



Assemblée générale

Distr. générale
14 janvier 2025
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Cinquante-huitième session

24 février-4 avril 2025

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**

La santé mentale et les droits de l'homme

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

Résumé

Le présent rapport, établi en application de la résolution [52/12](#) du Conseil des droits de l'homme, contient une analyse des principaux obstacles et difficultés rencontrés dans l'application d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme. Il contient également des recommandations visant à intégrer une telle approche dans le domaine de la santé mentale.

* Nouveau tirage pour raisons techniques (24 février 2025).



I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis au Conseil des droits de l'homme en application de sa résolution 52/12. Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme s'appuie sur de précédents rapports sur la santé mentale et les droits de l'homme établis par d'anciens Hauts-Commissaires et sur d'autres publications pertinentes¹.

2. À la demande du Conseil des droits de l'homme, le Haut-Commissaire a organisé, le 23 octobre 2024, une consultation d'une journée sur les difficultés que pose l'application, aux niveaux local, national et régional, des mesures normatives et stratégiques propices à la réalisation des droits humains des personnes ayant un handicap psychosocial et des usagers, actuels ou potentiels, des services de santé mentale, et sur les meilleurs moyens d'y parvenir². Le présent rapport présente les points de vue exprimés par les experts lors de la consultation et se fonde sur des recherches menées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). Le Haut-Commissaire s'appuie en outre sur plus de 80 communications émanant d'États Membres et d'autres parties prenantes³.

II. Contexte

3. Le droit à la santé est reconnu par plusieurs instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12), la Convention relative aux droits de l'enfant (art. 24), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 25) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 10 (al. h)), 11 (par. 1 f) et 2), 12 et 14 (par. 2 b)). Les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ont l'obligation d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits, dont le droit à la santé⁴. Les mêmes obligations s'appliquent tant à la santé mentale qu'à la santé physique⁵.

4. Conformément aux normes et règles internationales relatives aux droits de l'homme, les États sont tenus de protéger, de respecter et de réaliser tous les droits économiques, sociaux et culturels. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ne comporte pas de disposition établissant expressément le droit à un recours effectif, mais le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné qu'en application de l'article 2 (par. 1) du Pacte, les États parties devaient adopter des mesures visant à assurer l'exercice des droits énoncés dans le Pacte et que cette obligation comprenait notamment l'adoption de mesures qui garantissent l'accès à des recours judiciaires effectifs pour la protection de ces droits⁶.

5. Bien que des progrès aient été accomplis – prise de conscience et reconnaissance accrues des besoins en matière de santé mentale, approfondissement des recherches, progrès technologiques, notamment –, les experts ont fait remarquer que, dans l'ensemble, ces progrès restaient inégaux, manquaient de cohésion et s'accordaient mal avec les normes et les règles du droit international des droits de l'homme, notamment le droit à la santé⁷. Ces lacunes sont encore aggravées par le fait qu'il n'existe pas de compréhension commune de ce qui constitue une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, ce qui entraîne souvent

¹ A/HRC/34/32, A/HRC/35/21, A/HRC/41/34, A/HRC/44/48 et A/HRC/49/29. Voir également www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation.

² Voir www.ohchr.org/fr/health/mental-health-and-human-rights.

³ Les communications peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.ohchr.org/en/calls-for-input/2024/call-inputs-mental-health-and-human-rights.

⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 3 (1990), par. 10.

⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 4 et 11.

⁶ *I. D. G. c. Espagne* (E/C.12/55/D/2/2014), par. 11.3 ; *Ben Djaia et Bellili c. Espagne* (E/C.12/61/D/5/2015), par. 13.4. Voir également Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 9 (1999), par. 2.

⁷ Voir A/HRC/35/21.

la stigmatisation et la discrimination des personnes suivies dans le cadre des systèmes de santé mentale et l'application de pratiques préjudiciables à leur égard. Les personnes ayant un handicap psychosocial et les usagers des systèmes de santé mentale sont souvent privés de leur capacité juridique, qui est un fondement de la dignité humaine, notamment en ce qui concerne l'acceptation ou le refus d'un traitement, de soins de santé ou d'une hospitalisation, ce qui aboutit à des placements dans des établissements de santé mentale⁸. Le vécu de ces personnes n'a pas été suffisamment pris en compte dans l'élaboration et l'application des politiques. La jouissance et la réalisation du droit à la santé, y compris la santé mentale, dépendent de facteurs croisés, tels que la classe sociale, la race, l'appartenance ethnique, la discrimination historique, la pauvreté, le mal-logement, l'éducation limitée et l'exposition à la violence, aux conflits ou aux catastrophes⁹. Il est nécessaire, pour remédier à ces facteurs, de prendre des mesures intersectorielles en dehors des systèmes de santé et en coordination avec ces derniers¹⁰. Par exemple, les personnes vivant dans la pauvreté, qui occupent le plus souvent des emplois informels ou précaires, sont touchées de manière disproportionnée par des problèmes de santé mentale tout en n'ayant pas ou guère de ressources pour y faire face¹¹. L'évolution des conditions de travail et le passage à des emplois temporaires et instables ont joué un rôle majeur dans l'augmentation des problèmes de santé mentale chez les personnes à faibles revenus. Un cadre de travail médiocre – caractérisé par la discrimination et les inégalités, une charge de travail excessive, le manque de prise sur les modalités de travail et l'insécurité de l'emploi – présente également un risque pour la santé mentale¹². En outre, de nombreuses personnes qui cumulent des facteurs liés à la race, à la classe et au genre peuvent être davantage exposées au risque de surmédicalisation.

6. L'accès aux services de santé mentale reste un problème important au niveau mondial. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a accentué les problèmes de santé mentale provoqués par l'incertitude, l'isolement, la violence domestique et d'autres facteurs¹³. Les groupes les plus marginalisés et défavorisés, notamment les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, sont les plus touchés par la crise découlant de la pandémie. Aujourd'hui, une grande majorité des personnes qui ont besoin de soins de santé mentale n'ont pas accès à des services de santé mentale de qualité¹⁴. La stigmatisation, la pénurie de ressources humaines, la fragmentation des dispositifs de prestation de services et l'absence de recherches qui serviraient de base à la définition de politiques fondées sur les droits et à des stratégies d'application contribuent à creuser les écarts actuels constatés au niveau mondial en ce qui concerne les mesures prises pour répondre aux besoins de santé mentale. Les coûts élevés, la non-prise en charge par une assurance et les longs délais d'attente rendent encore plus difficile l'accès en temps utile à des soins de santé mentale, y compris dans les pays à revenu élevé¹⁵.

7. Au niveau mondial, les services de santé mentale restent axés sur un modèle biomédical et négligent des déterminants sociaux essentiels de la santé, tels que la diversité culturelle, le vécu et les facteurs sociaux et environnementaux¹⁶. Une telle approche ne donne pas la priorité à une action intégrée, notamment à la mise à disposition de services de santé et de soutien psychosocial de proximité. En conséquence, les systèmes de santé mentale sont souvent incapables de fournir une prise en charge et un soutien complets qui tiennent compte

⁸ A/72/55, annexe.

⁹ Voir A/78/185 et A/HRC/41/34.

¹⁰ Voir A/78/185 et A/HRC/35/21.

¹¹ Voir A/79/162.

¹² Voir www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work.

¹³ Voir www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-impact-of-covid-19-on-mental-health-cannot-be-made-light-of.

¹⁴ Milton L. Wainberg *et al.*, « Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective », *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, n° 5 (mai 2017). Voir également la communication du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

¹⁵ Voir www.thenationalcouncil.org/news/lack-of-access-root-cause-mental-health-crisis-in-america ; <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10593-0>.

¹⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice* (Genève, 2023).

de l'interaction complexe entre la santé mentale et des facteurs sociaux, environnementaux, éducatifs et économiques plus généraux¹⁷.

8. Des lacunes subsistent en ce qui concerne les politiques de lutte contre des formes de discrimination croisée, telles que celles liées à la race, au genre, à la situation socioéconomique ou au handicap, qui peuvent créer des obstacles particuliers à l'accès aux soins de santé mentale. Ces lacunes viennent aggraver les inégalités systémiques et les risques de violation des droits de l'homme. En outre, une mauvaise gouvernance, notamment un manque de coordination entre les secteurs de la santé, de l'éducation et des affaires sociales, empêche la mise en place de services complets et intégrés¹⁸.

A. Formes de discrimination et de stigmatisation croisées

9. Il est alarmant de constater que la discrimination et la stigmatisation des personnes ayant un handicap psychosocial et des usagers des services de santé mentale restent extrêmement répandues dans le monde¹⁹. Elles prennent des formes multiples et se manifestent par des restrictions systématiques et injustifiées des droits humains de ces personnes, qui résultent d'obstacles entravant l'accès de ces dernières, dans des conditions d'égalité, aux infrastructures et aux services essentiels dont elles ont besoin²⁰. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, plus de 75 % des personnes ayant des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives ne reçoivent aucun traitement²¹.

