège pour sa solution de prise en charge sans médicaments. Il estimait que la plus grande difficulté concernait la réforme de la pratique actuelle de la psychiatrie légale, dont l'efficacité n'était étayée par aucune preuve, alors que 18 % des ressources allouées à la santé mentale servaient à enfermer des gens dans des établissements psychiatriques.

30. Au cours du dialogue, les représentants du World Network of Users and Survivors of Psychiatry, de l'Association indonésienne de santé mentale, du Center for Inclusive Policy, d'Autistic Minority International et de We Shall Overcome, ainsi que les représentants de l'État plurinational de Bolivie et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont pris la parole. Parmi les questions abordées figuraient : les avantages que présente le soutien apporté par les pairs hors du cadre du système de santé mentale ; le passage obligé par la psychiatrie pour accéder à des services publics tels que le logement ; la façon dont on pouvait « démedicaliser » les ressources investies dans les services d'aide de proximité qu'il n'y avait pas lieu de rattacher au système de santé mentale ; la nécessité de lutter contre la discrimination à l'égard des personnes autistes fondée sur la

pathologisation et le diagnostic, qui entraînait des mesures de prévention et des thérapies entravant la préservation et le respect de l'identité autistique. L'État plurinational de Bolivie a fait part de ses inquiétudes concernant le financement de la médicalisation et l'approche biomédicale, et le Royaume-Uni a souligné qu'il importait au plus haut point de combattre la stigmatisation, la maltraitance, le traitement forcé et le placement en institution illicite ou arbitraire. S'agissant du projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, le retrait du Portugal de ce processus a été salué, et les autres États ont été invités à suivre cet exemple en vue de respecter toutes les obligations découlant de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

31. Les intervenants ont donné des réponses variées concernant la psychiatrie en tant que passage obligé de l'accès aux services, soulignant que la psychiatrie devait être un choix parmi d'autres. Ils ont alerté sur le fait que les travaux entre pairs organisés par les psychiatres risquaient de légitimer le traitement traditionnel et de fragiliser le mouvement de soutien par les pairs. Les intervenants ont insisté sur la nécessité d'adopter des stratégies qui contribuaient à autonomiser les individus. Ils ont également dit qu'il convenait en tout premier lieu de garantir l'autonomie et la dignité, pour rétablir la parole, la capacité d'agir et la liberté de choix des personnes présentant un handicap psychosocial. Il fallait en outre que le secteur de la santé mentale passe d'un modèle axé sur le confinement à un modèle axé sur le rétablissement et l'inclusion. Les intervenants ont présenté des exemples édifiants de pratiques en matière de soutien et de certification par les pairs et ont fait observer que le soutien par les pairs contribuait à surmonter le traumatisme lié au fait d'avoir été isolé de force de la société (par l'hospitalisation forcée). Ils ont mis en avant les incidences positives du soutien apporté par les pairs, qui contribuaient à la prévention de tels traumatismes par le dialogue avec la police et le personnel des hôpitaux. Les intervenants ont souligné le manque de recherche et de preuves concernant les avantages du recours à la force en psychiatrie ; au contraire, plusieurs études avaient exposé les expériences négatives et la colère durable des personnes ayant fait l'objet d'un traitement forcé. Il a été conclu que des violations des droits de l'homme continuaient d'être commises dans des établissements de santé mentale, avec pour conséquence l'augmentation des inégalités, et que l'appartenance croisée en était un facteur aggravant. Pour porter ses fruits, toute réforme devait s'appuyer sur une évolution de la pratique psychiatrique et clinique afin de s'affranchir du modèle biomédical de la psychiatrie.

D. Amélioration des pratiques visant à combattre la discrimination, la stigmatisation, la violence, les mesures coercitives et la maltraitance

32. Les intervenants, à savoir les représentants du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), de Human Rights Watch et de l'Hôpital universitaire d'Akershus, en Norvège, ont souligné que la santé mentale avait une influence décisive sur l'état de santé général, les droits de l'homme et la dignité. Ils se sont tous accordés sur la nécessité de promouvoir l'inclusion et la santé mentale en vue de combattre les formes multiples de discrimination et d'inégalité touchant les jeunes, les femmes, les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes vivant dans des régions rurales, les personnes handicapées, y compris les personnes présentant un handicap psychosocial, et d'autres groupes ayant des appartenances croisées. Ils ont préconisé l'adoption d'une démarche axée sur l'être humain pour permettre aux différents groupes d'être les acteurs du changement, ce qui supposait d'associer les titulaires de droits à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes et services, et de leur dispenser des formations à cette fin.

