الأمم المتحدة

A/HRC/34/32

الجمعية العامة

Distr.: General
31 January 2017
Arabic
Original: English

مجلس حقوق الإنسان

الدورة الرابعة والثلاثون

٢٧ شباط/فبراير – ٢٤ آذار/مارس ٢٠١٧

البندان ٢ و٣ من جدول الأعمال

التقرير السنوي لمفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان وتقارير المفوضية السامية والأمين العام

تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية

الصحة العقلية وحقوق الإنسان

تقرير مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان

موجز

هذا التقرير، الذي أُعِد بناء على تكليف من مجلس حقوق الإنسان في القرار ١٨/٣٢، يحدد بعض التحديات الرئيسية التي يواجهها المنتفعون بخدمات الصحة العقلية، والمصابون بأمراض عقلية، وذوو الإعاقات النفسية – الاجتماعية. وتشمل هذه التحديات الوصم والتمييز، وانتهاك الحقوق الاقتصادية والاجتماعية وغيرها من الحقوق، والحرمان من الاستقلالية والأهلية القانونية.

ويوصي المفوض السامي في التقرير بعدد من التحولات في السياسات، الأمر الذي من شأنه أن يدعم الإعمال التام لحقوق الإنسان لتلك الفئات من الناس، مثل الإدراج الممنهج لحقوق الإنسان في السياسات والاعتراف باستقلالية الفرد وكرامته وقدرته على الفعل. وتشمل هذه التغييرات تدابير لتحسين نوعية تقديم خدمات الصحة العقلية، وإنهاء العلاج القسري والإيداع في المؤسسات، وتهيئة بيئة قانونية وسياساتية تفضي إلى إعمال حقوق الإنسان للمصابين بأمراض عقلية وإعاقات نفسية – اجتماعية.

GE.17-01400(A)

1701400

الرجاء إعادة الاستعمال

المحتويات

الصفحة

أولاً – مقدمة ٣

ثانياً – مصطلحات ومعلومات أساسية ٣

ثالثاً – إطار الحق في الصحة ٤

رابعاً – التحديات التي تؤثر في حقوق الإنسان في مجال الصحة العقلية ٦

ألف – تجربة الإصابة بأمراض عقلية ٧

باء – التحديات البنيوية المنطبقة على الصحة العقلية ٩

خامساً – النهج القائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة في سياق الصحة العقلية ١٠

ألف – المساواة في الاعتراف أمام القانون ١١

باء – الحظر المطلق لسلب الحرية بسبب العاهات ١٢

جيم – العلاج القسري: الإكراه على تناول الأدوية، والجرعات المفرطة من الأدوية، والممارسات الضارة أثناء سلب الحرية ١٣

سادساً – آفاق المستقبل ١٤

ألف – النهج القائم على حقوق الإنسان ١٤

باء – الممارسات الجيدة ١٨

جيم – الدعم التقني وبناء القدرات ٢١

سابعاً – الاستنتاجات ٢٢

أولاً- مقدمة

١- اعتمد مجلس حقوق الإنسان في ١ تموز/يوليه ٢٠١٦ القرار ١٨/٣٢ بشأن الصحة العقلية وحقوق الإنسان. وطلب المجلس في القرار إلى المفوض السامي أن يعد تقريراً عن إدماج منظور يقوم على حقوق الإنسان في ميدان الصحة العقلية وإعمال حقوق الإنسان والحريات الأساسية للمصابين بأمراض عقلية أو إعاقات نفسية - اجتماعية، بمن فيهم المنتفعون من خدمات الصحة العقلية والخدمات المجتمعية، وأن يقدم إليه التقرير في دورته الرابعة والثلاثين. وأوضح المجلس بأن التقرير ينبغي أن يحدد التحديات القائمة والممارسات الجيدة الناشئة، ويقدم توصيات في هذا الصدد، ويحدد وسائل تدعيم المساعدة التقنية وبناء القدرات، مع مراعاة الأنشطة والخبرات الراهنة في هذا المجال.

٢- ودعت مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان (المفوضية) طائفة من الجهات صاحبة المصلحة، بما فيها الدول الأعضاء، والمكلفون بولايات في إطار الإجراءات الخاصة، وهيئات معاهدات حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمات المجتمع المدني، إلى تقديم مساهمات. وتلقت المفوضية ٤٠ مساهمة، ١٨ منها من الدول الأعضاء[(١)]. ومع أن المفوض السامي لا يستشهد بالمساهمات المختلفة، فهي مصدر مهم للبحوث التي يعتمد عليها التقرير، لا سيما فيما يتعلق بالتحديات والتوصيات.

٣- وبالنظر إلى النطاق الواسع للقرار، والطابع العام - أساساً - لحقوق الإنسان وللخطتين المتعلقتين بالصحة العقلية والإعاقة، فإن التقرير يركز على تقديم لمحة عامة عن بعض أكبر التحديات التي تواجهها الفئات المحددة في القرار، والإطار المعياري المنطبق على حقوقها الإنسانية والسياسات والممارسات المتعلقة بها الذي من شأنه أن يدعم إعمالها كاملةً. ويقدم التقرير أيضاً توصيات في هذه المجالات، وكذلك ما يرتبط ببناء القدرات والدعم التقني.

ثانياً- مصطلحات ومعلومات أساسية

٤- الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية حق من حقوق الإنسان الأساسية التي لا غنى عنها لممارسة حقوق إنسانية أخرى[(٢)]. وتعني الصحة حالة من "اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[(٣)]. ويمكن تعريف

(١) وردت التقارير من الدول الأعضاء التالية: أستراليا، وألمانيا، وآيرلندا، والبرازيل، والبرتغال، وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)، وجامايكا، وجمهورية مولدوفا، وصربيا، وعمان، وغواتيمالا، وقطر، وكولومبيا، ومصر، والمملكة العربية السعودية، وموناكو، وهنغاريا، وهولندا.

(٢) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤(٢٠٠٠) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الفقرة ١.

(٣) دستور منظمة الصحة العالمية، الديباجة.

الصحة العقلية، بدورها، بأنها "حالة من السلامة يحقق فيها الفرد إمكاناته، ويتكيف مع الضغوط العادية للحياة، ويمكنه أن يؤدي عملاً منتجاً، ويستطيع المساهمة في مجتمعه المحلي"[٤]. وفي حالة الأطفال والمراهقين، يُقصد بالصحة العقلية "القدرة على تحقيق أمثل أداء وسلامة نفسانيين وصونهما"[٥].

٥- وينبغي التمييز بوضوح بين ثلاث فئات مختلفة من بين الفئات المشار إليها في القرار ١٨/٣٢: المنتفعون بخدمات الصحة العقلية (وهم من يستعملون خدمات الصحة العقلية والخدمات المجتمعية حالياً أو يُحتمَل أن يستعملوها في المستقبل)؛ والمصابون بأمراض عقلية؛ وذوو الإعاقات النفسية - الاجتماعية، أي الأشخاص الذين تقيَّد ممارستهم لحقوقهم وتعاق مشاركتهم بسبب عاهة فعلية أو متصورة، بصرف النظر عن تعريفهم لأنفسهم أو تشخيصهم على أنهم مرضى عقليين. وقد تتداخل هذه التصنيفات. فقد لا يكون منتفع من خدمات الصحة العقلية مريضاً عقلياً، وقد لا يواجه بعض المصابين بأمراض عقلية أي قيود أو حواجز تحول دون مشاركتهم الكاملة في المجتمع. وينبغي ألا تحدد الفئات أو تقوّض حماية حقوقهم المعترف بها في قانون حقوق الإنسان، بما فيها الحقوق المكرسة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

ثالثاً- إطار الحق في الصحة

٦- يعترف عدد من صكوك حقوق الإنسان، صراحةً أو ضمناً، بالحق في الصحة، بما فيها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة ١٢)، واتفاقية حقوق الطفل (المادة ٢٤)، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة ٢٥)، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المواد ١٠(ح)، و١١(١)(و)، و١١(٢)، و١٤(٢)(ب)). فهو حق جامع يشمل كلاً من الرعاية الصحية الملائمة في الوقت المناسب والمحدِّدات الأساسية للصحة[٦]. وفي حالة الصحة العقلية، تتضمن المحددات الوضع الاجتماعي - الاقتصادي المتردّي، والعنف وسوء المعاملة، والتجارب السلبية في مرحلة الطفولة، والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة، وما إذا كانت هناك علاقات داعمة ومتسامحة في الأسرة وفي أماكن العمل وأماكن أخرى.