10. Les facteurs biologiques, sociaux et culturels associés au sexe et au genre entraînent des problèmes de santé mentale particuliers. Les normes et les rôles liés au genre, les relations entre les hommes et les femmes et l'inégalité et les injustices entre les sexes ont une incidence sur la santé, y compris mentale, des personnes partout dans le monde. Par exemple, les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par la violence fondée sur le genre et par l'inégalité entre les sexes dans le travail et dans la fourniture de soins et de services de soutien non rémunérés. La conception que l'on a de la santé mentale et du bien-être dépend de la culture et est influencée par des facteurs culturels, tels que les croyances, les valeurs et les traditions.

11. Dans certains pays, les problèmes de santé mentale sont interprétés à tort comme relevant de la sorcellerie ou de malédictions, ce qui expose les personnes à des violences, à des atteintes à leurs droits humains et à des violations de ces droits²². Les femmes et les filles subissent des formes de discrimination croisée, ce qui accroît leur risque d'être victimes de violences et limite leur accès à des réseaux de protection²³. Les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées, les minorités ethniques et raciales, les personnes LGBTIQ+, les migrants et les réfugiés sont exposés à des risques de discrimination et de mauvais traitements dans les institutions²⁴. Les réfugiés et les demandeurs d'asile sont susceptibles de recevoir des soins de santé mentale et des services de soutien inappropriés et de ne pas bénéficier de la même couverture ou de la même qualité de services que les citoyens du pays d'accueil²⁵. Les personnes vivant dans la pauvreté ne peuvent souvent pas accéder aux services de santé

¹⁷ Ibid., par. 19 ; résolution 52/12 du Conseil des droits de l'homme.

¹⁸ Communications du Centre for Mental Health Law and Policy (Inde) et de la Commission nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (Indonésie).

¹⁹ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. xvii.

²⁰ Communications du Maroc, de l'Espagne, du Conseil national des droits de l'homme (Égypte), du Bureau du Défenseur public (Géorgie), de la Commission des droits de l'homme et de la justice administrative du Ghana, du Bureau du Procureur chargé des droits de l'homme (Guatemala), de la Commission nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (Indonésie), de la Commission nationale des droits de l'homme du Liban et de la Commission ougandaise des droits de l'homme.

²¹ Voir www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health.

²² Communications de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya et de la Commission ougandaise des droits de l'homme.

²³ Communications de l'Espagne et de la Commission nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (Indonésie).

²⁴ A/HRC/32/44, par. 40 ; A/HRC/54/26, par. 17.

²⁵ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 96.

essentiels en raison d'un manque de moyens, ce qui les expose davantage à la violence et, de ce fait, entraîne une aggravation des maladies physiques existantes et des problèmes de santé mentale²⁶. De surcroît, il existe une corrélation entre niveau d'éducation et revenus, et une éducation de plus grande qualité va généralement de pair avec une meilleure santé physique et mentale²⁷.

12. Les personnes ayant un handicap psychosocial et les usagers des services de santé mentale sont exposés de manière disproportionnée à la violence et à un usage excessif de la force par les forces de l'ordre²⁸. Il a été mis en évidence que, lors de contacts avec la police, des personnes d'ascendance africaine qui avaient des problèmes de santé mentale avaient fait l'objet d'un usage excessif de la force de la part d'agents, ce qui avait aggravé les risques de blessures, voire de décès, lors de l'arrestation²⁹.

13. De même, les personnes ayant un handicap psychosocial et les usagers des services de santé mentale courent un risque disproportionné d'avoir affaire à la justice pénale, ce qui témoigne de l'existence de multiples vecteurs de discrimination³⁰. Par exemple, le Mécanisme international d'experts indépendants chargé de promouvoir la justice et l'égalité raciales dans le contexte du maintien de l'ordre s'est alarmé du fait qu'un nombre disproportionné de personnes ayant un problème de santé mentale ou un handicap psychosocial étaient incarcérées dans les prisons des États-Unis d'Amérique : elles représentaient 43 % des personnes détenues dans les prisons d'État³¹ et 44 % de celles détenues dans les prisons locales³². Un grand nombre de ces personnes sont des Africains et des personnes d'ascendance africaine³³, ce qui montre que la discrimination raciale accentue le phénomène de la mise en cause pénale des personnes ayant un handicap psychosocial. L'OMS estime qu'un tiers des personnes incarcérées en Europe ont des problèmes de santé mentale.

14. Un autre problème systémique auquel se heurtent les personnes ayant un handicap psychosocial et les usagers des services de santé mentale est le fait que le maintien de l'ordre et la mise en cause pénale tendent à servir de réponses par défaut aux problèmes de santé publique et aux problèmes sociaux, notamment en ce qui concerne le logement, l'éducation, l'emploi, les addictions et les soins de santé mentale³⁴. La législation pénale a une incidence disproportionnée sur les personnes ayant un handicap psychosocial ou les usagers des services de santé mentale. Ces personnes sont exposées à une incarcération excessive et à des difficultés majeures en raison de la discrimination et de la stigmatisation dont elles font l'objet, de leur dangerosité supposée et des obstacles auxquels elles se heurtent, tels que le déni de leur capacité juridique et un accès restreint aux tribunaux et aux organes quasi judiciaires³⁵. Dans le même temps, avoir affaire au système de justice pénale peut en soi avoir

²⁶ Groupe de la Banque mondiale, « Poverty and health », 25 août 2014, disponible à l'adresse suivante : www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health.

²⁷ A/79/162, par. 12.

²⁸ Voir www.ohchr.org/en/news/2024/03/experts-committee-rights-persons-disabilities-comment-sweden-its-commitment-committees.

²⁹ Voir le document de séance du Mécanisme international d'experts indépendants chargé de promouvoir la justice et l'égalité raciales dans le contexte du maintien de l'ordre concernant sa visite aux États-Unis d'Amérique, par. 48 et 49, disponible sur le site Web du HCDH à l'adresse suivante : www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessions-regular/session54/A_HRC_54_CRP.7.docx.

³⁰ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 21 et 111.

³¹ Leah Wang, « Chronic punishment: the unmet health needs of people in state prisons », Prison Policy Initiative, juin 2022.

³² Jennifer Bronson et Marcus Berzofsky, « Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011–12 » (Washington, Département de la justice des États-Unis, Office des programmes de justice, Bureau de statistique judiciaire, juin 2017).

³³ Voir le document de séance du Mécanisme international d'experts indépendants chargé de promouvoir la justice et l'égalité raciales dans le contexte du maintien de l'ordre concernant sa visite aux États-Unis d'Amérique, par. 106.

³⁴ A/HRC/54/69, par. 27.

³⁵ Julinda Beqiraj, Lawrence McNamara et Victoria Wicks, *Access to Justice for Persons with Disabilities: From International Principles to Practice* (International Bar Association, 2017).

des conséquences graves sur la santé mentale³⁶. La pratique de la mise à l'isolement contribue à la gravité de la crise de la santé mentale dans les systèmes de justice pénale et peut être assimilée à une forme de torture ou de mauvais traitements³⁷.

15. Les personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial sont souvent stigmatisées par les professionnels de santé. Dans un rapport publié en 2021, l'OMS a montré que, dans les pays où les pratiques psychiatriques faisaient l'objet d'une faible supervision, les personnes qui avaient des problèmes de santé mentale étaient deux à trois fois plus susceptibles d'être victimes de coercition que celles appartenant à d'autres groupes³⁸. Le déni de leur capacité juridique et le manque d'accès effectif à la protection juridique contre des pratiques comme la détention arbitraire ou d'autres violations des droits de l'homme viennent encore aggraver la situation.

B. Pratiques coercitives

16. La législation et les pratiques médicales continuent de permettre le traitement et le placement en institution sans consentement, situation qui touche en particulier les personnes ayant un handicap psychosocial³⁹. Ces personnes et les usagers des services de santé mentale restent en institution, où ils sont confinés et soumis à des traitements auxquels ils n'ont pas donné leur consentement, souvent dans des conditions inhumaines, certains étant enchaînés⁴⁰.

17. Le Comité des droits des personnes handicapées considère que l'hospitalisation sans consentement est contraire aux articles 12, 13, 14 et 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁴¹. La supervision indépendante et l'application du principe de responsabilité sont trop limitées pour remédier aux violations récurrentes commises dans le cadre des internements forcés et du fait de l'utilisation d'installations vétustes⁴².

18. Le placement en institution ne concerne pas seulement les personnes ayant un handicap psychosocial et les usagers des systèmes de santé mentale, mais aussi les toxicomanes, les sans-abri et d'autres personnes⁴³.

