



Assemblée générale

Distr. générale
31 janvier 2017
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-quatrième session

27 février-24 mars 2017

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Santé mentale et droits de l'homme

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

Résumé

Le présent rapport, demandé par le Conseil des droits de l'homme dans sa résolution 32/18, recense quelques-uns des principaux problèmes rencontrés par les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial, tels que la stigmatisation et la discrimination, la violation des droits économiques, sociaux et autres, le déni d'autonomie et la privation de la capacité juridique.

Dans le présent rapport, le Haut-Commissaire recommande de procéder à un certain nombre de réorientations qui faciliteraient pour ces populations le plein exercice de tous les droits de l'homme – il s'agirait, par exemple, de prendre systématiquement en considération les droits de l'homme dans les politiques et de reconnaître l'autonomie, la capacité d'agir et la dignité de chaque individu. Ce changement d'orientation s'appuierait sur des mesures visant à améliorer la qualité de la prestation des services de santé mentale, à mettre fin au traitement sans consentement et au placement en institution, et à créer un environnement juridique et politique propice à la réalisation des droits de l'homme des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Terminologie et historique	3
III. Cadre du droit à la santé	4
IV. Enjeux de la santé mentale et conséquences sur les droits de l'homme	6
A. Vivre avec des troubles mentaux	6
B. Enjeux systémiques de la santé mentale	8
V. L'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale	9
A. Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité	10
B. Interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap	11
C. Traitement forcé : médication forcée, surmédication et pratiques préjudiciables au cours de la privation de liberté	12
VI. Orientations à suivre	12
A. Approche fondée sur les droits de l'homme	13
B. Bonnes pratiques	17
C. Assistance technique et renforcement des capacités	19
VII. Conclusions	20

I. Introduction

1. Le 1^{er} juillet 2016, le Conseil des droits de l'homme a adopté la résolution 32/18 relative à la santé mentale et aux droits de l'homme, dans laquelle il priait le Haut-Commissaire d'établir un rapport sur l'intégration d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale et la réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial, notamment celles qui utilisent des services de santé mentale et des services communautaires, et de lui soumettre ce rapport à sa trente-quatrième session. Le Conseil précisait que le rapport devrait recenser les problèmes actuels et les bonnes pratiques naissantes, faire des recommandations à cet égard, et proposer des moyens d'améliorer l'assistance technique et le renforcement des capacités, en tenant compte des activités et des expériences dans ce domaine.

2. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a invité diverses parties prenantes, dont les États Membres, les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales, les organes conventionnels des droits de l'homme, l'Organisation mondiale de la Santé et des organisations de la société civile, à présenter des communications. Au total, le HCDH a reçu 40 communications, dont 18 émanaient d'États Membres¹. Bien que le Haut-Commissaire ne les mentionne pas, les communications de particuliers ont été d'une aide précieuse dans les travaux de recherche sur lesquels le présent rapport se fonde, en particulier, en ce qui concerne les enjeux et les recommandations.

3. Compte tenu de la portée de la résolution et de l'ampleur des programmes relatifs aux droits de l'homme, à la santé mentale et au handicap, le présent rapport s'attache surtout à donner un aperçu de quelques-uns des principaux problèmes rencontrés par les groupes de population qui sont visés dans la résolution, du cadre normatif applicable à leurs droits fondamentaux, et des politiques et pratiques susceptibles de contribuer à la pleine réalisation de ces droits. Il contient aussi des recommandations concernant ces questions ainsi que le renforcement des capacités et l'appui technique.

II. Terminologie et historique

4. Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'homme². La santé correspond à « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. Pour sa part, la santé mentale peut se définir comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »⁴. Dans le cas des enfants et des adolescents, la santé mentale

¹ Les communications reçues venaient des États Membres suivants : Allemagne, Arabie saoudite, Australie, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Colombie, Égypte, Guatemala, Hongrie, Irlande, Jamaïque, Monaco, Oman, Pays-Bas, Portugal, Qatar, République de Moldova et Serbie.

² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 1.

³ Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), préambule.

⁴ Voir <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

renvoie à la capacité d'atteindre et de maintenir un fonctionnement et un bien-être psychologiques optimaux⁵.