٧- فالحق في الصحة يشمل حريات (مثل حرية الشخص في التحكم في صحته وجسده، وحقه في أن يكون في مأمن من التدخل، والتعذيب، والعلاج الطبي دون موافقة)، واستحقاقات (مثل الحق في نظام صحي يساوي بين الناس في فرص التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن

(٤) انظر www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/.

(٥) جنوب أفريقيا، وزارة الصحة، *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health* (2001), p. 4.

(٦) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرتان ٤ و١١.

بلوغه)[٧]. وإذا كان الحق في الصحة يخضع للإعمال التدريجي، بسبب شحّ الموارد، فإن عنصر الحرية في هذا الحق لا يخضع لا للإعمال التدريجي ولا لتوافر الموارد[٨].

٨- ويقع على الدول الأطراف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التزام أساسي بتحقيق الحدود الدنيا الضرورية لكل حق. وتشمل الالتزامات الأساسية المنطبقة على الحق في الصحة ضمان الحق في الوصول إلى المرافق الصحية والحصول على السلع والخدمات الصحية دون تمييز، خاصة بالنسبة إلى الفئات الضعيفة أو المهمشة؛ وتيسير سبل الحصول على قدر كاف من الغذاء والتغذية؛ وتيسير سبل الحصول على خدمات الإيواء والسكن والتصحاح الأساسية؛ وتوفير سبل الحصول على العقاقير الأساسية؛ وضمان العدالة في توزيع جميع المرافق والسلع والخدمات الصحية؛ واعتماد وتنفيذ استراتيجية وطنية للصحة العامة وخطة للعمل تبدّدان المخاوف الصحية لجميع السكان[٩]. ومن بين الالتزامات ذات الأهمية المماثلة الالتزامات المرتبطة بتوفير الرعاية الصحية للأطفال والتعليم والمعلومات الصحية، وتوفير التدريب المناسب للعاملين في القطاع الصحي، بما في ذلك تثقيفهم بشأن الصحة وحقوق الإنسان[١٠]. وتنطبق هذه الالتزامات الأساسية بنفس القدر على الصحة العقلية وعلى الصحة البدنية.

٩- ويدعو النهج القائم على حقوق الإنسان المستمد من هذه المعايير الدول إلى أن تحرص على توفير مرافق وسلع وخدمات صحية كافية وجعلها متاحة وميسورة دون تمييز. ويجب أيضاً أن تستوفي هذه المرافق والسلع والخدمات شروطاً من جملتها أن تراعي الفوارق بين الجنسين، وأن تكون مناسبة علمياً وطبياً، وأن تكون ذات نوعية جيدة، وأن تتقيد بالأخلاقيات الطبية، مثل احترام الاستقلالية والقدرة على الفعل دون تمييز. وثمة سمة أصيلة في الحق في الصحة ينبغي إتاحتها للمصابين بأمراض عقلية وسواهم من المستفيدين من خدمات الصحة العقلية من خلال عمليات شفافة هي المشاركة الحقيقية لجميع الجهات صاحبة المصلحة، لا سيما المتأثرة منها، في القرارات والسياسات المتعلقة بالصحة[١١]. ويشمل ذلك اتخاذ إجراءات مجتمعية فعالة لتحديد الأولويات، واتخاذ القرارات، والتخطيط، وتنفيذ الاستراتيجيات وتقييمها لتحسين الصحة[١٢]، بما فيها الصحة العقلية. وينبغي أن تكون السلطات الصحية وغيرها من الجهات المسؤولة خاضعة للمساءلة عن مدى وفائها بالتزاماتها المتصلة بحقوق الإنسان في مجال الصحة العامة، بطرق منها إمكانية التماس سبل انتصاف فعالة عبر آليات الشكاوى أو غيرها من وسائل الجبر.

---

(٧) المرجع نفسه، الفقرة ٨.

(٨) انظر E/CN.4/2005/51، الفقرة ٤١.

(٩) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٤٣.

(١٠) المرجع نفسه، الفقرة ٤٤.

(١١) انظر A/60/348، الفقرة ٥٧.

(١٢) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الفقرة ٥٤.

١٠- واستُكمل الإطار القانوني الرسمي بالالتزامات السياسية التي قُطعت في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، لا سيما الهدف ٣ الذي يرمي إلى ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار. ويتناول المقصد ٣-٤ تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين. وتندرج الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك، في المقصد ٣-٥، في حين أن مقاصد أخرى، مثل تلك المتعلقة بتحقيق التغطية الشاملة ومكافحة التبغ، تركز على مجالات ذات وجاهة واضحة، حتى وإن لم يُشَر تحديداً إلى الصحة العقلية.

رابعاً- التحديات التي تؤثر في حقوق الإنسان في مجال الصحة العقلية

١١- تشير التقديرات الحالية إلى أن شخصاً من أصل أربعة أشخاص سيصابون بأمراض عقلية طيلة حياتهم[١٣]. ومع ذلك، فإن قرابة ثلثي المصابين بأمراض عقلية لن يلتمسوا العلاج لأمراضهم[١٤]. ويعاني المصابون بأمراض عقلية أيضاً بأمراض بدنية كثيرة للغاية مقارنة بغيرهم لأسباب متعددة[١٥]. وأحد الأسباب الهامة أن الصحة العقلية المتدهورة من العوامل المهيِّئة لمشاكل صحية جسدية. وثمة عامل آخر هو "التشخيص المغلوط"، حيث تُعزى أعراض اعتلال الصحة البدنية خطأً إلى أمراض عقلية، ومن ثم فهي إما لا تعالج علاجاً مناسباً أو تُتجاهل كلياً[١٦]. ويعد الوصم أيضاً محدداً أساسياً لجودة الرعاية وللحصول على المجموعة الكاملة من الخدمات التي لا بد منها للمصابين بأمراض عقلية الذين يعانون أيضاً من مشاكل صحية جسدية[١٧]. وتبين الدراسات أن متوسط العُمْر المتوقع للمصابين بأمراض عقلية منخفض جداً مقارنة بسائر الناس، إذ يقدر الانخفاض بـ ٢٠ سنة بالنسبة إلى الرجال و١٥ سنة بالنسبة إلى النساء[١٨]. ففي بعض البلدان، يعني عدم وجود رعاية صحية عقلية مجتمعية أن الرعاية الوحيدة

---

(١٣) يمكن الاطلاع على Jessica Mackenzie and Christie Kesner, "Mental health funding and the SDGs. What now and who pays?" Overseas Development Institute (2016), p. 9, and WHO mental health fact sheet (April 2016) بالنقر على الرابط التالي: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/.

(١٤) WHO, Mental disorders affect one in four people www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.

(١٥) WHO, "Mental health action plan 2013-2020", para. 11.

(١٦) Royal College of Psychiatrists, "Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health", occasional paper OP88, (2013), p. 28.

(١٧) انظر David Lawrence and Rebecca Coghlan, "Health inequalities and the health needs of people with mental illness", *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 13, No. 7 (July 2002).

(١٨) Kristian Wahlbeck and others, "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders", *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, No. 6 (December 2011). انظر أيضاً Stephen C. Newman and Roger C. Bland, "Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, No. 4 (June 1991).

المتاحة هي في مصحّات الأمراض النفسية، التي تقترن بانتهاكات صارخة لحقوق الإنسان، بما فيها المعاملة وظروف المعيشة اللاإنسانية والمهينة[١٩].

ألف- تجربة الإصابة بأمراض عقلية

١- الحواجز التي تعيق التمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والمحدّدات الأساسية للصحة العقلية

١٢- لئن كانت الإحصاءات مهمة لفهم نطاق التحديات التي تطرحها الإصابة بأمراض عقلية، فإن الفرد هو من ينبغي أن يظل محور الخطاب بشأن هذه المسائل. ويشكل التهميش الماضي والحالي للصحة العقلية في السياسات العامة، إلى حد بعيد، تجربة الإصابة بأمراض عقلية. ويتجلى ذلك في ميادين شتى، منها الحياة الاجتماعية، وعدم المساواة في الحصول على الفرص، والنسبة الكبيرة للغاية للمصابين بأمراض عقلية بين الفقراء[٢٠]. والحقيقة أن من أهم التحديات المواجهة حالياً في مجال الصحة وحقوق الإنسان رفع مستوى تمتع الفقراء بالحق في الصحة[٢١].