19. En moyenne, seuls 2,1 % des budgets de la santé au niveau mondial sont alloués à la santé mentale, la plupart de ces ressources allant à des institutions psychiatriques plutôt qu'à des structures communautaires proposant une prise en charge autre que biomédicale⁴⁴. Aussi, les systèmes de prise en charge communautaire sont sous-développés et sous-utilisés. Le peu d'efforts déployés pour passer du placement en institution à des services de santé mentale et à un soutien de proximité est entravé par le manque d'infrastructures, le sous-financement chronique et des résistances au sein des systèmes de santé mentale biomédicaux⁴⁵. Ces réalités font que les personnes qui ont un handicap psychosocial ou des besoins en matière de santé mentale sont souvent laissées de côté.

³⁶ Miguel Clemente et Dolores Padilla-Racero, « The effects of the justice system on mental health », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 27, n° 5 (mai 2020).

³⁷ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 20 (1992), par. 6.

³⁸ OMS, *Mental Health Atlas 2020* (Genève, 2021).

³⁹ Communication de REMISI.

⁴⁰ Voir www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide.

⁴¹ [CRPD/C/KOR/CO/1](#), par. 29 ; [CRPD/C/DOM/CO/1](#), par. 27 ; [CRPD/C/AUT/CO/1](#), par. 30. Voir également [A/72/55](#), annexe.

⁴² Communications de Health Justice, du Bureau du Défenseur général de la nation (Argentine), du Bureau du Défenseur public (Médiateur) (Géorgie), de la Commission des droits de l'homme et de la justice administrative du Ghana et du Comité national des droits de l'homme (Qatar).

⁴³ Voir

www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/writtentatements/2024-10-31-stm-doc.pdf (en espagnol).

⁴⁴ Communication de l'UNICEF.

⁴⁵ Communications de Integrative Wellbeing, du Bureau du Défenseur général de la nation (Argentine), du Centre for Mental Health Law and Policy (Inde) et de la Commission nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (Indonésie).

20. Des personnes qui ont survécu à un placement en institution psychiatrique ont demandé que les violations des droits de l'homme qu'elles ont subies soient reconnues et à avoir accès à des voies de recours et de réparation, conformément au droit international des droits de l'homme⁴⁶. Les violations des droits de l'homme et les préjudices passés doivent être reconnus et des mesures concrètes doivent être adoptées pour obtenir cette reconnaissance et accorder réparation. Ces mesures comprennent, sans s'y limiter, la restitution et la réadaptation. Elles devraient aller au-delà de la compensation financière⁴⁷. En outre, la priorité doit être donnée à l'accès à une prise en charge communautaire.

21. Les thérapies dites de conversion, y compris celles menées dans des services de santé mentale, constituent un autre sujet de préoccupation en matière de pratiques coercitives. Les mécanismes des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme et l'OMS ont exprimé leur inquiétude quant à ces interventions, qui visent à modifier de force l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de personnes lesbiennes, gays, bisexuelles ou transgenres⁴⁸. Ces pratiques, qui visent souvent les jeunes, peuvent comprendre l'internement forcé dans un établissement psychiatrique, l'administration d'électrochocs et la « thérapie par aversion », et elles entraînent des dommages physiques et psychologiques. Il a été déterminé qu'elles étaient contraires à l'éthique et, dans certains cas, elles pourraient être constitutives de torture ou de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et devraient être interdites⁴⁹.

C. Problèmes systémiques concernant l'application des lois et des politiques

22. La grande majorité des États ont ratifié les traités relatifs aux droits de l'homme qui reconnaissent le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, notamment la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Des efforts doivent toutefois être faits pour garantir que les obligations internationales sont intégrées dans les législations nationales et que les institutions compétentes disposent des capacités nécessaires pour défendre et faire respecter ces droits de manière efficace. Plusieurs études et rapports mettent en évidence les difficultés liées à la mise en œuvre de cadres de soins de santé mentale fondés sur les droits de l'homme, en particulier dans les zones rurales ou les zones ayant peu de ressources⁵⁰.

23. Dans de nombreux contextes, les droits des personnes qui ont un handicap psychosocial sont violés, ce qui limite leur autonomie, leur participation et leur capacité à donner leur consentement librement et en connaissance de cause. Il est largement admis que ces restrictions constituent des problèmes systémiques qui appellent une mise en conformité avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme, notamment avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁵¹. La législation de nombreux pays autorise par exemple le traitement contre son gré ou le placement forcé en institution dans des circonstances particulières, notamment lorsqu'une personne est considérée comme

⁴⁶ Voir également [CRPD/C/5](#).

⁴⁷ Déclaration du Président du Comité des droits des personnes handicapées à la clôture de la table ronde sur la désinstitutionnalisation, Genève, 18 août 2023, disponible à l'adresse suivante : www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/crpd/statements/20230911-stm-deinstitutionalization.docx.

⁴⁸ [A/HRC/29/23](#), par. 14, 38 et 52 ; [A/HRC/44/53](#).

⁴⁹ [A/56/156](#), par. 24 ; [A/HRC/29/23](#), par. 52 ; [A/HRC/44/53](#) ; [CAT/C/CHN/CO/5](#), par. 55 et 56.

⁵⁰ Communications de la Malaisie, du Maroc, de la Commission nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (Indonésie), du Bureau du Défenseur général de la nation (Argentine), du Collège autrichien des médiateurs, du Bureau du Défenseur public (Géorgie), de la Commission des droits de l'homme et de la justice administrative du Ghana, de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya, du Bureau du Défenseur du peuple de la République de Moldova, du Conseil national des droits de l'homme (Égypte) et de la Commission ougandaise des droits de l'homme.

⁵¹ Déclarations formulées lors de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par : Víctor Lizama, membre de Red Orgullo Loco Mexico (en espagnol) ; Richa Sharma-Dhamorikar, chargée de recherche et de plaidoyer à Transforming Communities for Inclusion ; Carlos Ríos Espinosa, directeur associé du service de Human Rights Watch chargé des droits des personnes handicapées. Voir www.ohchr.org/fr/health/mental-health-and-human-rights. Voir également les Communications de New Script for Mental Health et de Global Human Rights Centre.

posant un risque pour elle-même ou pour autrui, sur la base, entre autres, de critères tels que ceux du « dernier recours », de la « nécessité médicale » ou de l'« incapacité »⁵². Ces exceptions juridiques sont préoccupantes en ce qu'elles entraînent des restrictions des droits énoncés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en limitant de façon injustifiée l'autonomie des personnes handicapées, leur participation aux processus décisionnels et leur capacité à donner leur consentement. Le déni de la capacité juridique, telle est prévue par la Convention, est l'une des principales lacunes du droit interne qui nuit gravement à la jouissance et à l'exercice d'un large éventail de droits de l'homme, notamment l'accès à la justice, à un recours effectif et à des mesures de réparation⁵³.

24. La Convention américaine relative aux droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte arabe des droits de l'homme et la Déclaration des droits de l'homme de l'ASEAN contiennent toutes des dispositions relatives au meilleur état de santé physique et mentale possible. En particulier, dans ses Principes et lignes directrices sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples invite les États à « intégrer autant que possible les soins de santé mentale dans les systèmes de soins de santé communautaires et [à] aider les personnes handicapées à vivre d'une façon autonome dans la communauté plutôt que dans des institutions », soulignant qu'« [à] cet effet, des efforts spéciaux doivent être déployés pour mettre à disposition les services appropriés, en particulier pour les personnes vivant dans les zones rurales et les bidonvilles ainsi que les rescapés de conflits »⁵⁴.

25. Les articles 6, 7 et 8 de 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) prévoient des exceptions au principe du consentement libre et éclairé énoncé à l'article 5 du même traité, exceptions fondées sur des motifs multiples⁵⁵. Depuis 2014, le Conseil de l'Europe élabore un protocole additionnel à la Convention d'Oviedo. Les mécanismes des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme, des organisations de la société civile et d'autres parties prenantes ont demandé le retrait du projet actuel de protocole qui, selon eux, conserve une approche de la politique et de la pratique en matière de santé mentale qui repose sur la coercition et est incompatible avec les normes et les principes contemporains en matière de droits de l'homme et les droits consacrés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en particulier en ce qui concerne le placement en institution⁵⁶.

26. L'incrimination du suicide, des tentatives de suicide et de la consommation de drogues, qui renforce la stigmatisation et dissuade les individus de chercher de l'aide, constitue une autre source de préoccupation⁵⁷.

D. Accès à des soins de santé mentale et à des services de soutien

27. Comme cela a été souligné, dans le monde entier, le sous-financement chronique limite la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé mentale fondés sur les droits. Ce sous-financement tend en outre à confirmer que, dans la plupart des systèmes de santé, le financement public de la santé mentale n'est toujours pas une priorité.

28. Il est essentiel d'avoir accès en temps utile à des systèmes de soutien psychosocial. Les problèmes de santé mentale non traités entraînent un surcroît de souffrance psychologique, exacerbent les problèmes de santé physique et nécessitent un recours accru

⁵² OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 12, 19 et 53 ; Sangeeta Dey *et al.*, « Comparing legislation for involuntary admission and treatment of mental illness in four South Asian countries », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 13, n° 1 (décembre 2019).