5. Il convient de bien distinguer les trois groupes de population visés dans la résolution 32/18, à savoir : les usagers des services de santé mentale (c'est-à-dire les usagers réels ou potentiels de services de santé mentale et de services communautaires) ; les personnes présentant un trouble mental ; et les personnes présentant un handicap psychosocial (c'est-à-dire les personnes qui, même si elles ne se considèrent pas comme présentant un trouble mental ou qu'elles n'ont pas reçu un diagnostic en ce sens, sont empêchées d'exercer pleinement leurs droits et de participer à la société, en raison d'une incapacité réelle ou supposée). Ces catégories ne sont pas toujours étanches : il est possible qu'un usager des services de santé mentale présente un trouble mental, et que des personnes présentant un trouble mental rencontrent des restrictions ou des obstacles à leur pleine participation à la société. Il importe que l'appartenance à tel ou tel groupe ne détermine ni n'amenuise la protection des droits reconnus par le droit des droits de l'homme, notamment ceux qui sont consacrés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

III. Cadre du droit à la santé

6. Le droit à la santé est reconnu, explicitement ou implicitement, dans plusieurs instruments relatifs aux droits de l'homme, dont 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) ; art. 11, par. 1, al. f) et par. 2) ; art. 12 ; art. 14, par. 2, al. b)). Il s'agit d'un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé⁶. En matière de santé mentale, une situation socioéconomique précaire, des violences et des mauvais traitements, une enfance difficile, des troubles du développement dans la petite enfance ou l'absence de relations fondées sur l'encouragement et la tolérance dans le cercle familial, le milieu professionnel ou d'autres cadres sont autant de facteurs déterminants.

7. Le droit à la santé suppose des libertés (par exemple, le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps, le droit à l'intégrité, le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement médical) et des droits (par exemple, le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, dans des conditions d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible)⁷. Si, par manque de ressources, le droit à la santé est assujéti à une réalisation progressive, l'élément de liberté du droit à la santé n'est assujéti ni à une réalisation progressive, ni à une contrainte de ressources⁸.

8. Les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ont l'obligation fondamentale d'assurer la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits. Appliquée au droit à la santé, cette obligation fondamentale consiste à garantir le droit d'accès aux équipements, aux produits et aux services sanitaires sans discrimination

⁵ Afrique du Sud, Département de la santé, *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health* (2001), p. 4.

⁶ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 4 et 11.

⁷ Ibid., par. 8.

⁸ Voir E/CN.4/2005/51, par. 41.

aucune, notamment aux groupes vulnérables ou marginalisés ; assurer l'accès à une alimentation suffisante et sûre sur le plan nutritionnel ; assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement ; donner accès aux médicaments essentiels ; veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ; et adopter et mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, qui répondent aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé⁹. S'y ajoute l'obligation, tout aussi importante, d'offrir des soins de santé infantile, de pourvoir à l'éducation et à l'accès à l'information dans le domaine de la santé, et de fournir une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme¹⁰. Ces obligations fondamentales s'appliquent autant à la santé mentale qu'à la santé physique.

9. L'approche fondée sur les droits de l'homme qui découle de ces obligations impose aux États de faire en sorte que les équipements, les produits et les services de santé mentale soient disponibles en quantité suffisante et soient accessibles et abordables, dans des conditions d'égalité. Ces équipements, produits et services doivent notamment être appropriés sur le plan scientifique et médical, de bonne qualité, conformes à l'éthique médicale – par exemple, en garantissant l'autonomie et la capacité d'agir, sans discrimination – et tenir compte de la différence entre les sexes. La participation active de toutes les parties prenantes à l'ensemble des décisions et des politiques relatives à la santé, en particulier, celles qui les concernent, fait partie intégrante du droit à la santé et devrait être garantie aux personnes présentant un trouble mental et aux autres usagers des services de santé mentale, par le biais de procédures transparentes¹¹. Cela suppose d'associer effectivement la collectivité à la définition des priorités, à la prise de décisions, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie visant à améliorer la situation en matière de santé¹², y compris la santé mentale. Les autorités sanitaires et les autres porteurs de devoirs devraient avoir à répondre du respect des obligations de santé publique qui relèvent des droits de l'homme ; par exemple, il devrait être possible de former des recours utiles par le biais de mécanismes de plaintes ou d'user d'autres voies pour obtenir réparation.