١٣- إن الصحة العقلية ليست مجرد مسألة صحية. فهناك علاقة وثيقة بين الصحة العقلية والفقر، وبين الإصابة بأمراض عقلية والصعوبات الاقتصادية الناجمة عن ضعف إعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مثل الحق في التعليم والعمل والسكن والغذاء والماء[٢٢]. وهذه الحقوق وغيرها هي أيضاً محددات أساسية للصحة العقلية؛ ومن ثم فإن مدى إعمالها يؤثر في التمتع بالحق في الصحة العقلية. ثم إن عدم اعتماد نهج سياساتي يراعي هذه المحددات ومحددات أخرى للصحة العقلية يعد أيضاً عائقاً كبيراً أمام إعمال الحق في الصحة العقلية.

١٤- وقال المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة إن "الاتجاه للحد من أهمية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أدى، ولا يزال يؤدي، إلى توليفة ضارة تجمع بين الفقر وأوجه عدم المساواة وعدم التمكين فيما يخص مجموعات كبيرة من السكان الذين يعانون، نتيجة لذلك من تدني أوضاعهم الصحية ومواجهة عقبات تحول دون حصولهم على خدمات الرعاية الصحية"[٢٣]. وتحد حالة تعطيل وتقييد الالتحاق بالتعليم، التي يعاني منها المصابون بأمراض عقلية، على سبيل المثال، من الفرص المتاحة للحصول على المؤهلات التي من شأنها أن تيسر

---

(١٩) انظر A/HRC/22/53، الفقرات ٥٩ و٦٣-٧٠.

(٢٠) انظر Florida Council for Community Mental Health, "Mental illness and poverty: a fact sheet" (January 2007)، على الرابط التالي: www.fccmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPovery.pdf. انظر أيضاً Sally McManus and others "Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey", NHS Information Centre for Health and Social Care (2009).

(٢١) انظر A/HRC/4/28، الفقرة ٢٠.

(٢٢) A/HRC/29/33، الفقرة ٢٨.

(٢٣) المرجع نفسه، الفقرة ٥٣.

العمل بأجر. ثم إن صعوبة الحصول على عمل والاحتفاظ به أو دَرّ دخل بطريقة أخرى يؤثر سلباً في القدرة على الحصول على السكن اللائق والاحتفاظ به. وإن أخذ هذه التحديات مجتمعةً يديم التفاوت الاجتماعي ويؤثر تأثيراً مدمّراً وثابتاً في التمتع بالحق في مستوى معيشي لائق، ومن ثم في الصحة العقلية وتلقّي الخدمات الصحية.

٢- الوصم والتمييز

١٥- كثيرةٌ هي المعتقدات السلبية حول الأمراض العقلية، مثل كونها دليلاً على ضعف شخصي أو أنها آتية من السحر أو من ظواهر روحية أو غيبية[٢٤]. وإلى جانب القوالب النمطية الضارة العميقة الجذور بشأن المصابين بأمراض عقلية أو مَن يُتصور أنهم مصابون بها، بما في ذلك الاعتقاد بأنهم عاجزون عن الفعل في القرارات التي تؤثر فيهم أو المساهمة بإيجابية في المجتمع، كانت هذه المفاهيم المغلوطة مسؤولة إلى حد كبير عن وجود الوصم والتمييز وإدامتهما.

١٦- وهذا التنميط والتحيز والوصم أمور موجودة في كل مجالات الحياة، بما فيها الوسط الاجتماعي والتعليمي وأماكن العمل ومؤسسات الرعاية الصحية، وتؤثر هذه الأمور تأثيراً بالغاً في النظرة إلى الفرد، وكذلك في احترام الفرد لذاته. ثم إن عدم تدريب العاملين في ميدان الصحة العقلية بصورة منهجية على حقوق الإنسان وطريقة تطبيقها على الصحة العقلية وعدم توعيتهم بهذه الحقوق يسمح باستمرار الوصم في المؤسسات الصحية، الأمر الذي يعرض الرعاية للخطر. وعن الحصول على الرعاية الصحية، كثيراً ما تتضمن خطط التأمين الطبي شروطاً تنطوي على تمييز في حق المصابين بأمراض عقلية. فالأنصبة المقررة أو الشروط القائمة من قبل، على سبيل المثال، قد تجرّدهم من أهلية الحصول على تغطية صحية كاملة، استناداً إلى تشخيص لمرض عقلي.

٣- انعدام الموافقة الحرة والمستنيرة

١٧- وكما لاحظ المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، ليست الموافقة الواعية قبول تدخل طبي فحسب وإنما قرار طوعي ومستنير على نحو كافٍ، يحمي حق المريض في المشاركة في اتخاذ القرار الطبي، وإلقاء ما يرتبط بذلك من واجبات والتزامات على عاتق مقدمي الرعاية الصحية[٢٥]. ولكي تكون الموافقة صحيحة، ينبغي أن تكون طوعية وتستند إلى معلومات كاملة عن طبيعة العلاج وآثاره ومزاياه ومخاطره، وعن أي ضرر مرتبط به، وعن توافر بدائل[٢٦]. ويشير العلاج القسري إلى تدبير الإجراءات الطبية أو العلاجية دون موافقة الشخص. فالعلاج الذي يُعطى، على سبيل المثال،

(٢٤) WHO and World Organization of Family Doctors, *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, p. 168.

(٢٥) انظر A/64/272، الفقرة ٩.

(٢٦) المرجع نفسه، الفقرة ١٥.

بناء على بيانات كاذبة سيكون علاجاً قسرياً، وكذلك العلاج الذي يعطى تحت التهديد، أو دون موافقة تامة، أو لأسباب طبية مريبة[٢٧]. وضمان الموافقة المستنيرة سمة أساسية من سمات احترام استقلالية الفرد وحرية إرادته وكرامته الإنسانية[٢٨].

باء- التحديات البنيوية المنطبقة على الصحة العقلية

١٨- يخوّل الحق في الصحة أصحاب الحقوق نظاماً صحياً يدعم بلوغ أعلى مستوى من الصحة. وتكتسي الشواغل المحددة أدناه أهمية خاصة في سياق هذا المعيار ولتوافر خدمات الصحة العقلية ومقبوليتها وسهولة الحصول عليها وجودتها.

١- الحد الأقصى من الموارد المتاحة

١٩- رغم تأثير الأمراض العقلية في الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، فإن الموارد المالية والبشرية غير مستثمَرة في الصحة العقلية بما يكفي. فالإنفاق السنوي العالمي على الصحة العقلية يبلغ أقل من دولارين اثنين لكل فرد وأقل من ٠,٢٥ دولاراً للفرد في البلدان المنخفضة الدخل[٢٩]. وهذا يؤثر في تقديم الخدمات، لأنه يُطلب من عدد قليل من الموظفين، غير المدربين تدريباً كافياً في كثير من الأحيان، لا سيما في مجال حقوق الإنسان، تقديم خدمات تتوافق مع معايير حقوق الإنسان. ويضاف إلى ذلك أن النسبة الأكبر من معظم ميزانيات الصحة العقلية عادة ما تُرصد لمصحات الأمراض النفسية[٣٠]. وهذا الاستثمار المستمر من قبل الحكومات في المؤسسات، مثل مصحات الأمراض النفسية، غالباً ما يقترن بعدم الاستثمار في خدمات الصحة العقلية المجتمعية وخدمات دعمها، التي ترسّخت على نطاق واسع باعتبارها ممارسات جيدة، كما يرد أدناه بمزيد من التوضيح. ويقوض تخصيص الموارد غير المناسب وسوء القرارات المتخذة بشأن استعمالها توافر خدمات الصحة العقلية ومقبوليتها وسهولة الحصول عليها وجودتها. ويخالفان من جهة أخرى مقتضيات المادة ٢(١) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التي تستلزم من الدول الأطراف أن تسخّر أقصى قدر من مواردها المتاحة للإعمال التدريجي للحقوق التي يقرّها العهد، بما فيها الحق في الصحة.

٢- توفير الخدمات بطريقة منفصلة

٢٠- رغم إحراز تقدم على مدى العقود القليلة الأخيرة، لا يزال فَصْلُ خدمات الصحة العقلية ومَرْكزتها في محيط مصحات ومؤسسات الأمراض النفسية يطرح تحدياً في بعض الجوانب

(٢٧) European Agency for Fundamental Rights, "Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems" (2012), pp. 44-47.

(٢٨) انظر A/64/272، الفقرة ١٨.

(٢٩) انظر WHO, "Mental health action plan 2013-2020", para. 14.