⁵³ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014), par. 9, 15 et 42 ; A/HRC/37/56, par. 15.

⁵⁴ Voir <https://achpr.au.int/fr/node/871>.

⁵⁵ Voir <https://rm.coe.int/168007cf99>.

⁵⁶ Voir www.mentalhealthurope.org/what-we-do/human-rights/withdraw-oviedo ; www.ohchr.org/fr/2021/05/un-rights-experts-call-council-europe-stop-legislation-coercive-mental-health-measures.

⁵⁷ Voir A/HRC/56/52.

aux soins d'urgence et aux services sociaux, ce qui se traduit par des coûts directs et indirects supplémentaires⁵⁸ pour les systèmes de santé et les systèmes de protection sociale, ainsi que dans d'autres secteurs.

29. Un soutien en matière de santé mentale et des interventions précoces et ciblées fondées sur les droits de l'homme améliorent la qualité de vie, la productivité économique et la résilience globale des individus et des populations, ce qui réduit les coûts et les besoins à long terme⁵⁹. Par conséquent, il est également plus durable d'un point de vue économique d'investir dans des systèmes de santé fondés sur les droits⁶⁰.

30. Face au fardeau croissant de la dette et aux crises économiques, les États ont adopté des mesures qui ont réduit l'accès en temps utile à des systèmes de soins et de soutien de qualité⁶¹. Ces mesures ont eu une incidence à la fois sur les personnes qui cherchaient à obtenir des soins et un soutien et sur celles qui fournissaient ces services. Les professionnels de santé et les aidants familiaux souffrent souvent moralement en raison de la précarité systémique des conditions dans lesquelles ils œuvrent et du manque de services communautaires⁶².

31. Les coupes budgétaires et la réduction des budgets et des ressources alloués à la santé mentale ont conduit à une augmentation du nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanes qui ont affaire à la police⁶³. Ces personnes courent le risque d'être incarcérées⁶⁴ et, quand elles le sont, c'est généralement pour des durées supérieures à celles imposées à des personnes faisant l'objet d'accusations de même type mais n'ayant pas de problèmes de santé mentale⁶⁵. Dans certains pays, les forces de l'ordre sont souvent les premières à répondre aux appels en rapport avec des problèmes sociaux ou médicaux, y compris les appels relevant des services de santé⁶⁶. Pour rompre avec l'approche pénale de la santé mentale, il est urgent d'adopter des solutions de substitution.

32. Dans le monde entier, le personnel des établissements scolaires n'est pas suffisamment formé à la santé mentale, de sorte que souvent les enfants et les adolescents n'ont pas accès en temps voulu à des soins de santé adaptés. Ainsi, des jeunes sont trop souvent dans l'impossibilité d'accéder rapidement à des soins de santé mentale de qualité, avec pour conséquence que leurs problèmes de santé ne sont pas diagnostiqués ou s'aggravent⁶⁷.

E. Manque de données adéquates disponibles en temps voulu

33. Au niveau mondial, le manque de données sur la santé mentale fondée sur les droits empêche de comprendre pleinement la situation nationale et mondiale, ce qui réduit la transparence et l'application du principe de responsabilité. Le manque de données adéquates disponibles en temps voulu limite la capacité des autorités nationales et des autres acteurs à adopter des mesures ciblées et adaptées qui répondent aux droits et aux besoins des personnes

⁵⁸ Voir <https://tpchd.org/wp-content/uploads/2023/12/Unattended-Mental-Health-Impact-on-Society.pdf> ; Heather L. Taylor *et al.*, « Economic burden associated with untreated mental illness in Indiana », *JAMA Health Forum* (2023).

⁵⁹ Long Khanh-Dao Le *et al.*, « Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations », *PLOS Medicine* (2021).

⁶⁰ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé (Paris, 2021).

⁶¹ Julia Nadine Doetsch *et al.*, « A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: rethinking austerity for the most vulnerable », *International Journal for Equity in Health*, vol. 22, n° 3 (2023).

⁶² Communications de l'IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care) et de Maat for Peace, Development and Human Rights.

⁶³ A/HRC/54/69, par. 34 ; A/HRC/56/52, par. 5.

⁶⁴ A/HRC/54/69, par. 34 ; A/HRC/56/52, par. 5.

⁶⁵ A/HRC/54/69, par. 34 ; www.tac.org/reports_publications/serious-mental-illness-prevalence-in-jails-and-prisons.

⁶⁶ A/HRC/54/69, par. 35 à 52.

⁶⁷ A/HRC/51/19, par. 47.

ayant un handicap psychosocial et des autres usagers des services de santé mentale⁶⁸. Pour combler les lacunes actuelles, il est primordial de collecter des données qualitatives et quantitatives complètes, une telle collecte étant un élément essentiel de toute approche fondée sur les droits de l'homme. Dans le contexte de la santé mentale fondée sur les droits, la collecte de données devrait être axée, entre autres, sur l'allocation des ressources, les disparités dans l'accès aux soins de santé mentale et aux services de soutien fondés sur les droits, notamment en ce qui concerne les personnes les plus vulnérables et marginalisées, et les formes de discrimination. Les données devraient être ventilées par âge, sexe, situation socioéconomique, handicap et autres facteurs, selon le contexte national⁶⁹. Les activités de collecte de données devraient être menées selon une approche fondée sur les droits de l'homme, notamment, entre autres exigences, en étroite consultation avec les organisations qui représentent les personnes ayant un handicap psychosocial, les usagers de services de santé mentale et les minorités raciales et ethniques⁷⁰.

34. La collecte de données sur des indicateurs tels que l'accès à l'emploi, au logement et à l'éducation et la situation socioéconomique générale des usagers des services de santé mentale peut apporter des éclairages importants sur les formes de discrimination croisée. Davantage de données détaillées devraient en outre être collectées sur les effets indirects des changements climatiques, des migrations et des difficultés économiques sur la santé mentale, afin d'orienter les mesures prises en matière de soins de santé mentale⁷¹.

F. Participation et inclusion limitées des personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale

35. Les populations et les personnes touchées personnellement par les problèmes de santé mentale devraient être activement associées à l'élaboration des politiques et des lois relatives aux soins de santé mentale⁷². Une réelle participation garantit l'élaboration de politiques qui répondent mieux aux besoins des titulaires de droits et qui sont plus efficaces⁷³. Toutefois, les inégalités de pouvoir présentes au sein de nombreux établissements de santé mentale font obstacle à une réelle participation⁷⁴. L'inclusion des personnes touchées par des problèmes de santé mentale est trop souvent influencée par des préjugés systémiques, ce qui empêche ces dernières de participer réellement à la prise de décisions et limite leur capacité d'influer sur les décisions qui les concernent⁷⁵. En outre, les familles et les populations sont souvent exclues du processus d'élaboration et de mise en application des politiques et des lois relatives à la santé mentale. Le manque de ressources limite la capacité des États de garantir une véritable participation.

III. Mesures normatives et stratégiques favorisant la promotion d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme

36. La réalisation des droits humains des personnes ayant un handicap psychosocial et des usagers des services de santé mentale suppose l'adoption de mesures normatives et stratégiques favorisant cette réalisation. Cela implique notamment d'élaborer des cadres juridiques prévoyant une approche inclusive, de mettre les politiques en conformité avec les normes et règles internationales relatives aux droits de l'homme, de garantir l'accès à des

⁶⁸ Communications de Concepts of Truth et de PGDI (Patriots for Growth and Development Initiative). Voir également OMS, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All* (Genève, 2022), p. 51 à 53.

⁶⁹ [A/HRC/34/32](#), par. 36.

⁷⁰ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 86.

⁷¹ Communication de la Rapporteuse spéciale sur la promotion et la protection des droits de l'homme dans le contexte des changements climatiques.

⁷² Communication de Integrative Wellbeing.

⁷³ [A/79/162](#), par 66.

⁷⁴ Voir [A/HRC/35/21](#).

⁷⁵ Communication de l'Espagne.

soins de santé de qualité, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de promouvoir la participation active des personnes touchées par des problèmes de santé mentale aux prises de décisions et à leur propre rétablissement. Ces mesures visent à la fois à favoriser l'équité, le respect et l'autonomisation et à élaborer des systèmes permettant de garantir le respect de la dignité et d'encourager l'autonomie de tous.

37. Par ailleurs, des déterminants externes, notamment des facteurs sociaux, économiques et environnementaux, ont une incidence sur les systèmes de santé mentale, et il est essentiel de mener une action multisectorielle en dehors de ces systèmes pour progresser dans la mise en application d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme. Il est essentiel de continuer de mener des travaux de recherche et d'analyse portant sur les stratégies intersectorielles visant à résoudre ces problèmes, mais cela dépasse le cadre du présent rapport.