33. Monica Ferro, du FNUAP, a souligné que la santé mentale était une composante de la santé sexuelle et procréative et des droits en la matière. Elle a ajouté que des troubles de santé mentale pouvaient se manifester chez les personnes qui n'avaient pas voix au chapitre en matière de procréation. Il pouvait s'agir de troubles liés à la dimension psychologique de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et des soins post-partum. Ces troubles pouvaient en outre survenir en lien avec un avortement, une fausse couche, des problèmes

liés au VIH/sida ou la pratique des mutilations génitales féminines. L'intervenante a proposé que l'on tienne compte de la santé mentale dans l'ensemble des politiques, stratégies, programmes et statistiques sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation. Elle a évoqué les déterminants de la santé mentale et a souligné que la discrimination fondée sur le sexe avait souvent des effets préjudiciables sur les droits des femmes. Les femmes couraient par exemple un risque accru de subir des violences sexuelles, phénomène à mettre en lien avec la prévalence des troubles post-traumatiques dont souffraient ces femmes. Le nombre de diagnostics de dépression était en outre plus élevé chez les femmes que chez les hommes présentant des symptômes identiques et, faute de ressources économiques, il était plus difficile pour elles de bénéficier de prestations de santé procréative.

34. Tim Martineau, d'ONUSIDA, a souligné que, comme dans d'autres groupes marginalisés et stigmatisés, les cas de dépression chez les personnes vivant avec le VIH étaient nombreux ; ils étaient liés à la crainte de la révélation de leur état et aux questions d'accès au traitement. Bien souvent, la discrimination et l'exclusion étaient aggravées par d'autres formes d'appartenance telles que la race, l'orientation sexuelle ou l'âge, entraînant un isolement plus grand et une détérioration de l'état de santé, ainsi qu'un risque accru de violence et d'oppression en raison de la stigmatisation généralisée. ONUSIDA plaçait les droits de l'homme et la santé au cœur de son action de lutte contre le sida en mettant l'accent sur la prévention, la prise en charge et les droits de l'homme, son objectif étant de combattre la stigmatisation et la discrimination et de promouvoir la responsabilisation. Il disposait pour ce faire d'un système mondial de surveillance, auquel près de 170 pays rendaient compte en s'appuyant sur des indicateurs de discrimination, de stigmatisation et d'autonomisation des groupes. Il organisait également des campagnes de sensibilisation d'envergure mondiale aux côtés d'autres organismes et aidait les pays à en finir avec la stigmatisation et la discrimination, à renforcer la surveillance, les lois, la culture juridique et l'accès à la justice, à sensibiliser les législateurs et à renforcer la capacité du personnel de santé à améliorer la qualité des soins prodigués. M. Martineau a souligné qu'il importait de donner aux groupes les moyens d'être des acteurs du changement.

35. Milena Osorio, du CICR, a communiqué des informations sur le Service d'appui pour la santé mentale et le soutien psychosocial, du CICR, conçu pour aider les victimes des conflits armés, de la violence et des catastrophes. Le CICR était intervenu dans le cadre de 105 programmes multidisciplinaires mis en place dans 50 pays, offrant toute une série de services complets assortis d'une prise en charge continue, avec pour objectif d'en finir avec la stigmatisation et la discrimination. L'intervenante a précisé que son service soutenait les victimes de la torture, les proches de personnes disparues, les victimes de la violence et les personnes lésées. Les activités du service étaient menées auprès des groupes et des particuliers eux-mêmes en suivant une démarche inclusive et multidisciplinaire. Dans ce cadre, des programmes étaient conçus, des formations étaient dispensées aux professionnels et des services holistiques étaient offerts, associant santé physique et mentale, appui psychosocial, social et économique et protection.