(٣٠) WHO, Mental Health Atlas 2014, p. 9.

الهامة. ثم إن عدم إدماج خدمات الصحة العقلية المتعددة التخصصات في الرعاية الأولية يجعل نهج "الشخص كَكُلّ" غاية في الصعوبة. ولا يوجد في العديد من البلدان خدمات للصحة العقلية في العيادات المحلية والمستشفيات العامة، الأمر الذي يُجبر سكان المناطق النائية على السفر مسافات طويلة، وبتكلفة مرتفعة في كثير من الأحيان. وحيثما قُدمت الرعاية الصحية العقلية وخدمات الدعم في النظم المنفصلة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، كان خطر انتهاك حقوق الإنسان أكبر(٣١).

٣- تقييم الصحة العقلية

٢١- يشير مفهوم المساواة في التقدير، في سياق الصحة، إلى تقييم الصحة العقلية على قدم المساواة مع الصحة البدنية(٣٢). ومن الناحية المعيارية، لا يوجِد الإطار الذي يكرس الحق في الصحة هَرَميةً تحتل فيها الصحة العقلية مرتبة أدنى من الصحة البدنية. وتدعو العلاقة الوطيدة بين الصحة البدنية والصحة العقلية إلى انتهاج نهج يمنح نفس القيمة لكلتيهما؛ ومع ذلك يظل المنظور السائد هو عدم المساواة في التقدير، حيث تحظى الصحة البدنية بالتفضيل. لذلك توجد تفاوتات من جملتها أنه لا يُرصد للصحة العقلية سوى قليل من الموارد المالية والبشرية؛ والغالب أن كثيراً من مرافق الصحة العقلية في طريقها إلى التداعي، علماً بأن معايير النظافة فيها متدنية ووسائل الراحة قليلة. وهناك أيضاً ثغرات كبيرة في البيانات والبحوث في مجال الصحة العقلية، خاصة ما يرتبط بتحديد حالة حقوق الإنسان للمصابين بأمراض عقلية والمنتفعين من خدمات الصحة العقلية، وآثار التدابير السياساتية.

خامساً- النهج القائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة في سياق الصحة العقلية

٢٢- تنتهج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نهجاً يقوم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة وتحل محل تطورات "القانون غير الآمر" الدولي، بما في ذلك مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية. وهي تعكس أحدثَ المعايير الدولية لحقوق الإنسان المتعلقة بحقوق ذوي الإعاقات النفسية - الاجتماعية.

٢٣- ويستوجب النهج القائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة، إضافة إلى مبادئ أخرى، التطبيق اللامشروط لمبدأ عدم التمييز في حق ذوي الإعاقات. ولا يجوز أن تبرر أي أوصاف أخرى مقترنة بعاهة تقييد حقوق الإنسان. فعلى سبيل المثال، لا ينبغي سلب ذوي الإعاقات النفسية - الاجتماعية حريتهم تعسفاً بسبب عاهاتهم، بما في ذلك بحجة أنهم

(٣١) انظر E/CN.4/2005/51، الفقرة ٨.

(٣٢) Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality”, p. 20.

يشكلون خطراً مزعوماً على أنفسهم أو على الغير[٣٣]. وينبغي أن تعتمد سياسة الصحة العقلية وتدمج هذا النهج وتحترز من خفض المعايير.

٢٤- وتتحايل ممارسات واسعة الانتشار على نهج المساواة الجوهرية لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية في الأماكن العامة والخاصة، بما في ذلك عدم توفير ترتيبات تيسيرية معقولة، أي التعديلات والترتيبات اللازمة والمناسبة التي لا تفرض عبئاً غير متناسب أو غير ضروري، والتي يُحتاج إليها في حالة محددة، كي يتمتع ذوو الإعاقات، على أساس المساواة مع الآخرين، بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو ممارستها[٣٤]. وقد لا تعترف بهم نظم تحديد الإعاقة أو إقرارها، حيثما وُجدت، على أنهم أشخاص ذوو إعاقة، الأمر الذي قد يؤدي إلى استبعادهم من نظم الضمان الاجتماعي الخاصة بالإعاقة.

ألف- المساواة في الاعتراف أمام القانون

٢٥- تؤكد المادة ١٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حق ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية في المساواة في الاعتراف أمام القانون بإقرارها حقهم في ممارسة الأهلية القانونية على قدم المساواة مع غيرهم. وفي مجال الصحة العقلية، تؤدي الأهلية القانونية دوراً مهماً في ممارسة الموافقة الحرة والمستنيرة. ولا تزال العديد من القوانين الوطنية تجيز حرمان ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية من أهليتهم القانونية، الأمر الذي يحول دون اتخاذ قراراتهم بأنفسهم. وتسمح نظم اتخاذ القرار البديلة هذه للغير عموماً بموافقة أطراف ثالثة على العلاج أو قبول العلاج نيابة عن الشخص المعني.

٢٦- وينبغي للدول أن تلغي الأطر القانونية التي تجيز لمتخذي القرارات بالوكالة الموافقة نيابة عن ذوي الإعاقات وتعتمد نهج اتخاذ القرار بنظام المساعدة، موفرةً إياه لمن يطلبونه. وينبغي لمقدمي الخدمات الصحية التماس موافقة الشخص المعني الحرة والمستنيرة بجميع الوسائل الممكنة[٣٥].

٢٧- ويعد الامتثال للمعايير المتعلقة بسهولة الحصول على المعلومات والاتصالات في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة شرطاً مسبقاً أساسياً لممارسة الأهلية القانونية والموافقة الحرة والمستنيرة. فعلى سبيل المثال، غالباً ما لا تكون المعلومات المتصلة بالعلاجات والآثار الجانبية متوفرة بلغة برايل أو لغة الإشارة أو أساليب الاتصال البديلة الأخرى. وإذا كان يمكن للخدمات الصحية أن تتقدم تدريجياً بالامتثال لمتطلبات تيسير الحركة، فإنها غير ملزمة فوراً بتوفير ترتيبات تيسيرية معقولة[٣٦].

---

(٣٣) انظر CRPD/C/DNK/CO/1، الفقرة ٣٦ وCRPD/C/SWE/CO/1، الفقرة ٣٥.

(٣٤) اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المادة ٢.

(٣٥) انظر اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ١(٢٠١٤) بشأن الاعتراف على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون، الفقرة ٤١.

(٣٦) انظر A/HRC/34/26، الفقرة ٣٣.

٢٨- وقد يكون من الصعب في بعض الحالات تحديد إرادة الشخص المعني. وينبغي تعزيز أدوات من قبيل التوجيهات المسبقة أو التوكيلات الرسمية وصياغتها بوضوح لمنع سوء التفاهم أو تعسّف من ينفذونها. وحتى عندما تكون تلك الأدوات سارية، يجب دوماً أن يحتفظ ذوو الإعاقات النفسية - الاجتماعية بحقهم في تغيير رأيهم، وينبغي لمقدمي الخدمات أن يستمروا في التماس موافقتهم المستنيرة. ورأت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أنه ينبغي أن يكون مفهوماً، في كل الحالات، أن المادة ١٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تحظر التوسل بمبدأ "المصالح الفضلى" للفرد عندما يتعلق الأمر ببالغين ذوي إعاقات[٣٧]. ويجب بذل جهود كبيرة لتحديد إرادة الفرد وأفضلياته وضمان توفير جميع الترتيبات التيسيرية والدعم ومختلف طرق الاتصال وجعلها في المتناول. وحيثما استُنفدت جميع السبل، وظلت إرادة الفرد غير محددة، لَزِم إقرار "أفضل تفسير لإرادة الفرد وأفضلياته" وتنفيذه بحسن نية[٣٨].

باء- الحظر المطلق لسلب الحرية بسبب العاهات

٢٩- تكرس المادة ١٤ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حظراً مطلقاً على سلب الحرية بسبب العاهات، الأمر الذي يستبعد الإيداع والعلاج دون موافقة[٣٩]. ويجسد هذا الحكم النهج غير التمييزي الذي تكفله الاتفاقية بخصوص حق الشخص في الحرية وفي الأمان على نفسه. وما فتئت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تؤكد بوضوح النهج غير التمييزي في التعامل مع الحق في الحرية، الذي يكرس الحظر الصريح لسلب الحرية بسبب العاهات، سواء أكان مقترناً بعوامل أخرى أم لا.