A. Réformes stratégiques ou législatives

38. Les soins de santé mentale fondés sur les droits sont considérés comme faisant partie intégrante des soins de santé pour tous⁷⁶. Il est essentiel d'adopter au niveau national une législation fondée sur les droits, ou de modifier ou d'appliquer la législation existante afin de garantir que les politiques, les systèmes, les services et les programmes de santé mentale permettent d'offrir à tous des soins de qualité fondés sur les droits de l'homme et des soins de santé mentale de proximité. Lorsque des mesures de politique générale sont en vigueur à l'échelle nationale, il est primordial de veiller à ce qu'elles soient conformes au droit international des droits de l'homme.

39. Déployer des efforts supplémentaires pour revoir les dispositions de droit civil relatives à la capacité juridique et pour garantir la prise en compte du principe du consentement libre et éclairé dans les réformes du système de santé est un préalable essentiel à l'instauration d'un système de soins de santé mentale fondés sur les droits de l'homme⁷⁷. À cette fin, la loi devrait prévoir des garanties et prévenir toute coercition et d'éventuels abus dans le recours à des interventions données. À cet égard, il est essentiel d'établir un cadre juridique favorable à la mise en place de services de santé mentale respectueux des droits de tous les usagers et qui prévoient que toutes les décisions de traitement sont fondées sur le consentement libre et éclairé des personnes concernées.

40. La dépénalisation du suicide est un domaine dans lequel il est nécessaire d'engager une réforme législative⁷⁸. Elle permettrait de contribuer à réduire la stigmatisation, d'encourager les personnes qui envisagent de se suicider à rechercher un soutien psychosocial en temps utile et de recueillir des données plus fiables en matière de suicide afin d'élaborer des stratégies plus avisées⁷⁹. Les exemples de collaboration établie entre des parties prenantes nationales, régionales et internationales et au sein de celles-ci et visant à favoriser la mise en commun de politiques et la prévention du suicide et à obtenir des orientations sur l'élaboration de stratégies et de textes de loi sont louables, mais ces efforts doivent être fondés sur les droits de l'homme⁸⁰.

41. Dans certaines régions, des réformes législatives sont actuellement menées pour abolir les tutelles, l'accent étant mis sur des dispositifs de prise de décisions accompagnée en ce qui concerne les soins de santé mentale⁸¹, ou pour interdire la construction de nouveaux

⁷⁶ A/HRC/35/21, par. 54.

⁷⁷ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 22 à 27.

⁷⁸ Communications du Centre for Mental Health Law and Policy (Inde), de Integrative Wellbeing, du Bureau du Défenseur du peuple de la République de Moldova et du Bureau du Médiateur (Portugal).

⁷⁹ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 75.

⁸⁰ Communications de l'Uruguay, de la Commission ghanéenne des droits de l'homme et de la justice administrative, du Bureau du Procureur chargé des droits de l'homme (Guatemala) et du Commissaire aux droits de l'homme du Parlement ukrainien.

⁸¹ Voir <https://govern.cat/salaprensa/acords-govern/14321/govern-incorpora-al-codi-civil-catala-figura-lassistencia> (en catalan).

établissements psychiatriques afin de s'orienter vers des soins de santé mentale de proximité⁸².

42. Il faut redoubler d'efforts pour développer les soins de santé mentale. À cet égard, il y a lieu de signaler qu'en mai 2024, la Commission européenne a révisé son approche globale de la santé mentale, mettant la santé mentale sur un pied d'égalité avec la santé physique. Cette politique met notamment l'accent sur l'accès à des soins de santé mentale de qualité et abordables et sur la réinsertion sociale⁸³. À cette fin, l'Union européenne a lancé 20 initiatives phares et prévu des financements au titre de différents instruments financiers d'une valeur de 1,23 milliard d'euros.

B. Services de proximité

43. Il est essentiel de donner la priorité aux stratégies de proximité pour traiter efficacement les problèmes de santé mentale dans le respect du droit international des droits de l'homme. Des pays, des villes et des régions s'emploient à passer progressivement d'un système centralisé d'établissements psychiatriques à des services de santé mentale de proximité et centrés sur la personne⁸⁴. La ville de Trieste (Italie), par exemple, dispose de quatre centres de santé mentale de proximité au sein desquels des professionnels de santé travaillent en étroite collaboration avec les familles, proposant une aide au logement et des programmes de formation continue, d'éducation et d'insertion sur le marché du travail. Ce travail est mené en collaboration avec les personnes touchées par des problèmes de santé mentale elles-mêmes⁸⁵. En Ukraine, le renforcement des services de santé mentale de proximité lié au conflit armé vise à répondre de façon plus globale aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale⁸⁶.

44. Dans certaines régions, la collaboration établie entre les administrations locales, les agents de santé communautaires et les conseillers en santé mentale, à laquelle sont associées les personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale, a favorisé l'adoption de modèles de soins de santé mentale inclusifs et de proximité. En Inde, par exemple, un programme permet de former des personnes à l'échelle locale aux moyens d'apporter un soutien en matière de santé mentale en associant les pratiques traditionnelles d'autoprise en charge aux stratégies de santé mentale suivies par des professionnels⁸⁷. Ces cadres, qui permettent aux populations d'adapter leurs connaissances en matière de santé mentale à leurs pratiques d'autoprise en charge grâce à des méthodes de sensibilisation et à l'intervention de prestataires de services d'aide, se sont révélés efficaces.

45. Les dispositifs de proximité sont une illustration des soins de santé mentale fondés sur les droits, la priorité étant accordée à l'autonomie et à l'inclusion sociale. Par exemple, le centre d'accueil d'urgence Gerstein (Canada) a mis en place des services d'intervention d'urgence non coercitifs, tels qu'une permanence téléphonique assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, des équipes mobiles d'intervention d'urgence et des services d'orientation de proximité et de gestion des situations d'urgence liées à l'usage de substances psychoactives, et propose un suivi et un hébergement dans les situations de crise de courte durée⁸⁸. D'autres programmes de proximité font appel à la technologie et à la mobilisation de la population pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale et réduire la stigmatisation, comme le

⁸² OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 93.

⁸³ Voir https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_fr.

⁸⁴ Communications de l'Albanie, de l'Espagne, de la Malaisie, de la Slovénie, de la Türkiye, du Bureau du Procureur chargé des droits de l'homme (Guatemala), du Centre national slovaque pour les droits de l'homme et de la Commission ougandaise des droits de l'homme.

⁸⁵ Voir www.who.int/europe/fr/news-room/19-12-2023-central-asian-countries-seek-secrets-to-success-in-community-based-mental-health-reform-from-trieste-italy.

⁸⁶ Voir www.who.int/europe/news-room/12-03-2024-reaching-patients-with-severe-mental-health-disorders-who-hands-over-12-vehicles-for-community-health-providers-in-ukraine.

⁸⁷ Voir <https://reachalliance.org/case-study/atmiyatas-volunteer-led-approaches-to-addressing-mental-health-in-rural-india>.

⁸⁸ Voir <https://gersteincentre.org>.

service d'intérêt général Atmiyata en Inde⁸⁹, qui propose des services de soutien psychosocial et de santé mentale dans six districts. Au Brésil, les centres de soins psychosociaux constituent la base du réseau national de santé mentale de proximité, fournissant des services spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale primaires⁹⁰.

46. Des dispositifs communautaires d'inclusion sociale mettent l'accent sur la prise en charge par les patients eux-mêmes, la nutrition, la mise en condition physique, l'autonomisation des familles, l'acquisition de compétences, l'aide à la subsistance, l'entraide entre pairs et la facilitation de l'accès aux services ordinaires de proximité. Afin d'encourager la vie en communauté et de limiter les cadres restrictifs, la priorité est accordée à la résolution des conflits et des espaces de dialogue sont créés, ce qui permet d'éviter le placement en institution et de transformer l'écosystème psychosocial d'une communauté⁹¹. En Inde, un dispositif communautaire de logements permet d'apporter un soutien aux femmes en phase de sortie d'établissement psychiatrique⁹² et, en France, un projet vise à créer des conseils locaux de santé mentale au sein des administrations régionales⁹³. Ces conseils, composés de représentants des usagers des services de santé mentale et de professionnels du domaine, ainsi que d'élus, sont chargés d'appliquer et d'améliorer les politiques locales en matière de santé mentale.