10. À ce cadre juridique officiel se sont ajoutés les engagements politiques pris au titre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier, l'objectif n° 3, qui est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge. La cible 3.4 consiste à réduire le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et à promouvoir la santé mentale et le bien-être. La cible 3.5, qui concerne la prévention et le traitement de l'abus de substances psychotropes, notamment de stupéfiants et d'alcool, ainsi que d'autres cibles, comme celles relatives à la couverture sanitaire universelle et à la lutte antitabac, ont un intérêt évident sur le plan de la santé mentale, même si celle-ci n'est jamais explicitement mentionnée.

⁹ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43.

¹⁰ Ibid., par. 44.

¹¹ Voir A/60/348, par. 57.

¹² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 54.

IV. Enjeux de la santé mentale et conséquences sur les droits de l'homme

11. On estime actuellement qu'une personne sur quatre dans le monde présentera des troubles mentaux à un moment ou un autre de sa vie¹³. Cependant, près des deux tiers des personnes qui présentent un trouble mental ne cherchent pas à se soigner¹⁴. Ces personnes sont en outre en bien plus mauvaise santé physique, et ce, pour diverses raisons¹⁵. D'abord, une mauvaise santé mentale prédispose à des problèmes de santé physique. Ensuite, du fait du « masquage diagnostique », les symptômes de maladies physiques sont attribués, à tort, aux troubles mentaux et, par voie de conséquence, ne sont pas correctement traités ou sont totalement négligés¹⁶. La stigmatisation est un autre facteur qui détermine sensiblement la qualité des soins et l'accès aux services dont bénéficient les personnes présentant des troubles mentaux et physiques¹⁷. Les études réalisées montrent que les personnes qui présentent un trouble mental ont une espérance de vie beaucoup plus courte que le reste de la population ; l'écart est estimé à vingt ans pour les hommes et à quinze ans pour les femmes¹⁸. Dans certains pays, l'absence de structures sanitaires de proximité cantonne les soins de santé mentale dans les établissements psychiatriques – situation qui donne lieu à de graves violations des droits de l'homme, notamment à des conditions de vie et à des traitements inhumains et dégradants¹⁹.

A. Vivre avec des troubles mentaux

1. Les obstacles à l'exercice des droits économiques et sociaux et les déterminants fondamentaux de la santé mentale

12. Si les statistiques sont importantes pour mesurer l'ampleur des problèmes qui se posent dans le domaine de la santé mentale, l'individu doit rester au centre des débats sur le sujet. La vie des personnes qui présentent un trouble mental est déterminée, dans une large mesure, par la place marginale que la santé mentale a toujours occupée dans les politiques publiques. Cette marginalisation est notamment visible dans la vie sociale, dans l'inégalité des chances et dans la surreprésentation des personnes ayant un trouble mental dans les populations pauvres²⁰. De fait, l'un des plus grands enjeux actuels, sur le plan de la santé et

¹³ Jessica Mackenzie et Christie Kesner, "Mental health funding and the SDGs. What now and who pays?", Overseas Development Institute (2016), p. 9, et Aide-mémoire de l'OMS sur les troubles mentaux (avril 2016), disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>.

¹⁴ OMS, Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux, http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/.

¹⁵ OMS, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », par. 11.

¹⁶ Royal College of Psychiatrists, "Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health", occasional paper OP88, (2013), p. 28.

¹⁷ Voir David Lawrence et Rebecca Coghlan, "Health inequalities and the health needs of people with mental illness", *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 13, No. 7 (juillet 2002).

¹⁸ Kristian Wahlbeck *et al.*, "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders", *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, No. 6 (décembre 2011). Voir aussi Stephen C. Newman et Roger C. Bland, "Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, No. 4 (juin 1991).

¹⁹ Voir A/HRC/22/53, par. 59 et 63 à 70.