٣٠- ولا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية - الاجتماعية يودعون قسراً في مؤسسات، حسبما تجيزه القوانين المدنية وقوانين الصحة العقلية في العديد من البلدان. ومتى سُلبت حريتهم، أُخضعوا عادة للعلاج القسري، وقد تُعرِّض ظروف المعيشة وترتيباتها سلامتهم البدنية والعقلية للخطر. ويتعاظم خطر تعرض الأطفال والبالغين المحتجزين في مؤسسات للعنف والإيذاء، بما في ذلك الاستغلال الجنسي والاتجار[٤٠]. ووجد المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب

(٣٧) انظر اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ١، الفقرة ٢١.

(٣٨) المرجع نفسه، الفقرة ٢١.

(٣٩) انظر اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المبادئ التوجيهية بشأن المادة ١٤ من الاتفاقية، الفقرتان ٦ و١٠.

(٤٠) انظر، على سبيل المثال، Disability Rights International and the Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, "Abandoned and disappeared: Mexico's segregation and abuse of children and adults with disabilities" (2010). انظر أيضاً Disability Rights International, "No justice: torture, trafficking and segregation in Mexico" (2015)؛ و "Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia" (2013)؛ و "International collaboration for inclusion: a study funded by the United States Department of State" (2014). على الرابط التالي: www.driadvocacy.org.

وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة أن الأطفال الذين يخضعون للرعاية الداخلية أو المؤسسية أكثر عرضة لصدمات الصحة العقلية، والعنف والإيذاء، وأن الآلام والمعاناة النفسية الحادة التي يسببها الفصل قد تبلغ حد سوء المعاملة أو التعذيب[٤١]. وفي خارج المؤسسات، ينتهك استعمال أوامر العلاج المجتمعي أو العلاج الخارجي الإلزامي، حتى وإن فُرض داخل المجتمع المحلي، حق الشخص في الحرية والأمان لأن تدابير من هذا القبيل تفرض العلاج والتهديد بالاحتجاز عند الرفض.

٣١- وينتهك الإيداع القسري في مؤسسة حق الفرد في الحرية والأمان على شخصه، أي عدم حبس بدنه وعدم إصابته بضرر بدني أو عقلي، على التوالي[٤٢]. وهو يُعد بمثابة انتهاك للحق في العيش في مأمن من التعذيب وسوء المعاملة[٤٣]، ومن الاستغلال والعنف والإيذاء، والحق في السلامة الشخصية. وينبغي للدول الأطراف أن تلغي التشريعات والسياسات التي تبيح أو تديم الإيداع القسري، بما في ذلك فرضه بوصفه تهديداً، وينبغي أن توفر سبل انتصاف وجبر فعالة للضحايا[٤٤].

٣٢- ومن المعتاد أن يَحْرم القانون الجنائي والإجراءات الجنائية الأشخاص ذوي الإعاقة المحاكمةَ وفق الأصول القانونية إذ يعتبَرون غير مؤهلين لتحمل المسؤولية الجنائية و/أو غير قادرين عليها، الأمر الذي يؤدي إلى سلبهم حريتهم بسبب عاهاتهم، بما في ذلك من خلال إحالة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية – الاجتماعية إلى مؤسسات الطب الشرعي. وما انفكت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ترى أن ذلك ينكر الحقوق في المحاكمة العادلة، ويُعد بمثابة احتجاز تعسفي، وغالباً ما يؤدي إلى عواقب أشد من العقوبات الجنائية، مثل الاحتجاز إلى أجل غير مسمى في مرافق للصحة العقلية.

جيم- العلاج القسري: الإكراه على تناول الأدوية، والجرعات المفرطة من الأدوية، والممارسات الضارة أثناء سلب الحرية

٣٣- تتعارض العديد من الممارسات داخل مصحّات الأمراض العقلية أيضاً مع المواد ١٥ و١٦ و١٧ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. والعلاج القسري والممارسات الضارة الأخرى، مثل الحبس الانفرادي، والتعقيم القسري، واستخدام القيود، والإكراه على تناول الأدوية، والجرعات المفرطة من الأدوية (بما في ذلك الأدوية التي تُعطى بذرائع كاذبة ودون الإفصاح عن المخاطر) أمور لا تنتهك الحق في الموافقة الحرة والمستنيرة فحسب، بل تشكل سوء

(٤١) A/HRC/28/68.

(٤٢) انظر اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم ٣٥(٢٠١٤) بشأن حق الفرد في الحرية وفي الأمان على شخصه، الفقرة ٣.

(٤٣) انظر A/63/175، الفقرتان ٤٧ و٦٥.

(٤٤) انظر، على سبيل المثال، CRPD/C/CZE/CO/1، الفقرة ٣٣؛ وCRPD/C/DEU/CO/1، الفقرة ٣٤(ج)؛ وCRPD/C/KOR/CO/1، الفقرة ٣٢، وA/HRC/30/37، الفقرة ١٠٧(و).

معاملة وقد تُعد بمثابة تعذيب[٤٥]. وعلى ذلك، دعت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى إلغاء جميع أنواع العلاج القسري، واعتماد تدابير تكفل أن تنبني الخدمات الصحية، بما فيها جميع خدمات الصحة العقلية، على موافقة الشخص المعني الحرة والمستنيرة[٤٦]. وحثت اللجنة أيضاً على القضاء على العزل وتقييد الحركة، بدنياً ودوائياً[٤٧].

سادساً- آفاق المستقبل

٣٤- ليست الصحة العقلية مجرد هاجس صحي أو طبي، بل هي، إلى حد بعيد، قضية من قضايا حقوق الإنسان والكرامة والعدالة الاجتماعية. وتشير لمحة عامة عن التحديات التي يواجهها الأشخاص المصابون بأمراض عقلية والأشخاص ذوو الإعاقة النفسية - الاجتماعية إلى ضرورة إحداث تغييرات في النهوج الحالية المتعلقة بحماية حقوقهم وكيفية تطبيق هذه الحماية في السياسة العامة. والسبيل إلى ذلك هو الاعتراف بأن الأفراد المعنيين، بمن فيهم الأطفال، لديهم قدرة على الفعل، وحرية إرادة، وحقوق ينبغي حمايتها واحترامها.

٣٥- وتشمل الفروع التالية من التقرير توصيات باتخاذ إجراءات لتنفيذ التغييرات اللازمة للتصدي للتحديات المحددة. وهي منظمة، من الناحية الهيكلية، حول إدراج نهج يقوم على حقوق الإنسان، وممارسات جيدة، ودعم تقني، وبناء القدرات، وإن كان هدفها الجامع هو، في نهاية المطاف، حماية حقوق الجماعات المحددة في قرار المجلس ١٨/٣٢.

ألف- النهج القائم على حقوق الإنسان

١- جمع البيانات

٣٦- جمع البيانات النوعية والكمية الشامل مكوّن حيوي في النهج القائم على حقوق الإنسان. وفي سياق الصحة العقلية، ينبغي أن يركز جمع البيانات، في جملة أمور، على تخصيص الموارد، والتفاوت في الحصول على الرعاية والدعم الصحيين، وتحديد أكثر الناس ضعفاً وتهميشاً، وأنماط التمييز، والحصول على عمل، والسكن والتعليم، والوضع الاجتماعي - الاقتصادي العام للأشخاص المنتفعين من خدمات الصحة العقلية. وينبغي أن تكون البيانات مصنفة حسب العمر والجنس والوضع الاجتماعي - الاقتصادي والإعاقة وعوامل أخرى، حسب السياق الوطني، وينبغي استخدامها في توجيه عملية صوغ السياسات والتشريعات ووضع استجابات فعالة.

---

(٤٥) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٥٠، واللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ١، الفقرتان ٣٧ و٤١، وA/HRC/22/53، الفقرة ٦٣.

(٤٦) انظر، على سبيل المثال، CRPD/C/ESP/CO/1، الفقرة ٣٦؛ وCRPD/C/HUN/CO/1، الفقرة ٢٨، وCRPD/C/AUT/CO/1، الفقرة ٣١.

(٤٧) انظر، على سبيل المثال، CRPD/C/AUT/CO/1، الفقرة ٣٣؛ وCRPD/C/MEX/CO/1، الفقرة ٣٢؛ وCRPD/C/DNK/CO/1، الفقرة ٣٩.