47. Parmi les actions de proximité en matière de santé mentale, on peut citer la mise en place de services de soutien et de numéros d'urgence destinés aux adolescents et accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui permettent d'avoir immédiatement accès à une aide et une prise en charge. En outre, les réseaux communautaires jouent un rôle essentiel dans la promotion d'une participation inclusive aux activités culturelles et artistiques. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation renforcent ces efforts en ce qu'elles permettent de recruter des militants, de mettre en commun des récits de personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale et ainsi de combattre les préjugés⁹⁴. Dans certains pays, des stratégies d'intervention dans les situations de crise ont été intégrées dans des plans de prévention du suicide et de santé mentale au sens large, ce qui permet d'offrir en temps voulu une prise en charge rapide et multidisciplinaire. Des services de téléconseil et de soins post-crise ont été mis en place pour offrir une prise en charge interdisciplinaire immédiate aux personnes qui en ont besoin⁹⁵. En outre, les services de santé mentale sont de plus en plus accessibles grâce à la transition numérique, ce qui peut être

⁸⁹ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par Soumitra Pathare, Directeur du Centre for Mental Health Law and Policy (Inde), consultable à l'adresse suivante :

www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/session1-segment2/Promising-initiatives_Soumitra-Pathare.docx ;
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, p. 118.

⁹⁰ OMS, *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-centred and Rights based Approaches* (Genève 2021), p. 61 à 64.

⁹¹ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par M^{me} Sharma-Dhamorikar, représentante de Transforming Communities for Inclusion.

⁹² Communication du Centre for Mental Health Law and Policy (Inde) ;
www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care.

⁹³ Art. L3221-2 du Code de la santé publique, consultable à l'adresse suivante :
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687966/2011-08-01 ; Communication de Fundación para la Democracia Internacional.

⁹⁴ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par Magda Casamitjana Aguilà, Directrice du Pacto Nacional de Salud Mental de Cataluña, Département de la présidence de la Generalitat de Catalunya, consultable à l'adresse suivante :
www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/session1-segment2/M-CASAMITJANA.pdf (en espagnol).

⁹⁵ Communications de El Salvador, de l'Équateur, de la Malaisie et de la Commission libanaise des droits de l'homme.

particulièrement bénéfique dans les milieux à faible revenu, où l'accès au système de prestation de soins est limité⁹⁶.

48. Dans les situations d'après conflit, il est essentiel de prévoir des interventions en matière de santé mentale dans les stratégies nationales et de fournir à long terme un appui en lien avec les traumatismes, mais dans bien des cas ces considérations ne sont pas prioritaires et les ressources sont nettement insuffisantes⁹⁷. Certaines politiques nationales intègrent les soins de santé mentale dans les efforts de réconciliation déployés à plus grande échelle et font appel aux dispositifs de proximité⁹⁸. Des formations sont dispensées à des conseillers locaux, et la priorité est accordée tant à la guérison individuelle des traumatismes qu'à la cohésion sociale. Dans d'autres cas, des équipes mobiles vont à la rencontre des populations déplacées afin de définir leurs besoins en matière de santé mentale et d'y répondre, ce qui facilite l'accès à des services adaptés⁹⁹.

49. Il est essentiel que les enfants et les adolescents aient accès à un éventail de services de santé mentale à l'école et au sein de leur communauté. Des États ont réagi à la crise de santé mentale survenue après la pandémie de COVID-19 en établissant dans les écoles des programmes de conseil psychologique visant à renforcer les services d'intervention précoce, ce qui a donné des résultats positifs¹⁰⁰.

C. Renforcer l'application du principe de responsabilité grâce à une surveillance et un contrôle indépendants

50. Les groupes marginalisés, comme les personnes d'origine socioéconomique modeste, les minorités ou les migrants, ne sont souvent pas protégés par les lois sur la santé mentale¹⁰¹. Cette absence de protection peut aboutir à de mauvais traitements dans des « communautés thérapeutiques » et des « camps de prière », où les personnes sont entravées et incarcérées, même si ces pratiques sont illégales. En raison de la discrimination structurelle et du contrôle insuffisant exercé par l'État, ces personnes n'ont souvent pas accès à la justice, et la peur que leur inspirent les forces de maintien de l'ordre renforce encore l'exclusion. Les violations persistantes des droits de l'homme, notamment les placements sans consentement et l'utilisation d'installations vétustes, sont aggravées par l'absence de contrôle indépendant et la non-application du principe de responsabilité¹⁰².

51. L'application du principe de responsabilité en ce qui concerne l'exercice du droit à la santé mentale repose sur trois éléments : a) la surveillance ; b) l'examen indépendant et non indépendant, par exemple par des organes judiciaires, quasi judiciaires, politiques ou administratifs, ainsi que par des mécanismes de responsabilisation sociale ; c) les recours utiles et la réparation intégrale¹⁰³. Les États peuvent instituer des mécanismes d'établissement des responsabilités en matière de santé mentale au moyen de la législation, celle-ci revêtant une importance essentielle pour ce qui est de surveiller et d'améliorer les systèmes et services de santé mentale.

52. Ces mécanismes devraient garantir l'accès à la justice et le respect du droit à un recours utile. En particulier, les personnes qui entrent en contact avec les services de santé

⁹⁶ Janos L. Kalman *et al.*, « Digitalising mental health care: practical recommendations from the European Psychiatric Association », *European Psychiatry*, vol. 67, n° 1 (2024).

⁹⁷ Chesmal Siriwardhana *et al.*, « Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10, n° 1 (décembre 2016). Voir également la communication du Groupe de travail sur les droits de l'homme de l'American University of Paris.

⁹⁸ Voir www.thinkglobalhealth.org/article/mental-health-care-rwanda-three-decades-resilience.

⁹⁹ Communication de l'Arménie.

¹⁰⁰ Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse, « Mental health: counselling in schools » (Édimbourg, 2023).

¹⁰¹ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 14.

¹⁰² Communications de Health Justice, du Bureau du Défenseur général de la nation (Argentine), du Bureau du Défenseur public (Géorgie), de la Commission ghanéenne des droits de l'homme et de la justice administrative et du Comité qatarien des droits de l'homme.

¹⁰³ A/HRC/35/21, par. 51.

mentale devraient avoir la possibilité de déposer plainte et de demander réparation. Dans certains pays, les tribunaux contribuent à faire respecter les droits des personnes ayant un handicap psychosocial et des usagers des services de santé mentale grâce à des décisions progressistes et des réformes judiciaires¹⁰⁴.

53. La Convention relative aux droits des personnes handicapées prévoit que les États Parties veillent à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes (art. 16, par. 3). Cette obligation vaut également pour les structures sanitaires et les programmes de santé. Les commissions de surveillance interdisciplinaires composées de représentants des pouvoirs publics, du monde universitaire, de professionnels de la santé mentale, d'organisations de personnes handicapées et d'organisations des familles sont un exemple de mécanismes de surveillance¹⁰⁵ et de conseils de la santé mentale qui garantissent le respect des normes relatives aux droits de l'homme¹⁰⁶. Les États peuvent disposer de différents cadres de surveillance du respect des droits des usagers des services de santé mentale, comme les organes de contrôle chargés des questions de santé mentale, les institutions nationales des droits de l'homme et les mécanismes nationaux de prévention, entre autres. La participation des personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale aux décisions et processus qui les concernent, y compris à la conception et à la mise en place de mécanismes d'établissement des responsabilités et de contrôle, reste faible, ce qui montre qu'il faut redoubler d'efforts dans ce domaine¹⁰⁷.

D. Lutte contre la stigmatisation et actions de sensibilisation

54. Dans de nombreux pays, les parties prenantes s'emploient activement à promouvoir une approche globale de la santé fondée sur les droits. Elles s'efforcent de prévenir l'exclusion sociale et de promouvoir l'égalité en matière d'emploi, de soins de santé et d'éducation pour les personnes ayant un handicap psychosocial et pour les usagers, actuels ou potentiels, des services de santé mentale.

55. Des États ont mené des campagnes publiques de sensibilisation à la santé mentale visant à réduire la stigmatisation et prévenir le suicide¹⁰⁸. Des organisations de la société civile et d'autres acteurs mènent des actions de sensibilisation aux droits des personnes touchées par des problèmes de santé mentale¹⁰⁹. À Sri Lanka, Nidhas Chinthana Sansadaya, organisme de défense des consommateurs, met en relation des personnes marginalisées au sein des communautés avec des praticiens de la santé mentale, assurant ainsi la promotion de solutions à l'échelle locale¹¹⁰.

56. Face à l'augmentation des risques que les changements climatiques font peser sur la santé mentale, des États ont intégré la prise en compte de la santé mentale et le soutien psychosocial dans des mesures concrètes de préparation aux catastrophes. Certains pays ont créé des mécanismes de coordination et établi des plans de préparation et de réponse aux situations d'urgence afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence climatique¹¹¹. En Australie, au Bangladesh, au Burkina Faso, en Haïti et en Inde, la promotion de l'éducation à la santé mentale et l'amélioration des connaissances sur le climat ont permis de renforcer la résilience des populations. Dans certains cas, des applications de santé mentale ont été conçues à l'intention des adolescents ayant survécu à des incendies de forêt ; en parallèle à la diffusion

¹⁰⁴ Communication de la Commission kényane des droits de l'homme.

¹⁰⁵ Communication de l'Uruguay.

¹⁰⁶ Communication de la Commission kényane des droits de l'homme.

¹⁰⁷ OMS et HDCH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 101.