36. Kriti Sharma a donné de plus amples informations sur les enquêtes menées par Human Rights Watch autour des atteintes aux droits des personnes présentant un handicap psychosocial dans plus de 25 pays. L'organisation avait pu constater que ces personnes subissaient la stigmatisation et la discrimination au quotidien et que, bien souvent, elles ne pouvaient exercer leurs droits fondamentaux. Elle a demandé que les lois et les politiques normalisant le recours à des mesures coercitives soient invalidées, y compris les traitements sans consentement, l'électrothérapie et la contention. Elle a relevé que le recours à des pratiques qui stigmatisent pouvait également être monnaie courante dans les équipes chargées de la protection des droits des personnes présentant un handicap psychosocial. Même lorsque des formations sur les droits et la santé mentale leur étaient dispensées, les membres de ces équipes, ignorant quels étaient les besoins en matière d'appui, avaient souvent recours, par défaut, à l'isolement et à la force. Afin qu'un changement de mentalité s'opère chez les acteurs clefs, il était nécessaire qu'ils puissent attester par eux-mêmes les lacunes du système actuel et qu'ils se familiarisent avec les bonnes pratiques à adopter en toute situation, notamment dans le cadre humanitaire. L'intervenante a préconisé un renforcement de la coopération entre les organisations qui représentent les personnes

handicapées et la société civile en général, afin de combattre les formes multiples et croisées de stigmatisation et de discrimination.

37. Peter McGovern a fait part de son expérience en tant que formateur du personnel des services de santé mentale dans le cadre de l'initiative QualityRights, de l'OMS. Ce programme, pratique et porteur de changements, permettait aux prestataires et aux usagers de services de se faire une idée concrète des démarches axées sur les droits et le rétablissement consacrées par la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Devaient être représentés lors de ces formations l'ensemble des groupes concernés, notamment les professionnels de la santé et les conseillers pour les politiques, ainsi que les personnes qui, ayant fait appel à ces services, en avaient retiré une expérience concrète. Des discussions étaient engagées dans ce cadre, dans le but de recenser, par l'étude de cas, les dénis de droit dans la prestation de services ainsi que les obstacles au changement et la façon de les surmonter. L'initiative QualityRights s'attaquait au problème de la résistance au changement et encourageait les participants à se mobiliser et à s'interroger sur les nouveaux moyens de porter assistance. Les participants se sont accordés pour dire que les approches fondées sur les droits présentaient non seulement un intérêt pour les usagers mais aussi pour les prestataires de services. M. McGovern a souligné que la formation invitait à agir et donnait des orientations sur la manière d'opérer des changements au quotidien. Il a indiqué qu'après quelques jours de travail, des changements notables avaient pu être observés dans la manière dont les participants appréhendaient la question du recours à la coercition en situation de crise et la question du respect du droit de chaque individu de décider pour lui-même. L'intervenant a conclu qu'à l'issue de cette formation, tous avaient le sentiment d'être partie prenante aux plans d'amélioration des services, ce qui ouvrait la voie à un changement de mentalité plus vaste, orienté vers une conception du soutien en matière de santé mentale axée sur les droits de l'homme.

38. Au cours du dialogue, des déclarations ont été faites par les représentants de l'Australie, de l'État plurinational de Bolivie et du Pérou, et par les représentants d'International Network Toward Alternatives and Recovery, de Mental Health Europe, de Disability Rights International, de Salud Mental España, d'International Disability Alliance, du World Network of Users and Survivors of Psychiatry, de Human Rights Watch, d'Autistic Minority International, de Hearing Voices Network, de l'Association indonésienne pour la santé mentale et d'Azienda Sanitaria Integrata Universitaria (Trieste). Le Représentant du Pérou a expliqué que l'État péruvien était déterminé à étendre le rôle des centres sociaux offrant des soins de santé mentale. Le Représentant de la Bolivie a quant à lui souligné que les services de santé mentale de son pays s'appuyaient sur les méthodes de guérison des populations autochtones, les deux composantes étant intégrées dans le système de santé national. Pour sa part, le Représentant de l'Australie a évoqué la discrimination aggravée dont étaient victimes les populations marginalisées, notamment les peuples autochtones et les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transgenres et les intersexués. Il a évoqué les programmes visant à réduire la stigmatisation dans les services de santé en faisant mieux connaître les incidences des problèmes de santé sur les groupes touchés. Des représentants de la société civile ont demandé que les services de santé mentale ne fassent plus usage de la contrainte et qu'une protection juridique et des réparations dignes de ce nom soient offertes aux intéressés, afin que les titulaires de droits, les personnes présentant un handicap psychosocial et les enfants et adultes autistes soient au centre de toutes les initiatives. Ils ont souligné que leurs voix ne devaient pas être remplacées par celles de leurs parents ou de membres de leur famille, souvent habilités par la loi à restreindre leurs droits (par exemple, en imposant la contraception aux femmes handicapées placées sous tutelle). Des pratiques optimales ont été relevées : l'adoption de mesures de protection par la Commission interaméricaine des droits de l'homme en vue de protéger la vie et l'intégrité des personnes handicapées placées en institution, qui avaient débouché sur la délivrance des premières ordonnances requérant la réinsertion de ces personnes dans la société ; la première rencontre internationale d'International Network Toward Alternatives and Recovery devant se tenir au Kenya en 2019, qui serait consacrée à l'instauration d'un dialogue entre les survivants et les usagers de services, les défenseurs des droits de l'homme, les psychiatres et les praticiens, l'objectif étant de définir quelles méthodes non médicales et non coercitives pouvaient remplacer la psychiatrie classique ; et les travaux réalisés par Mental Health Europe en vue de recenser les mesures de