²⁰ Voir Florida Council for Community Mental Health, "Mental illness and poverty: a fact sheet" (janvier 2007), disponible à l'adresse www.fcmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPoverty.pdf. Voir aussi Sally McManus *et al.*, "Adult psychiatric morbidity in England, 2007 - Results of a household survey", NHS Information Centre for Health and Social Care (2009).

des droits de l'homme, est de permettre aux personnes en situation de pauvreté de mieux exercer leur droit à la santé²¹.

13. La question de la santé mentale n'est pas seulement d'ordre sanitaire. Il existe une forte corrélation entre la santé mentale et la pauvreté, et entre les troubles mentaux et les difficultés économiques résultant d'une réalisation insuffisante des droits économiques, sociaux et culturels, tels que les droits à l'éducation, au travail, au logement, à l'alimentation et à l'eau²². Ces droits, ainsi que d'autres, sont également des déterminants fondamentaux, en ce sens que leur degré de réalisation influe sur l'exercice du droit à la santé mentale. De même, l'adoption de politiques qui ne prennent pas en considération les déterminants susmentionnés ni d'autres facteurs analogues compromet sérieusement la réalisation du droit à la santé mentale.

14. Selon le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, la « tendance à réduire l'importance des droits économiques, sociaux et culturels s'est soldée jusqu'à présent par une conjonction d'effets préjudiciables - pauvreté, inégalités et aliénation – pour de larges secteurs de la population, qui souffrent en conséquence d'un mauvais état de santé et d'un accès restreint aux services de santé »²³. Bon nombre des personnes qui présentent un trouble mental interrompent leurs études ou ont un accès limité à l'éducation, ce qui réduit leurs chances d'obtenir les qualifications susceptibles de leur assurer un emploi rémunéré. Comme elles peinent à obtenir et à conserver un emploi ou à se procurer une autre source de revenu, elles sont aussi moins à même d'obtenir et de conserver un logement convenable. Cette conjonction de facteurs perpétue les inégalités sociales et a des conséquences désastreuses et durables sur l'exercice du droit à un niveau de vie suffisant et, partant, sur la santé mentale et l'accès aux services sanitaires.

2. Stigmatisation et discrimination

15. Les troubles mentaux font l'objet de nombreux préjugés : on les considère notamment comme un signe de faiblesse personnelle, ou on les rattache à des actes de sorcellerie ou à des phénomènes spirituels ou surnaturels²⁴. Ces idées fausses ainsi que les stéréotypes tenaces sur les personnes qui présentent un trouble mental ou qui sont perçues comme telles, y compris la certitude qu'elles ne sont pas capables d'exercer leur libre arbitre pour les décisions les concernant ou de contribuer utilement à la vie sociale, expliquent en grande partie la stigmatisation et la discrimination dont elles continuent de faire l'objet.

16. Ces stéréotypes et ces préjugés, et la stigmatisation qui en découle, sont présents dans tous les aspects de la vie (relations sociales, éducation, travail, santé) et influent profondément sur la perception des autres et sur l'estime de soi. Le personnel psychiatrique ne bénéficiant pas toujours d'activités de formation et de sensibilisation aux droits de l'homme dans le cadre de la santé mentale, la stigmatisation perdure dans les structures de santé, au détriment de la qualité des soins. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, les régimes de couverture médicale contiennent souvent des dispositions qui soumettent les personnes présentant un trouble mental à une discrimination indirecte. Par exemple, l'obtention d'une couverture médicale complète pourra être subordonnée à l'état de santé ou aux antécédents médicaux, si bien que les personnes pour lesquelles un diagnostic de trouble mental a été posé risquent de ne pas pouvoir en bénéficier.

²¹ Voir A/HRC/4/28, par. 20.

²² A/HRC/29/33, par. 28.

²³ Ibid., par. 53.

²⁴ OMS et Organisation mondiale des médecins de famille, *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, p. 168.