٢- تهيئة بيئة قانونية وسياساتية مواتية للتمتع بالحقوق

٣٧- قليلةٌ هي البلدان التي لديها إطار قانوني ملائم يحمي حقوق المنتفعين بخدمات الصحة العقلية أو المصابين بأمراض عقلية أو ذوي الإعاقة النفسية - الاجتماعية. وبالنظر إلى الأثر المباشر للقوانين والسياسات المتعلقة بإعمال حقوق الإنسان، من الضروري إيجاد بيئة قانونية وسياساتية تسندها، علماً بأن التزام الدول باحترام الحقوق وحمايتها وإعمالها يستوجبه.

٣٨- ويعد إجراء استعراض شامل للقوانين والسياسات قصد تحديد مدى تمتع المصابين بأمراض عقلية، والمنتفعين من خدمات الصحة العقلية، وذوي الإعاقة النفسية - الاجتماعية، بحقوقهم الإنسانية، داخل نظام الصحة العقلية وفي السياق الاجتماعي العام، خطوة أولى أساسية لتهيئة بيئة مواتية. وينبغي تقييم استعراض السياسات والقانون مقارنة بمعايير حقوق الإنسان المبينة في هذا التقرير، وينبغي على وجه التحديد أن يتضمن تركيزاً على المحددات الأساسية للصحة العقلية. وينبغي أن تمثل الإجراءات المستمدة من الاستنتاجات ذات الصلة جزءاً من استراتيجية وخطة وطنيتين بشأن الصحة العقلية تدعم تنفيذهما موارد كافية.

٣٩- وفي أعقاب هذا التقييم القائم على حقوق الإنسان، ينبغي للدول أن تحدّث أو تلغي، حسب الاقتضاء، جميع القوانين القائمة، بما فيها التشريعات المتعلقة بالعمالة، والمساواة وعدم التمييز، والضمان الاجتماعي، والإسكان، والتعليم، لضمان عدم تعرض المصابين بأمراض عقلية للتمييز وتمتعهم الفرص على قدم المساواة مع غيرهم.

٤٠- ويستلزم النهج القائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة العقلية الاهتمام بمحدداته الأساسية التي تشمل، كما ذُكر سابقاً، العنف والإيذاء، والتجارب السلبية في مرحلة الطفولة، والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة، وما إذا كانت هناك علاقات داعمة ومتسامحة في الأسرة وفي أماكن العمل وأماكن أخرى. ويشمل التعامل مع هذه المحددات ومحددات أخرى إجراءات منسقة على نطاق الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة بغية تحقيق اتساق السياسات وتوفير الحماية الكاملة لحقوق المصابين بأمراض عقلية، على النحو المبين في هذا الفرع.

٤١- وتشمل التدخلات الأخرى إصدار قوانين وسياسات ترمي إلى ما يلي:

(أ) التصدي للوصم والتمييز والقضاء عليهما؛

(ب) حماية مبدأ الموافقة الحرة والمستنيرة للعلاج، وحظر العلاج والاحتجاز القسريين؛

(ج) حماية الأفراد من انتهاكات حقوق الإنسان في أماكن الرعاية الصحية؛

(د) حظر اللجوء إلى جميع أشكال اتخاذ القرار بالوكالة؛

(هـ) ضمان توفير الخدمات والدعم للمصابين بأمراض عقلية ولذوي الإعاقة النفسية - الاجتماعية، بمن فيهم من يقبعون في السجون وغيرها من مرافق الاحتجاز، وتيسير حصولهم عليها؛

(و) ضمان الوصول السريع إلى العدالة حيثما انتُهكت حقوق الإنسان.

٤٢- وفيما يتعلق بالصحة العقلية والإعاقة على وجه التحديد، ينبغي لقوانين الصحة العقلية، حيثما وُجدت، أن تتفادى تنظيم الأهلية القانونية أو الحق في الحرية والأمان أو جوانب أخرى من القانون تخضع لعقوبات تُدرج في صلب التشريعات العامة. وينبغي، في جميع الحالات، أن تكون القوانين واللوائح متوافقة مع المواد ٥ و١٢ و١٣ و١٤ و١٥ و١٦ و١٧ و٢٥ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، من بين أحكام أخرى، وينبغي: (أ) أن تحظر سلب الحرية تعسفاً بسبب العاهات، بغض النظر عن أي تبرير مزعوم يستند إلى الحاجة إلى توفير "الرعاية" أو لأنه "يشكل خطراً على نفسه أو على الغير"؛ (ب) أن تكفل حق الفرد في الموافقة الحرة والمستنيرة في جميع الحالات بالنسبة إلى كل أنواع العلاج والقرارات المرتبطة بالرعاية الصحية، بما في ذلك توافر شتى أساليب ووسائل الاتصال والمعلومات والدعم لإعمال هذا الحق وقابلية الوصول إليها؛ (ج) أن تضع وتعتمد وتدرج في الإطار القانوني، وفقاً لمعايير الاتفاقية، ممارسة اتخاذ القرارات المدعوم، والتوجيهات المسبقة ومبدأ "أفضل تفسير لرغبات [الشخص المعني] وأفضلياته" عند الضرورة القصوى.

٣- المشاركة

٤٣- إن للمشاركة الكاملة للمجتمعات المحلية المتأثرة في رسم السياسات العامة وتنفيذها ورصدها تأثيراً إيجابياً في النتائج الصحية وفي إعمال حقوقها الإنسانية. ويدعم تأمين مشاركتها وضعَ الاستجابات المناسبة للسياق ويضمن فعالية السياسات[٤٨]. والمشاركة في سنّ القوانين ورسم السياسات في مجال الصحة العقلية عادة ما كانت تُوجَّه للمهنيين الصحيين. ونجم عن ذلك عدم مراعاة هواجس المستفيدين والمصابين بأمراض عقلية وذوي الإعاقة النفسية - الاجتماعية في كل الأحوال، واستمرت الممارسات الضارة وأضفيت عليها الصبغة المؤسسية في القوانين والسياسات.

٤٤- ولذلك، ينبغي للدول أن تحرص على أن يشارك المنتفعون من خدمات الصحة العقلية، والمصابون بأمراض عقلية، وذوو الإعاقة النفسية - الاجتماعية، مشاركة فاعلة في كل مراحل التخطيط والتنفيذ، كما تنص المادة ٤(٣) من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكما توصي اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم ١٤ (الفقرة ٥٤). ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي للدول أن تُقْدر المنتفعين والمصابين بأمراض عقلية وذوي الإعاقة النفسية - الاجتماعية على المشاركة والمطالبة بحقوقهم. وستشمل استراتيجية فعالة التثقيف والتوعية، وضمان وضع آليات للمشاركة شفافة وفي المتناول أو ترسيخها على صعيد المجتمعات المحلية وعلى المستويَين الوطني ودون الوطني[٤٩].

(٤٨) انظر Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, "Non-discrimination in HIV responses" (June 2010), paras. 18-22.

(٤٩) Jyoti Sanghera and others, "Human rights in the new Global Strategy", *BMJ* (September 2015).

٤- الموارد

٤٥- جاء فيما سلف أن النفقات الحالية على الصحة العقلية أقل بكثير مما يجب لتلبية الحاجة ولا تستوفي الشرط الوارد في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والقاضي باستخدام أقصى قدر من الموارد المتاحة. ولمعالجة هذه المسألة، ينبغي إيلاء الأولوية لرسم استراتيجيات وخطط للصحة العقلية تقوم على حقوق الإنسان وتوفير الموارد الكافية لها بالاستناد إلى استعراض القوانين والسياسات الموصى به أعلاه. وينبغي أن توجَّه الموارد إلى ما يلي، في جملة أمور: (أ) رفع مستوى جودة الرعاية الصحية، إضافة إلى ضمان التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية؛ (ب) تحسين ظروف العمل للعاملين في مجال الصحة العقلية؛ (ج) تعزيز تدريب القوة العاملة في مجال الصحة، بما في ذلك على حقوق الإنسان؛ (د) ضمان توفير المجموعة الكاملة من خدمات الدعم؛ (هـ) تحقيق المساواة بين الخدمات الصحية العقلية والبدنية في جميع المجالات، بما في ذلك تخصيص الموارد والبحوث والبيانات؛ (و) خدمات الصحة العقلية في حالات الطوارئ؛ (ز) خدمات الصحة العقلية المجتمعية؛ (ح) تعزيز الصحة العقلية[٥٠]؛ (ط) ضمان سبل الحصول على التعليم، والسكن اللائق، ودعم الحصول على عمل والاحتفاظ به، والضمان الاجتماعي.