substitution à la coercition. International Disability Alliance a mis en garde contre l'adoption du projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo et Mental Health Europe a su gré au Portugal d'avoir pris l'initiative de s'opposer à cet instrument.

39. Suite à ces échanges, les intervenants ont évoqué des stratégies innovantes ayant pour objet de promouvoir une image positive des personnes présentant un handicap psychosocial dans les médias au moyen de campagnes de sensibilisation et de formations axées sur la lutte contre les stéréotypes négatifs et la stigmatisation, de mieux faire entendre la voix de ces personnes et de veiller à ce qu'elles demeurent au centre de toutes les initiatives.

IV. Conclusions et recommandations

40. En conclusion, la Haut-Commissaire adjointe des Nations Unies aux droits de l'homme, Kate Gilmore, a souligné qu'il était important de disposer d'un programme de travail exhaustif en matière d'inclusion, qui tienne compte des liens décisifs entre droits de l'homme, intégrité physique et mentale et bonne santé mentale. Elle a remercié, en particulier, les défenseurs, les militants et les personnes ayant une expérience concrète des sujets traités, qui étaient les principaux instigateurs de cette démarche porteuse de changements, et a relevé que les avancées axées sur les droits étaient toujours insufflées par ceux dont les droits avaient été bafoués. C'était pour eux qu'il fallait rendre compte de la progression des travaux menés, par égard pour leur point de vue, leurs opinions et leur vécu. M^{me} Gilmore a souligné que nombre de pratiques contrevenant directement aux principes et aux buts sous-tendus par ces droits persistaient, comme le placement forcé en institution, le traitement forcé et l'incrimination des personnes présentant des troubles mentaux. Dans ces situations, le droit, qui était pourtant le principal allié de la loi, œuvrait bien souvent au détriment des intéressés. Elle a dénoncé le fait que la loi était invoquée, au mépris de ses dispositions mêmes, pour justifier l'exercice d'une domination et de la discrimination, faisant d'elle une entrave à l'exercice des droits. Elle a relevé, pour conclure, que lutter contre l'ignorance était le devoir de tous : le changement, en plus d'être abordable et réalisable, était à portée de main. Partant, elle a invité toutes les parties prenantes à œuvrer de concert à la mise en place des services et à la création d'environnements favorables à la santé.

41. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a formulé des recommandations concrètes en vue d'avancer sur la question. Il a souligné qu'il fallait de toute urgence abroger les lois autorisant le placement en institution des personnes handicapées et veiller à ce que les décisions de placement fassent régulièrement l'objet de réexamens, y compris dans le cadre de procédures de suivi indépendantes conduites par des spécialistes des droits de l'homme, des institutions nationales des droits de l'homme, des mécanismes nationaux de prévention, la société civile et des mécanismes internationaux. Les États devaient en outre adopter des lois reconnaissant la capacité juridique des personnes présentant un handicap psychosocial, pour ce qui était de la vie en société et du soutien. Il était donc nécessaire qu'ils privilégient l'abandon du placement en milieu fermé en adoptant des lois sur la protection sociale et en permettant aux personnes qui en avaient besoin de bénéficier de différents services d'appui. Le Rapporteur spécial a souligné la nécessité d'élaborer de toute urgence des directives sur le consentement libre et éclairé et les incidences de l'institutionnalisation, sur le traitement et sur les conditions de vie des personnes présentant un handicap psychosocial. Il fallait en outre dispenser des formations adéquates au personnel pénitentiaire et le sensibiliser comme il se devait à ces questions. Le Rapporteur spécial a insisté sur l'impérieuse nécessité de reconnaître la violence et la maltraitance à l'égard des personnes handicapées comme étant une forme de torture ou de peine ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant, afin que les victimes et les défenseurs puissent bénéficier d'une protection juridique renforcée lorsque de telles violations étaient commises à leur endroit. Pour conclure, il a appelé de ses vœux l'instauration d'une société inclusive, afin que cessent la marginalisation et la discrimination.

42. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a souligné qu'un fort consensus s'était dégagé sur l'urgence d'opérer des changements dans le domaine de la santé mentale. Le modèle biomédical dominant n'avait fait que maintenir les personnes présentant un handicap psychosocial dans un isolement croissant, ce qui avait entraîné leur perte d'autonomie et d'indépendance et un recours accru aux traitements forcés, à la violence et à la stérilisation forcée. Des systèmes et des interventions de proximité s'appuyant sur des données factuelles, respectant les droits de l'homme et se conformant au principe du consentement libre et éclairé étaient nécessaires. La Rapporteuse spéciale a noté avec satisfaction qu'un nombre croissant de bonnes pratiques étaient adoptées, ce qui permettait de confirmer le caractère néfaste et injustifié des traitements forcés et du placement en institution. Elle a demandé aux États de s'engager davantage, sur le plan politique, à faire progresser les travaux sur la question en s'intéressant aux déterminants sociaux de la santé mentale, en tenant compte des personnes présentant un handicap psychosocial et en les associant à cette entreprise, notamment au moyen des groupes de soutien au logement, de la prise en charge de répit, des services d'assistance personnelle, et par d'autres moyens encore. La Convention relative aux droits des personnes handicapées et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 offraient l'occasion d'opter pour un nouveau discours axé sur les droits de l'homme, favorisant l'inclusion et non pas la ségrégation. On ne pouvait assurer un développement durable en laissant de côté la santé mentale, et la santé mentale sans les droits de l'homme se réduisait simplement à de l'oppression. La Rapporteuse spéciale a invité les entités du système des Nations Unies à assimiler la nécessité urgente d'un changement et à favoriser la coopération entre les institutions et les acteurs de la coopération. Elle a affirmé que le programme d'action dans le domaine de la santé mentale ne pouvait progresser s'il continuait d'ignorer les droits de l'homme des personnes présentant un handicap psychosocial.

43. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a relevé que la consultation avait mis en lumière l'existence d'un consensus sur les causes profondes de la défaillance du système et sur les mesures devant être prises pour y remédier. Il était en effet nécessaire d'en finir avec le recours à la force et les interventions biomédicales, qui donnaient lieu à des violations des droits de l'homme et faisaient naître chez les usagers et les prestataires de services « contraints de recourir à la contrainte » un sentiment d'impuissance. Pour favoriser la santé mentale, il fallait que les individus, notamment les prestataires et les usagers de services, entretiennent entre eux des relations saines et respectueuses, ce que les mesures de contrainte ne permettaient pas. Le Rapporteur spécial a souligné combien il importait que l'ensemble des parties prenantes travaillent de concert et comprennent que la meilleure manière de promouvoir la santé mentale était d'intégrer pleinement l'approche fondée sur les droits de l'homme et de favoriser les interactions, en toutes circonstances. Pour conclure, il a déclaré que la solution d'avenir consistait à créer une situation avantageuse pour tous – y compris pour les psychiatres, qui devaient renoncer à leur monopole et accepter le partage des responsabilités –, accompagnée d'un engagement plus ferme de la part des États, sous l'impulsion d'une masse grandissante d'utilisateurs maîtres de leur destin.

44. À la lumière des débats, les recommandations ci-après ont été formulées.