3. Absence de consentement libre et éclairé

17. Comme l'a fait observer le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le consentement éclairé n'est pas seulement l'acceptation d'une intervention médicale, mais également une décision volontaire et suffisamment étayée, protégeant le droit du patient d'être associé à la prise de décisions médicales et imposant des devoirs et des obligations aux prestataires de soins²⁵. Pour être valide, le consentement doit avoir été donné volontairement et en toute connaissance de la nature, des conséquences, des avantages et des risques du traitement, des effets indésirables qui lui sont associés et des autres traitements possibles²⁶. Le traitement sans consentement se rapporte à la pratique d'interventions médicales ou thérapeutiques sans le consentement du patient. Par exemple, un traitement administré en faisant valoir des assertions inexactes constituerait un traitement sans consentement, tout comme un traitement administré sous la menace, sans pleinement informer le patient ou pour des raisons médicales douteuses²⁷. Pour respecter l'autonomie d'un individu, son droit à l'autodétermination et sa dignité, il est essentiel de garantir un consentement éclairé²⁸.

B. Enjeux systémiques de la santé mentale

18. Les titulaires du droit à la santé sont admis à bénéficier d'un système sanitaire qui leur permettra de jouir du meilleur état de santé possible. À cet égard et aux fins de la disponibilité, de l'acceptabilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé mentale, les préoccupations mentionnées ci-après méritent une attention particulière.

1. Maximum des ressources disponibles

19. Malgré les répercussions des troubles mentaux aux niveaux individuel, familial et communautaire, les moyens humains et financiers mobilisés en faveur de la santé mentale sont insuffisants. De fait, les dépenses qui lui sont consacrées chaque année sont inférieures à deux dollars par personne au niveau mondial et à 0,25 dollar par personne dans les pays à faible revenu²⁹. La prestation des services s'en ressent, car il revient à un personnel peu nombreux et souvent insuffisamment formé, notamment aux questions des droits de l'homme, de fournir des services conformes aux normes dans ce domaine. De plus, les hôpitaux psychiatriques sont généralement les principaux bénéficiaires des dépenses publiques de santé mentale³⁰. Ce flux constant d'argent public à destination d'institutions telles que les hôpitaux psychiatriques s'accompagne souvent d'un défaut de financement des services et des aides de proximité, alors qu'il est communément établi que les investissements dans ce domaine relèvent des bonnes pratiques, comme cela sera expliqué en détail plus loin. La mauvaise répartition des ressources et les décisions peu judicieuses qui sont prises quant à leur affectation nuisent à la disponibilité, à l'acceptabilité, à l'accessibilité et à la qualité des services de santé mentale. En outre, elles vont à l'encontre des dispositions du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui engage chacun des États parties à agir, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte, y compris le droit à la santé.

²⁵ Voir A/64/272, par. 9.

²⁶ Ibid., par. 15.

²⁷ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « Placement involontaire et traitement involontaire des personnes souffrant de troubles mentaux » (2012), p. 49 à 52.

²⁸ Voir A/64/272, par. 18.

²⁹ Voir OMS, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », par. 14.

³⁰ OMS, Atlas de la santé mentale 2014, p. 9.

2. Ségrégation des services

20. En dépit des progrès accomplis au cours de ces dernières décennies, la ségrégation des services de santé mentale et leur polarisation autour des institutions et des hôpitaux psychiatriques continuent de poser problème à certains égards non négligeables. Faute de services interdisciplinaires de santé mentale dans les établissements de soins primaires, il est très difficile d'adopter une approche qui tienne compte de la personne dans son intégralité. Dans de nombreux pays, les services de santé mentale sont totalement absents des dispensaires locaux et des hôpitaux généraux, ce qui oblige les personnes habitant dans des zones reculées à parcourir de longues distances, souvent à grands frais. Lorsque les services de santé mentale et d'appui sont dispensés dans le cadre de systèmes et d'institutions de protection sociale séparés, le risque de violation des droits de l'homme est plus élevé³¹.

3. Valoriser la santé mentale

21. Dans le domaine de la santé, on entend par « égalité de considération » le fait d'accorder la même importance à la santé mentale qu'à la santé physique³². Sur le plan normatif, le cadre qui établit le droit à la santé ne crée pas une hiérarchie dans laquelle la santé mentale passerait après la santé physique. La santé physique et la santé mentale sont intimement liées et, à ce titre, doivent se voir accorder la même importance. Or, c'est une relation inégalitaire, où la préférence est donnée à la santé physique, qui demeure la norme. Il en résulte, entre autres disparités, que moins de ressources humaines et financières sont affectées à la santé mentale et que bon nombre d'établissements de santé mentale sont vétustes, moins bien équipés et moins conformes aux normes d'hygiène. Les données et les études font aussi cruellement défaut dans le domaine de la santé mentale, notamment en ce qui concerne la situation des personnes présentant un trouble mental et des usagers des services de santé mentale au regard des droits de l'homme ou les effets des mesures appliquées.