٤٦- ويتمثل مبدأ شامل ينبغي أن تستنير به السياسات في هذا المجال في واجب الدول أن تستثمر الموارد في الممارسات التي تصون حقوق الإنسان وتعتمد معيار التقييم "عدم إلحاق الضرر" لتحاشي المزيد من انتهاكات حقوق الإنسان. فتخصيص الموارد للممارسات القائمة في مجال الصحة العقلية، التي تتعارض مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، قد يوسع حقاً نطاق الآثار التي تُحْدثها الممارسات الضارة.

٥- المساءلة

٤٧- يعتمد أي إطار للمساءلة على الرصد والاستعراض والتدابير العلاجية والإجراءات التصحيحية بالاستناد إلى مؤشرات قائمة على حقوق الإنسان ومحددة السياق[٥١]. وينبغي أن يكون هدف المساءلة ونتيجتها في الوقت نفسه تمكين المنتفعين والمصابين بأمراض عقلية وذوي الإعاقة النفسية – الاجتماعية، بوسائل منها التدابير القانونية والسياساتية لكفالة مشاركتهم في تحديد الأولويات ووضع السياسات، والتنفيذ والاستعراض، وضمان الاستفادة من التدابير العلاجية عند الاقتضاء[٥٢].

(٥٠) Mackenzie and Kesner, “Mental health funding and the SDGs”, p. 12.

(٥١) Independent Accountability Panel, “2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health” (2016), pp. 9-11.

(٥٢) Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health, “Keeping promises, measuring results” (2011), p. 7.

٤٨- ويُعتبر تيسير سبل الوصول إلى العدالة، وفقاً للمادة ١٣ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، عاملاً أساسياً لضمان جبر الأضرار الناجمة عن انتهاكات حقوق الإنسان، بما فيها الاحتجاز التعسفي بسبب العاهات، والتعويض عنها. وينبغي توفير سبل انتصاف فعالة، متاحة بسرعة، للتصدي لسلب الحرية والتمسك بمبدأ الموافقة المستنيرة على العلاج الطبي. وينبغي للقانون أن يلغي ويحظر الممارسات التي تَحرم فعلاً من الحقوق في محاكمة عادلة (مثل الحرمان من الأهلية القانونية عن طريق اشتراط وجود وصي يتصرف نيابة عن الشخص المعني) أو التي قد تمنع من الوصول إلى سبل الانتصاف القانونية (مثل التمثيل القانوني الإلزامي).

٤٩- وتدعو المادة ١٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى إنشاء آليات رصد مستقلة لجميع الخدمات والمرافق التي تقدم خدمات للأشخاص ذوي الإعاقة لمنع الاستغلال والعنف والاعتداء. وينبغي أن تضم هذه الآليات المنظمات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة والمجتمع المدني، وأن تكون قادرة على الوصول إلى المؤسسات ورصدها في الوقت الذي تنتقل فيه الدول إلى إلغاء الرعاية المؤسسية. وينبغي لدَور الرصد هذا أن يمتد إلى خدمات الصحة العقلية والمجتمعية للتأكد من أنها تؤدي إلى الإدماج والمشاركة والتمتع الكامل بالحقوق على قدم المساواة مع الغير. وعند كشف التجاوزات في المؤسسات، ينبغي للدول، عملاً بالمادة ١٦ من الاتفاقية، أن تتخذ التدابير المناسبة لـ "تشجيع استعادة الأشخاص ذوي الإعاقة عافيتهم البدنية والإدراكية والنفسية، وإعادة تأهيلهم، وإعادة إدماجهم في المجتمع عندما يتعرضون لأي شكل من أشكال الاستغلال أو العنف أو الاعتداء".

٥٠- ومن التدابير الأخرى لتوطيد المساءلة استحداث عمليات وآليات شفافة وجامعة تقوم على المشاركة وذات ولاية تخوّلها التوصية باتخاذ وإنفاذ إجراءات علاجية، في كل من النظامين الصحي والقضائي. وتشمل هذه الآليات والعمليات المحاكم أو الهيئات شبه القضائية وغير القضائية، وآليات الشكوى في إطار النظام الصحي، والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، ورابطات المعايير المهنية[٥٣].

باء- الممارسات الجيدة

١- الرعاية الصحية العقلية المبنية على التعافي

٥١- ينبغي أن يشمل تقديم الخدمات المجتمعية في مجال الصحة العقلية نهجاً يقوم على التعافي ويركز على دعم المصابين بأمراض عقلية في تحقيق تطلعاتهم وأهدافهم[٥٤]. ويتمحور النهج القائم على التعافي في معالجة الصحة العقلية على مكامن قوة الشخص وعلى تيسير سبل الدعم الذي يحتاجه، ويتضمن فهماً للصدمات، ويشرك الأشخاص الذين عاشوا تجارب في ميدان الصحة العقلية في إسداء الخدمات. ويتطلب هذا النهج "الاستماع إلى فهم الأفراد لحالتهم والاستجابة له وما يساعدهم على التعافي [و] العمل مع الناس بوصفهم شركاء متساوين في رعايتهم"[٥٥].

(٥٣) Sanghera and others "Human rights in the new Global Strategy".

(٥٤) WHO, "Mental health action plan", para. 50.

(٥٥) المرجع نفسه.

٥٢- ونظراً للعلاقة الوثيقة بين الإصابة بأمراض عقلية والصدمات، ينبغي أن تكون جميع خدمات الصحة العقلية "مراعيةً للصدمات" ومُعَدّة لاجتناب معاودة الصدمات، وينبغي أن يكون الموظفون مدربين على تَعَرُّف الممارسات التي قد تؤدي إلى استعادة المصابين بصدمات ذكريات مؤلمة وصدمهم مجدداً وأن يمتنعوا عن الأخذ بتلك الممارسات[٥٦].

٥٣- وأخيراً، يُعد المصابون بأمراض عقلية أَخْبَرَ الخبراء في تعافيهم وفي مساعدة غيرهم على التعافي. ويوفر العمال النظراء بعضهم لبعض الدعم والإحساس بالانتماء، إضافة إلى خبراتهم، ومن ثم خفض عدد حالات الدخول غير الضرورية، ويُعتبر استعمالها أمراً محورياً في الرعاية الصحية العقلية[٥٧].

٢- الخدمات المجتمعية

٥٤- أوصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية في متناول يد جميع فئات السكان، لا سيما الفئات الضعيفة أو المهمشة منها، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة[٥٨]. وتبين الأدلة أن توفير خدمات متعددة التخصصات منزوعٍ عنها الصبغة الطبية في المجتمعات المحلية يمكّن المنتفعين من أن يظلوا على صلة بأُسرهم، ويحتفظوا بوظائفهم، ويبقوا عموماً وثيقي الصلة بشبكات الدعم التي تسهل العلاج المبكر والتعافي. ومن المعتاد أن تُقدَّم خدمات الصحة العقلية، خاصة في البلدان الأكثر تقدماً، وأكثر فأكثر في البلدان النامية، داخل نُظم متخصصة تتمركز حول مستشفيات الأمراض النفسية، حيث لا تزال توجد ممارسات عديدة تتعارض مع معايير اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ولتأمين الحق في حصول المصابين بأمراض عقلية وذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية على الخدمات، ينبغي للدول أن تكفل توافر العلاج القائم على التعافي في المجتمعات المحلية وفي نظام الرعاية الأولية.

٣- إلغاء الرعاية المؤسسية

٥٥- إن تنفيذ المادة ١٩ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بشأن الحق في العيش المستقل والإدماج في المجتمع أمر أساسي لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية. ويتسق نهج التعافي مع الغرض من دعمهم في جميع مناحي حياتهم، ونمائهم الشخصي، وممارستهم استقلالهم، ومشاركتهم واندماجهم في المجتمع.

---

(٥٦) United States Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach” (July 2014), p. 10.

(٥٧) انظر WHO, “Mental health action plan”, para. 50.

(٥٨) انظر التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ١٢(ب).

٥٦- والتأكد من أن الأشخاص ذوي الإعاقة يختارون المكان الذي يعيشون فيه ومع من يعيشون وتدعيم استقلاليتهم يرسّخ اندماجهم في المجتمع. والإيداع في المؤسسات واتخاذ ترتيبات العيش في مؤسسات، سواء في مرافق كبيرة أو في منازل جماعية صغيرة، يُعدان بمثابة فصل ويتعارضان مع الإدماج في المجتمع. وقد أعربت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة مراراً وتكراراً عن قلقها من إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة ومن قلة خدمات الدعم في المجتمع، وأوصت بإعمال خدمات الدعم وتنفيذ الاستراتيجيات الفعالة لإلغاء الرعاية المؤسسية بالتشاور مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة[٥٩].