45. Les États devraient repenser la conception biomédicale de la santé mentale, qui entretient l'asymétrie des rapports de force entre les praticiens et les usagers des services de santé mentale, dans le cadre d'une action collective associant toutes les parties prenantes. Les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant des troubles mentaux ou un handicap psychosocial devraient en outre jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration du cadre conceptuel venant définir les services de santé mentale, et dans la mise en place, le fonctionnement et l'évaluation de ces services.

46. Les États devraient veiller à ce que tous les soins et services de santé, y compris les soins et les services de santé mentale, reposent sur le consentement libre et éclairé de l'intéressé. Ils devraient également faire en sorte que les dispositions juridiques et

les politiques autorisant le recours à la coercition et aux interventions forcées soient invalidées, y compris l'hospitalisation et l'institutionnalisation sans consentement, la contention, la psychochirurgie, la médication forcée et les autres mesures non consenties visant à corriger une déficience réelle ou supposée, y compris les mesures prévoyant le consentement ou l'autorisation d'un tiers. Les États devraient recadrer ces pratiques et les considérer comme une forme de torture ou de peine ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant, et comme une forme de discrimination à l'encontre des usagers des services de santé mentale et des personnes présentant des troubles mentaux ou un handicap psychosocial. Ils devraient veiller à ce que ces personnes puissent exercer leur capacité juridique dans des conditions d'égalité avec les autres en abrogeant les lois autorisant la prise de décisions substitutive, et prévoir : la mise en place d'une série de mécanismes à caractère volontaire axés sur la prise de décisions accompagnée, y compris des mécanismes d'entraide entre pairs, qui soient respectueux de l'autonomie, de la volonté et des préférences personnelles des intéressés ; l'adoption de mesures de protection contre la maltraitance et l'abus d'influence dans le cadre de dispositifs de soutien ; et l'allocation de ressources propres à assurer ou garantir la disponibilité de l'appui.

47. Les États devraient mettre en place des services et un appui qui soient axés sur l'être humain et les droits de l'homme, y compris dans le domaine de la santé mentale, et faire en sorte que ces services soient enracinés dans la communauté locale, participatifs et respectueux du contexte et de la culture, et qu'ils permettent ou favorisent la participation des intéressés à la société. Ces services devraient en outre être mis à la disposition des intéressés là où ils vivent, afin que leurs réseaux familiaux et personnels ne soient pas fragilisés et soient, au contraire, soutenus et renforcés. Pour la mise en place de tels services, les États devraient étudier différentes stratégies, en instaurant des partenariats avec les utilisateurs, y compris avec les services dirigés par les usagers, tels que les services d'entraide entre pairs. Ils devraient aussi veiller à ce que les services soient accessibles et offrent aux intéressés des locaux, un soutien et une prise en charge non coercitifs, y compris lors des situations de crise, par exemple des espaces sans médication.

48. Les États devraient renforcer leurs activités de collecte de données, et entreprendre et financer des travaux de recherche participative s'appuyant sur des données factuelles, auxquels seraient associés les usagers des services et les personnes présentant un handicap psychosocial. Le but en serait de : recenser les formes de discrimination multiples et croisées qui sont en jeu dans le domaine de la santé mentale, et évaluer l'incidence des services ; et concevoir et mettre à disposition des structures, un soutien et une prise en charge non coercitifs, qui soient accessibles, respectueux du principe de consentement libre et éclairé et d'un coût abordable. Les acteurs de la coopération internationale devraient être encouragés à apporter une assistance financière et technique en vue de la réalisation de ce projet, et s'abstenir de conduire ou de soutenir des projets ou des travaux de recherches contraires aux dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

49. Les États devraient adopter des lois et revoir la législation en vigueur pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des usagers des services de santé mentale et des personnes présentant des troubles mentaux ou un handicap psychosocial. Ils devraient mettre en place des programmes de formation tels ceux de l'initiative QualityRights, de l'OMS, afin de renforcer la capacité des professionnels, des praticiens et des responsables de l'élaboration des politiques du secteur de la santé mentale à appliquer une démarche fondée sur les droits de l'homme et le relèvement, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. En parallèle, ils devraient élaborer et mettre en place des campagnes et programmes de sensibilisation du public, afin d'en finir avec les stéréotypes néfastes, le catalogage, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des usagers des services de santé mentale et des personnes présentant des troubles mentaux ou un handicap psychosocial, en veillant à ce que ces personnes jouent un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de formation et de sensibilisation.