V. L'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale

22. La Convention relative aux droits des personnes handicapées adopte une approche du handicap qui est fondée sur les droits de l'homme et se substitue aux dispositions du droit international non contraignant qui l'ont précédée, notamment les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale. Elle s'appuie sur les normes internationales relatives aux droits de l'homme les plus avancées concernant les droits des personnes présentant un handicap psychosocial.

23. L'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme exige, outre d'autres principes, l'application sans conditions du principe de non-discrimination à l'égard des personnes handicapées. Aucun qualificatif associé au handicap ne saurait justifier une restriction des droits de l'homme. À titre d'exemple, les personnes présentant un handicap psychosocial ne devraient pas être arbitrairement privées de leur liberté en raison de leur déficience, pas même au motif qu'elles pourraient constituer un danger pour elles-mêmes ou pour autrui³³. Les politiques de santé mentale devraient être fondées sur cette approche et l'intégrer. Elles devraient également constituer un rempart contre tout abaissement des normes.

³¹ Voir E/CN.4/2005/51, par. 8.

³² Royal College of Psychiatrists, "Whole-person care: from rhetoric to reality", p. 20.

³³ Voir CRPD/C/DNK/CO/1, par. 36, et CRPD/C/SWE/CO/1, par. 35.

24. Certaines pratiques généralisées contournent l'approche fondée sur l'égalité de fait des personnes présentant un handicap psychosocial dans le domaine public comme dans le domaine privé, notamment celle qui consiste à manquer à l'obligation de procéder à des aménagements raisonnables, c'est-à-dire aux modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales³⁴. Les dispositifs de détermination ou d'attestation du handicap, lorsqu'ils existent, ne reconnaissent pas toujours le statut de personne handicapée des personnes présentant un handicap psychosocial, qui risquent de ce fait d'être exclues des régimes de protection sociale prévus pour les personnes handicapées.

A. Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité

25. L'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées affirme le droit des personnes présentant un handicap psychosocial à la reconnaissance de leur personnalité juridique dans des conditions d'égalité, et leur droit d'exercer leur capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres. Dans le domaine de la santé mentale, la capacité juridique joue un rôle important dans l'exercice d'un consentement libre et éclairé. De nombreuses législations nationales prévoient encore le déni de la capacité juridique aux personnes présentant un handicap psychosocial et empêchent ces personnes de prendre leurs propres décisions. Ces régimes de prise de décisions substitutive autorisent généralement des tiers à donner leur consentement à un traitement ou à une prise en charge en vue d'un traitement au nom de la personne concernée.

26. Les États devraient abroger les dispositions juridiques qui autorisent ceux qui prennent des décisions substitutives à donner leur consentement au nom d'une personne handicapée, et instaurer la prise de décisions assistée, en veillant à ce que tous ceux qui le souhaitent y aient accès. Les prestataires de services de santé devraient s'efforcer d'obtenir par tous les moyens possibles le consentement libre et éclairé de la personne concernée³⁵.

27. Le respect des normes relatives à l'accessibilité de l'information et des communications inscrites dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées est l'une des principales conditions préalables à l'exercice de la capacité juridique et au consentement libre et éclairé. À titre d'exemple, il est fréquent que les informations relatives à un traitement et à ses effets secondaires ne soient pas disponibles en braille, en langue des signes ou dans d'autres modes de communication alternative. Si les services de santé peuvent appliquer progressivement les normes relatives à l'accessibilité, ils ont l'obligation de procéder immédiatement aux aménagements raisonnables requis³⁶.

28. Dans certaines situations, la volonté de la personne concernée peut être difficile à déterminer. Des solutions telles que la déclaration de volonté anticipée ou la procuration devraient être promues et clairement formulées pour éviter toute incompréhension et pour prévenir les décisions arbitraires de la part des mandataires. Même lorsque de telles solutions sont en place, les personnes présentant un handicap psychosocial doivent toujours conserver le droit de changer d'avis et les prestataires de services devraient continuer de chercher à obtenir leur consentement éclairé. Le Comité des droits des personnes handicapées a déclaré que, dans tous les cas, il convenait de comprendre que l'article 12 de

³⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 2.