٥٧- ويستلزم إلغاء الرعاية المؤسسية الفعال إدراك أن الحق في العيش في المجتمع يتجاوز مجرد إمكانية وصول الأشخاص إلى موقع مادي في المجتمع المحلي[٦٠]. ويجب إتاحة الدعم الاجتماعي لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية في الوقت نفسه، بما في ذلك السكن المدعوم والمنطوي على مساعدة، والرعاية الصحية، ونظم التصدي للأزمات، ودعم الدخل، ودعم الشبكات الاجتماعية، والحصول على التعليم والعمل[٦١]. والشبكات الاجتماعية، ودعم الأقران، ودوائر الدعم، ودعم المجتمع المحلي أمور قيّمة، لا سيما للتصدي للأزمات والطوارئ؛ ويجب الاعتراف بها ودعم تطويرها.

٤- الأطفال

٥٨- يعيش ما لا يقل عن ٨ ملايين طفل في مؤسسات[٦٢]. وقد أفاد المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية بأن الرعاية المؤسسية في مرحلة الطفولة المبكرة تحدث من الآثار الضارة بحيث ينبغي اعتبارها شكلاً من أشكال العنف بالأطفال الصغار[٦٣]. ووفقاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان ومعايير الممارسة الجيدة، ينبغي للدول ما يلي: (أ) أن تضع حداً لإيداع جميع الأطفال في مؤسسات، سواء أكانوا ذوي إعاقة أم لا؛ (ب) أن تفرض وقفاً مؤقتاً على قبول أطفال جُدد ذوي إعاقة في المؤسسات[٦٤]؛ (ج) أن تحمي حق الأطفال ذوي الإعاقة في العيش في مجتمعاتهم المحلية وحق جميع الأطفال في النمو في أُسرة[٦٥]؛ (د) أن تبحث عن بدائل في إطار عائلي آخر بدلاً من أي شكل من

(٥٩) انظر، على سبيل المثال، CRPD/C/ESP/CO/1، الفقرتان ٣٥ و٣٦؛ وCRPD/C/CHN/CO/1، الفقرة ٢٦؛ وCRPD/C/ARG/CO/1، الفقرة ٢٤.

(٦٠) المرجع نفسه.

(٦١) WHO and World Bank, *World Report on Disability* (2011), p. 148.

(٦٢) انظر A/61/299، الفقرة ٥٥.

(٦٣) انظر A/70/213، الفقرة ٧٣.

(٦٤) United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children*, p. 80.

(٦٥) انظر مثلاً CRPD/C/GTM/CO/1 وCRPD/C/CZE/CO/1.

أشكال الرعاية المؤسسية للأطفال الذين يجب نقلهم من أُسرهم[٦٦]؛ (هـ) أن توفر رعاية بديلة، وفق ما تنص المادة ٢٣(٥) من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "داخل الأسرة الكبيرة، أو داخل المجتمع المحلي في إطار عائلي إن تعذّر ذلك"[٦٧]، في الحالات التي يكون فيها الأهل عاجزين عن رعاية الطفل؛ (و) أن تضمن تركيز إلغاء الرعاية المؤسسية في حالة الأطفال على إعادة إدماجهم في أسرة بدلاً من مؤسسة أصغر.

٥- الحق في مستوى معيشي مناسب

٥٩- يكتسي الإسكان وسياسات الضمان الاجتماعي، المنصوص عليهما في المادتين ١٩ و٢٨ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، أهمية أساسية لضمان مستوى معيشي مناسب لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية. وتؤثر المساعدة المقدمة للإسكان والأسرة وللقضاء على الفقر وسوء التغذية والإقصاء الاجتماعي تأثيراً إيجابياً عاماً على الصحة البدنية والعقلية لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية. وينبغي للدول، بالتوازي مع هذه التدابير، أن تشجع إدماج ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية في سوق العمل المفتوحة بحيث يتسنى لهم الحصول على دخل. وينبغي للدول أيضاً أن تذكي الوعي وتقدم إرشادات تقنية والدعم بشأن كيفية توفير ترتيبات تيسيرية معقولة لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية في أماكن العمل.

جيم- الدعم التقني وبناء القدرات

٦٠- توفر المادة ٢-١ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمادة ٣٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أهم القواعد المعيارية للدعم التقني وبناء القدرات في مجال الصحة العقلية. وعلى الدول، بمقتضى العهد، أن تتخذ إجراءات عن طريق المساعدة والتعاون الدوليين، خاصة التعاون الاقتصادي والتقني، قصد إعمال الحق في الصحة بالتدريج. وكما أشارت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يقع على عاتق الدول القادرة على المساعدة التزام خاص بتقديم مساعدتها إلى البلدان الأخرى.

٦١- وعن ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية، تكتسي التدابير والأنشطة التالية أهمية حاسمة في تدعيم المساعدة التقنية وبناء القدرات على الصعيد الوطني. وتستوجب تلك التدابير والأنشطة ممن جرّبوا إعاقات نفسية – اجتماعية والمنظمات التي تمثلهم أن ينخرطوا بنشاط ويشاركوا ويتَدخّلوا ويساهموا بفاعلية:

(أ) الدعم التقني للبلدان من أجل وضع وتنفيذ السياسات والخطط والقوانين والخدمات التي تعزز حقوق ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية وتحميها تمشياً مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛

---

(٦٦) Eric Rosenthal, “A mandate to end placement of children in institutions and orphanages: the duty of governments and donors to prevent segregation and torture (2017). على الرابط التالي: https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf.

(٦٧) المرجع نفسه.

(ب) بناء قدرات العاملين في مجال الصحة العقلية، وذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية، والأسر، ومقدمي الرعاية والجهات الداعمة الأخرى، والمجتمع المدني، والمحامين، والقضاة، والشرطة، والمرشدين الاجتماعيين، وغيرهم من أجل تعزيز نهج يقوم على حقوق الإنسان والأهلية القانونية والتعافي في ميدان الصحة العقلية انسجاماً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومعايير دولية أخرى لحقوق الإنسان؛

(ج) الإرشادات التقنية الشاملة للبلدان، التي تحدد الخدمات والدعم المجتمعيَّين القائمين والناشئين اللذين يلبيان احتياجات ذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية وتَصِفُهما وتقيّمهما، وتتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(د) دعم إنشاء منظمات يقودها ذوو إعاقات نفسية – اجتماعية وتوطيدها، وتيسير الحوار مع الحكومات لتسهيل إدماجهم وإشراكهم في عمليات صنع السياسات؛

(هـ) التصدي لإدامة الفصل، الذي قد يتخذ شكل تمويل مؤسسات جديدة أو تجديد المرافق القائمة، من خلال إنهاء تخصيص الموارد لهذه المجالات. وينبغي استخدام التمويل في مساعدة الأسر لتتجنب إيداع الأطفال في المؤسسات، وإنشاء نظم دعم مجتمعي لذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية.

سابعاً– الاستنتاجات

٦٢- **يقع المنتفعون من خدمات الصحة العقلية والمصابون بأمراض عقلية وذوو الإعاقات النفسية – الاجتماعية عند ملتقى العديد من أوجه الضعف، خاصة تلك الناجمة عن الفقر والوصم والتمييز والعزلة الاجتماعية والفصل. ويستلزم انتهاج نهج شامل لمعالجة أوضاع حقوقهم الإنسانية حماية استقلاليتهم وكرامتهم وقدرتهم على الفعل، إضافة إلى حقوق إنسانية أخرى تكفلها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في جملة صكوك. ويستلزم أيضا تحولات في السياسات تعترف بالإقصاء والتهميش أسباباً ونتائجَ للصحة العقلية المتدهورة وتأخذ على محمل الجد الالتزام الوارد في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ كي لا يتخلف أحد عن الركب والوصول إلى من هم أكثر تخلفاً عن الركب في المقام الأول. لذلك، ينبغي للدول، عند وفائها بالتزامها بتحقيق الإعمال التام لحقوق المصابين بأمراض عقلية والمنتفعين من خدمات الصحة العقلية وذوي الإعاقات النفسية – الاجتماعية، أن توائم السياسات والإطار القانوني مع معايير حقوق الإنسان، وترسم استراتيجيات وخططاً قائمة على الحقوق وتنفذها، وتتبادل الخبرات التقنية وموارد أخرى، مثل معايير الممارسة الجيدة.**