¹⁰⁸ Communications de l'Arabie saoudite, de El Salvador, de la Malaisie, de Maurice, du Monténégro, de la Türkiye, de la Commission kényane des droits de l'homme, de la Commission omanaise des droits de l'homme et du Comité qatarien des droits de l'homme.

¹⁰⁹ Communication de la Commission indonésienne de lutte contre la violence à l'égard des femmes.

¹¹⁰ Voir www.mhinnovation.net/organisations/nidhas-chinthana-sansadaya-consumer-action-forum.

¹¹¹ Communication de la Rapporteuse spéciale sur la promotion et la protection des droits de l'homme dans le contexte des changements climatiques.

de ces applications, des campagnes médiatiques visent à sensibiliser les populations à la prise en charge de la santé mentale après une catastrophe, à déstigmatiser la demande d'aide et à privilégier les ressources disponibles sont menées.

E. Intégrer des pratiques culturellement adaptées

57. En particulier dans les pays où les services sont de mauvaise qualité ou inexistant, les populations et les familles ont tendance à rechercher des solutions de substitution aux soins de santé mentale, sollicitant notamment un appui auprès de responsables religieux, de chamans ou de thérapeutes qui ont recours à des méthodes de médecine parallèle¹¹².

58. L'intégration dans les modèles ordinaires de soins de santé mentale de pratiques alternatives ou suivies par des peuples autochtones peut apporter un soutien efficace et culturellement adapté, si ces pratiques sont pleinement compatibles avec les normes relatives aux droits de l'homme¹¹³. Le concept autochtone du *buen vivir* (bien vivre), tel qu'il est appliqué dans certains pays d'Amérique latine, vise à souligner l'importance des notions de communauté, de dignité et d'harmonie avec la nature et est une source d'inspiration pour l'engagement de réformes dans le domaine de la santé mentale qui font de la prise en compte des différences culturelles une priorité¹¹⁴. Cette approche et d'autres favorisent l'établissement de cadres visant à opérer une transformation sociale par la prise en compte de valeurs et de pratiques traditionnelles dans les politiques de santé mentale et à ainsi établir des modèles de soins de santé mentale plus inclusifs et plus efficaces.

F. Intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires

59. Les services de santé mentale doivent être accessibles et disponibles pour tout le monde, à l'échelle des soins primaires et des soins spécialisés¹¹⁵. L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires est une stratégie efficace permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les populations n'ayant qu'un accès restreint aux services de base et de faire en sorte que chacun ait accès à des services de santé mentale à un stade précoce, près de son domicile et de sa communauté¹¹⁶. Le renforcement des mesures visant à intégrer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires constitue une évolution prometteuse à cet égard, car il a pour effet que ces services sont plus abordables, plus acceptables, moins stigmatisants, plus globaux et plus adaptés sur le plan culturel. En Arménie, les services de santé mentale ont été intégrés dans le système de soins de santé primaires au profit des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des communautés d'accueil¹¹⁷. Au Zimbabwe, des conseillers non professionnels offrent un soutien aux personnes touchées par des problèmes de santé mentale dans le cadre de l'initiative des « Bancs de l'amitié ». Ce programme de proximité relevant de l'approche de la main tendue, mis en place à l'échelle nationale, s'inscrit dans le cadre des services de soins de santé primaires fournis par des prestataires publics¹¹⁸.

60. Dans certains États, la mise en place de stratégies globales et de réseaux de services a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale, notamment en réponse à l'accroissement de la demande de soins à la suite de la pandémie de COVID-19. La législation a aussi joué un rôle clé en venant sous-tendre l'intégration dans le cadre des soins de santé primaires d'interventions, de services et d'une aide en matière de santé mentale,

¹¹² Muhammad Arsyad Subu *et al.*, « Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 15, n° 1 (décembre 2021).

¹¹³ Communication de Kailash Union.

¹¹⁴ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par M. Lizama.

¹¹⁵ A/HRC/35/21, par. 78.

¹¹⁶ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 88.

¹¹⁷ Voir www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023.

¹¹⁸ Voir www.friendshipbenchzimbabwe.org.

conformément au principe selon lequel la santé mentale doit être mise sur un pied d'égalité avec la santé physique.

61. Ces mesures sont opportunes, mais ne suffisent pas à garantir à toutes les personnes qui ont besoin d'être prises en charge un accès à des services de santé mentale complets et fondés sur les droits. Des efforts concertés sont nécessaires pour garantir que les interventions proposées dans le cadre des soins primaires s'inscrivent dans une approche fondée sur les droits. Il faut en outre s'attaquer aux difficultés persistantes et importantes qui font obstacle à un accès universel aux soins de santé primaires.

G. Agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale

62. Les déterminants sociaux de la santé renvoient aux facteurs plus généraux et non biologiques qui ont une influence sur l'état de santé, notamment les conditions environnementales, sociales, économiques et politiques dans lesquelles les gens vivent, qui sont déterminées par la répartition des ressources, les politiques et les structures sociétales¹¹⁹. Des mesures visant à agir sur ces déterminants doivent être prises dans les secteurs économique, social et judiciaire, par exemple dans le cadre de stratégies de lutte contre la discrimination ou de promotion de l'égalité des chances, de systèmes de soutien et de protection sociale de proximité, d'actions portant sur le logement, l'emploi ou les changements climatiques, de la promotion de structures de proximité permettant d'améliorer la reconnaissance sociale et de programmes de soutien de la diversité¹²⁰.

63. Il existe des initiatives prometteuses visant à promouvoir l'insertion professionnelle des personnes touchées par des problèmes de santé mentale et qui consistent à proposer des programmes de formation professionnelle et d'autres programmes de renforcement des capacités. Ces projets de formation permettent aux participants d'acquérir des compétences dans le domaine de la génération de revenus ou de la recherche d'emploi ou de renforcer celles qu'ils ont déjà. Israël, la Suisse et la Thaïlande ont mis en place des services de santé mentale de proximité portant sur la réadaptation. Les formations portant sur la mécanique sur vélo, les compétences culinaires ou la prise de parole en public facilitent l'accès à l'emploi¹²¹. Dans certains pays, diverses parties prenantes ont formé des professionnels de la santé mentale à l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme et à la fourniture de services de santé mentale de proximité.

64. Les programmes de soutien par les pairs jouent un rôle essentiel pour ce qui est d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, et permettent de favoriser l'établissement de liens, de réduire la stigmatisation et d'offrir un accès à des ressources qui influent sur la santé mentale et le bien-être¹²².

65. Les programmes susmentionnés se sont avérés efficaces pour autonomiser les personnes touchées par des problèmes de santé mentale. En Ouganda, par exemple, l'initiative d'autoreprésentation a permis de créer des groupes de soutien par des pairs avec la collaboration de dirigeants locaux, l'objectif étant de proposer une aide au logement et à l'emploi et un soutien social¹²³. D'autres États encouragent les services de soins ambulatoires, les visites à domicile et le recours à des plateformes numériques permettant d'accéder aux services à distance.

66. Dans certains cas, des associations ont favorisé la participation active des personnes touchées par des problèmes de santé mentale à la planification et à l'application de politiques

¹¹⁹ Voir www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

¹²⁰ OMS et HCDH, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. 23.

¹²¹ Voir www.enosh.org.il/english ; <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>.

¹²² Prashant Shekhar Tripathi, « Peer support programs in mental health nursing: harnessing lived experience for recovery », *BRIO International Journal of Nursing Research*, vol. 5, n° 1 (2024).

¹²³ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par M^{me} Sharma-Dhamorikar, représentante de Transforming Communities for Inclusion.

et d'autres initiatives¹²⁴. Toutefois, à l'échelle mondiale, la participation réelle des usagers des services de santé mentale et de membres de leur famille à l'élaboration des politiques et aux processus décisionnels est insuffisante et se limite essentiellement à la promotion de la santé et aux actions de sensibilisation plutôt que de prendre la forme d'une contribution à la prise de décisions à un niveau plus élevé¹²⁵.

67. Pendant les crises financières et économiques, les mesures d'austérité, notamment les mesures régressives, ne devraient être adoptées que lorsqu'elles sont inévitables. Ces mesures devraient être nécessaires et proportionnées, et conformes aux obligations internationales en matière de droits de l'homme¹²⁶, y compris le droit à la santé. Cela suppose d'accorder une plus grande attention aux droits humains des aidants familiaux¹²⁷ et à la protection de conditions de travail justes et favorables pour les travailleurs du secteur de la prise en charge et du soutien. Les besoins de ces personnes sont souvent négligés, alors que ces dernières sont régulièrement exposées à une souffrance psychique¹²⁸.