³⁵ Voir Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014) sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, par. 41.

³⁶ Voir A/HRC/34/26, par. 33.

la Convention relative aux droits des personnes handicapées interdit d'appliquer aux adultes handicapés le principe de « l'intérêt supérieur » de la personne³⁷. Des efforts importants doivent être faits pour déterminer la volonté et les préférences de l'intéressé, en veillant à ce que tous les aménagements, les appuis et les méthodes de communication envisageables soient disponibles et accessibles. Lorsque tous les moyens ont été épuisés sans que la volonté de l'intéressé n'ait pu être établie, le principe de « l'interprétation optimale de la volonté et des préférences » de l'individu doit être appliqué de bonne foi³⁸.

B. Interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap

29. L'article 14 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées établit une interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap, qui exclut tout engagement et tout traitement non consenti³⁹. Cette disposition est le reflet de l'approche non discriminatoire garantie par la Convention eu égard au droit à la liberté et à la sécurité de la personne. Le Comité des droits des personnes handicapées a clairement et constamment affirmé l'approche non discriminatoire du droit à la liberté, qui établit l'interdiction sans équivoque de la privation de liberté fondée sur le handicap, qu'il existe ou non d'autres facteurs.

30. Les personnes présentant un handicap psychosocial continuent de faire l'objet de mesures de placement de force en institution, comme le prévoient encore le code civil et la législation régissant la santé mentale de nombreux pays. Privées de leur liberté, ces personnes sont souvent soumises de force à des traitements et vivent dans des conditions et des environnements qui peuvent mettre en danger leur intégrité physique et mentale. Les enfants et les adultes détenus dans des institutions sont davantage exposés que les autres à la violence et à la maltraitance, y compris à l'exploitation sexuelle et à la traite⁴⁰. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants a établi que les enfants placés dans des établissements d'accueil ou des institutions de soins sont davantage exposés aux traumatismes psychologiques, à la violence et à la maltraitance, et que la douleur et la souffrance psychologiques aiguës provoquées par la ségrégation peuvent atteindre un degré de gravité aussi élevé que les mauvais traitements ou la torture⁴¹. En dehors des institutions, le recours à des ordonnances de traitement en milieu communautaire ou au traitement ambulatoire obligatoire, même lorsque celui-ci est dispensé dans la communauté, constitue une violation du droit à la liberté et à la sécurité de la personne, puisque ces mesures imposent un traitement sous la menace de la détention en cas de refus.

31. Le placement forcé en institution viole le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, par lesquelles on entend, respectivement, le non-enfermement physique et la protection contre les atteintes corporelles et psychologiques, ou l'intégrité corporelle et

³⁷ Voir Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1, par. 21.

³⁸ Ibid., par. 21.

³⁹ Voir Comité des droits des personnes handicapées, directives sur l'article 14 de la Convention, par. 6 et 10.

⁴⁰ Voir, par exemple, Disability Rights International et 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). Voir aussi Disability Rights International, « *No justice: torture, trafficking and segregation in Mexico* » (2015); « *Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia* » (2013); « *International collaboration for inclusion: a study funded by the United States Department of State* » (2014). Consultables à l'adresse www.driadvocacy.org.

⁴¹ A/HRC/28/68.

mentale⁴². Il constitue une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres formes de mauvais traitements⁴³, ni à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance, et du droit à la protection de l'intégrité de la personne. Les États parties devraient abroger toute législation et retirer toute politique autorisant ou perpétuant le placement non consenti, notamment par la menace, et prévoir des recours utiles et des mesures de réparation pour les victimes⁴⁴.

32. La législation et les procédures pénales privent souvent du droit à un procès équitable les personnes handicapées jugées inaptes à défendre leurs droits ou incapable d'assumer leur responsabilité pénale, ce qui peut donner lieu à une privation de liberté fondée sur le handicap et notamment au placement de personnes présentant un handicap psychosocial en établissement médico-légal. Le Comité des personnes handicapées a invariablement considéré que ces pratiques constituent un déni du droit à un procès équitable, s'apparentent à la détention arbitraire et ont souvent des conséquences plus lourdes que des sanctions pénales, notamment en cas de détention en milieu psychiatrique pendant une durée indéterminée.