50. Les États devraient garantir que les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un handicap psychosocial aient accès à la justice, notamment en veillant à ce qu'ils conservent leur capacité juridique dans le cadre des procédures judiciaires, l'objectif d'une telle démarche étant de s'attaquer aux violations des droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale et de veiller à ce que les personnes lésées obtiennent réparation tout en procédant à des changements systémiques par la réforme des lois et des politiques et le renforcement des capacités.

51. Les États devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes axés sur les déterminants sous-jacents de la santé mentale, notamment les formes multiples et croisées de discrimination, le droit à la protection sociale, l'accès au logement, à l'eau et à l'assainissement, le droit au travail et le droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société.

52. Les États devraient procéder sans plus tarder à l'abandon du placement en milieu fermé en élaborant des plans d'action avec le concours des intéressés, en exploitant au maximum les ressources dont ils disposent et notamment en se tournant, à cette fin, vers la coopération internationale. Ils devraient consacrer, dans leur législation, le droit d'accéder aux services d'accompagnement nécessaires pour permettre aux intéressés de vivre de façon autonome, dans la société, et ils devraient veiller à ce que cet accompagnement soit apporté et organisé conformément à la volonté et aux préférences de la personne. Les plans relatifs à l'abandon du placement en milieu fermé devraient prévoir la mise en place de services de soutien de proximité qui ne suivent pas le modèle biomédical ou coercitif.

53. Tout au long de la consultation, les participants se sont dits préoccupés par l'élaboration en cours, au Conseil de l'Europe, d'un projet de protocole additionnel à la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention d'Oviedo). Ils ont notamment indiqué que le projet de protocole additionnel relatif à la protection des droits humains et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires était contraire à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Partant, les États membres du Conseil de l'Europe devraient évaluer les incidences que pourrait avoir l'adoption de cet instrument, à la lumière des obligations internationales qui leur incombent au titre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres textes de loi relatifs aux droits de l'homme. Cela est tout particulièrement valable s'agissant du droit de chacun au consentement libre et éclairé dans le cadre des traitements administrés par les services de santé mentale. Tous les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées devraient se livrer à un examen de leurs obligations avant d'adopter des lois ou des instruments qui risquent d'aller à l'encontre du devoir qui est le leur de respecter les droits des personnes handicapées.

Annexe

[Anglais seulement]

List of participants

States Members of the Human Rights Council

1. Australia, Brazil, Chile, China, Croatia, Ecuador, Germany, Hungary, Japan, Mexico, Panama, Peru, Slovakia, Slovenia, Spain, Switzerland, Togo, Ukraine, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Venezuela (Bolivarian Republic of).

States Members of the United Nations

2. Bolivia (Plurinational State of), Bulgaria, Canada, Colombia, Cyprus, France, Gabon, Greece, Israel, Italy, Lithuania, Luxemburg, Maldives, Monaco, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Romania, Thailand, Turkey.

Intergovernmental organizations

3. European Union (EU), International Committee of the Red Cross (ICRC), International Labour Organization (ILO), Parliamentary Assembly of the Council of Europe, United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO).

Non-governmental organizations in consultative status with the Economic and Social Council

Special

4. Association for the Prevention of Torture (APT), CERMI Spanish Committee of Representatives of People with Disabilities, Disability Rights International, Du Pain Pour Chaque Enfant, Fundacion Vida — Grupo Ecologico Verde, International Disability Alliance, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K), World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP).

Other non-governmental organizations

African Disability Forum (ADF), Autistic Minority International, Akershus University Hospital, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trieste — ASUITs, Citizens Commission on Human Rights, Centre for inclusive Policy, CEPGL, Citizens Commission on Human Rights Europe, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Indonesian Mental Health Association, International Network toward Alternatives and Recovery, Mental Health Europe, Psycovey, Salud Mental España, SHI Swiss Health Invest, Support-Fundació Tutelar Girona, The Global Campaign for Mental Health, Transforming Communities for Inclusion Asia, Universidad de Chile, University of Glasgow, We Shall Overcome.