IV. Conclusions et voie à suivre

68. **Il est urgent de réformer les systèmes de santé mentale en privilégiant une approche fondée sur les droits de l'homme. Cela suppose de rompre progressivement avec une conception étroite de ces systèmes axée sur les approches biomédicales pour avoir une compréhension plus globale et plus inclusive de la santé mentale, et il est par conséquent essentiel d'opérer une transition vers des soins de santé mentale et un soutien de proximité. Il faut pour cela modifier les lois et les politiques, passer du placement en institution aux soins de santé mentale de proximité et financer correctement les solutions de substitution au placement en institution que sont les soins de santé mentale de proximité.**

69. **Les efforts de réforme législative doivent s'accompagner de mesures visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, à élargir l'accès à des soins de santé mentale et à un soutien fondés sur les droits de l'homme et à asseoir plus solidement l'action menée dans ce domaine sur des données ventilées. Toutes ces actions devraient reposer sur l'engagement résolu à faire en sorte que les personnes ayant un handicap psychosocial, les personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale et les usagers des services de santé mentale participent réellement à l'élaboration des politiques relatives à ces questions.**

70. **Il est essentiel d'assurer un financement suffisant et d'instaurer une collaboration intersectorielle pour favoriser la fourniture de services de santé mentale de proximité viables et fondés sur les droits de l'homme. Il convient d'adopter une approche intersectionnelle visant à lutter contre les formes convergentes de discrimination fondée sur la race, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, le handicap, l'identité de genre et d'autres facteurs, auxquelles sont confrontées les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces facteurs ont une incidence considérable sur la santé mentale.**

71. **Pour atteindre ces objectifs, il faut augmenter considérablement les ressources financières consacrées aux approches de la santé mentale fondées sur les droits de l'homme, en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. Les donateurs et les partenaires de développement internationaux doivent soutenir les**

¹²⁴ Déclaration faite au cours de la consultation sur la santé mentale et les droits de l'homme par M^{me} Casamitjana Aguilà.

¹²⁵ Teresa Hall *et al.*, « Service user and family participation in mental health policy making in Timor-Leste: a qualitative study with multiple stakeholders », *BMC Psychiatry*, vol. 20, n° 117 (2020).

¹²⁶ Voir E/C.12/2016/1.

¹²⁷ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 5 (2017), par. 67 ; A/HRC/52/32, par. 97 f).

¹²⁸ Communications de l'International Association for Hospice and Palliative Care, Inc, et de Maat for Peace, Development and Human Rights Association. Voir également Edward Cruz *et al.* « Caring for the caregiver: an exploration of the experiences of caregivers of adults with mental illness », *SSM – Qualitative Research in Health*, vol. 5 (2024).

pays dans le besoin, et il y a lieu de renforcer la coopération internationale pour faire en sorte que les systèmes de santé mentale fondés sur les droits soient correctement financés. Il est urgent d'apporter un tel soutien si l'on veut permettre aux États de passer d'un système de placement en institution à des soins de santé mentale de proximité fondés sur les droits. Il faut redoubler d'efforts pour créer une marge de manœuvre budgétaire permettant de disposer du maximum de ressources disponibles en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits économiques, sociaux et culturels, notamment garantir un niveau de vie adéquat, des conditions de travail justes et favorables et l'accès au logement et à l'éducation.

72. Il est tout aussi essentiel de recueillir des données détaillées et de procéder à des analyses approfondies pour permettre aux groupes traditionnellement marginalisés d'exercer leur droit à la santé. Il est indispensable de disposer de données pour pouvoir mettre sur un pied d'égalité les besoins en matière de santé physique et les besoins en matière de santé mentale, notamment pour intégrer les soins de santé mentale dans les régimes de soins de santé primaires et généraux moyennant la participation active de toutes les parties prenantes à l'élaboration des politiques publiques.

73. Le HCDH est tout disposé à soutenir les efforts visant à appliquer une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme. Les futurs travaux de recherche et efforts menés dans ce domaine pourraient comprendre la tenue dans cinq régions du monde de consultations entre États, organismes intergouvernementaux régionaux, spécialistes des droits de l'homme et organisations de la société civile en vue de rassembler des éléments factuels, de comprendre les problèmes qui se posent et de recueillir des témoignages sur les expériences vécues. De telles consultations permettraient au HCDH de fournir aux pouvoirs publics et aux décideurs un appui adapté aux fins de l'intégration d'approches fondées sur les droits dans les systèmes de santé mentale. En outre, le HCDH collabore avec l'OMS pour diffuser des orientations sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Il sera nécessaire de fournir un soutien supplémentaire dans ces domaines d'activité afin de remédier aux principales lacunes et difficultés signalées dans le présent rapport.

V. Recommandations

74. Le Haut-Commissaire souligne qu'il est urgent d'adopter une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, en tant qu'élément fondamental du droit au meilleur état de santé possible, consacré par le droit international des droits de l'homme. Comme il le souligne dans le présent rapport, il considère en outre qu'il importe d'assurer une cohérence et une synergie entre les actions entreprises par les pouvoirs publics et d'autres acteurs nationaux et internationaux pour renforcer l'intégration des droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale.

75. Le Haut-Commissaire recommande aux États et aux autres parties prenantes :

a) De veiller à ce que la législation nationale sur la santé mentale soit pleinement compatible avec les normes et règles internationales relatives aux droits de l'homme. S'il y a lieu, la réforme et l'harmonisation de la législation devraient servir à promouvoir l'exercice des droits et l'inclusion sociale ;

b) D'envisager, à titre de priorité, d'engager des réformes juridiques, stratégiques et institutionnelles ayant trait aux questions structurelles suivantes et visant à :

i) Passer d'une approche punitive à des mesures axées sur la santé et les droits de l'homme, en dépénalisant le suicide, l'usage de drogues et la possession de drogues destinées à la consommation personnelle et en prévoyant des peines de substitution à l'emprisonnement ; lutter contre la stigmatisation et proposer un accès rapide à des services de prise en charge et de soutien. Cela suppose d'appliquer une approche axée sur la réparation qui mette l'accent sur les soins de santé mentale de proximité plutôt que sur les sanctions ;

- ii) Faire en sorte que toutes les interventions liées à la santé mentale soient fondées sur un consentement donné librement et en connaissance de cause, compte tenu de ce que la capacité des individus de prendre des décisions quant aux soins de santé et traitements qui leur sont administrés est un aspect fondamental du droit à la santé. En conséquence, mettre fin aux pratiques coercitives en matière de santé mentale, notamment l'internement sans consentement, le traitement forcé, l'isolement et la contention, afin de respecter les droits des usagers des services de santé mentale. Veiller à ce que tous les systèmes de soins de santé mentale respectent l'autonomie des personnes ayant un handicap psychosocial et des usagers des services de santé mentale et le principe de l'obtention du consentement éclairé de ces personnes, conformément au droit international des droits de l'homme ;
- iii) Agir au maximum des ressources disponibles en vue de garantir que les services de santé mentale sont disponibles, abordables, accessibles, équitables et culturellement adaptés, y compris pour les groupes marginalisés ou vulnérables ;
- c) De privilégier l'abandon du placement en institution au profit de soins de santé mentale et de services de soutien de proximité fondés sur les droits, en mettant l'accent sur le rétablissement, l'autodétermination et l'insertion sociale ;
- d) D'intégrer dans les initiatives de soins de santé mentale des interventions de proximité menées par des pairs et culturellement adaptées. D'allouer des ressources suffisantes à la santé mentale, en particulier aux soins de santé mentale et aux services de soutien de proximité. De tenir compte des besoins des personnes vivant en zone rurale, des populations à faible revenu et des populations marginalisées ;
- e) De mener des campagnes nationales visant à lutter contre la stigmatisation de la santé mentale, en donnant voix au chapitre aux personnes touchées personnellement par des problèmes de santé mentale, et de promouvoir la sensibilisation et la compréhension au sein de la société ;
- f) De faire en sorte que les forces de l'ordre, les professionnels de santé, les décideurs et les responsables locaux suivent une formation ciblée visant à combattre les préjugés, d'adopter des approches fondées sur les droits et de lutter contre la stigmatisation et les mauvais traitements, comme le prescrit le droit international des droits de l'homme. D'élaborer des programmes complets, axés sur les besoins des femmes, des enfants, des personnes handicapées, des jeunes, des personnes LGBTQI+, des réfugiés et des minorités, aux fins de la promotion de l'équité et de l'inclusion ;
- g) D'appliquer des programmes de prestations sociales non contributifs destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, afin de remédier aux inégalités systémiques et de garantir un niveau de vie suffisant, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme ;
- h) De créer des systèmes solides de collecte de données ventilées sur la santé mentale en tenant compte des intersections entre celle-ci et la race, le genre et les facteurs socioéconomiques, et de remédier aux disparités ;
- i) D'instituer des mécanismes de justice réparatrice à l'intention des personnes ayant survécu à des pratiques de santé mentale coercitives, notamment de prévoir des indemnisations, des excuses publiques et une surveillance exercée par la collectivité, conformément aux principes de justice et de réparation consacrés par le droit international des droits de l'homme.
-