C. Traitement forcé : médication forcée, surmédication et pratiques préjudiciables au cours de la privation de liberté

33. De nombreuses pratiques observées dans les établissements de santé mentale constituent également une violation des articles 15, 16 et 17 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Le traitement forcé et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques) constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture⁴⁵. Par conséquent, le Comité des personnes handicapées affirme la nécessité de mettre fin à tous les traitements non consentis et d'adopter des mesures visant à ce que les services de santé, y compris les services de santé mentale, appliquent le principe du consentement libre et éclairé de la personne concernée⁴⁶. Il affirme également la nécessité de mettre fin à la mise à l'isolement et à l'utilisation de moyens de contention, aussi bien physiques que pharmacologiques⁴⁷.

VI. Orientations à suivre

34. La santé mentale n'est pas seulement une préoccupation qui relève du domaine de la santé ou du domaine médical : il s'agit pour une grande part, de droits de l'homme, de dignité et de justice sociale. Le tour d'horizon des problèmes rencontrés par les personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial révèle que des changements

⁴² Voir Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35 (2014) sur la liberté et la sécurité de la personne, par. 3.

⁴³ Voir A/63/175, par. 47 et 65.

⁴⁴ Voir, par exemple, CRPD/C/CZE/CO/1, par. 33 ; CRPD/C/DEU/CO/1, par. 34 c) ; CRPD/C/KOR/CO/1, par. 32 ; A/HRC/30/37, par. 107 f).

⁴⁵ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 50 ; Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1, par. 37 et 41 ; A/HRC/22/53, par. 63.

⁴⁶ Voir, par exemple, CRPD/C/ESP/CO/1, par. 36 ; CRPD/C/HUN/CO/1, par. 28 ; CRPD/C/AUT/CO/1, par. 31.

⁴⁷ Voir, par exemple, CRPD/C/AUT/CO/1, par. 33 ; CRPD/C/MEX/CO/1, par. 32 ; CRPD/C/DNK/CO/1, par. 39.

fondamentaux s'imposent dans les approches actuelles de la protection des droits de ces personnes et la manière dont cette protection est mise en œuvre dans les politiques. À cet égard, il est essentiel de reconnaître la capacité d'agir, le droit à l'autodétermination et les autres droits des individus concernés, y compris les enfants, de les protéger et de les respecter.

35. Les sections ci-après du rapport comportent des recommandations sur les mesures à prendre pour mettre en œuvre les changements nécessaires en vue de remédier aux problèmes relevés. Celles-ci s'articulent, de manière structurelle, autour de l'intégration d'une approche fondée sur les droits de l'homme, des bonnes pratiques à suivre, de l'assistance technique nécessaire et des mesures de renforcement des capacités à mettre en œuvre, l'objectif transversal étant, à terme, de protéger les droits des groupes visés dans la résolution 32/18 du Conseil.

A. Approche fondée sur les droits de l'homme

1. Collecte de données

36. La collecte de données qualitatives et quantitatives complètes est un élément essentiel de toute approche fondée sur les droits de l'homme. Dans le contexte de la santé mentale, la collecte de données devrait être axée, notamment, sur l'allocation des ressources, les inégalités dans l'accès aux soins de santé et aux services d'appui, le recensement des groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés, les formes de discrimination, l'accès à l'emploi, au logement et à l'éducation, ainsi que la situation socioéconomique générale des personnes recourant aux services de santé mentale. Les données devraient être ventilées par âge, sexe, situation socioéconomique, handicap et autres facteurs, selon le contexte national, et elles devraient être utilisées pour éclairer l'élaboration des politiques et des lois et mettre au point des mesures efficaces.

2. Création d'un environnement juridique et politique propice à la réalisation des droits

37. Peu de pays disposent d'un cadre juridique qui protège suffisamment les droits des usagers des services de santé mentale et des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial. Compte tenu des répercussions directes des lois et des politiques sur la réalisation des droits de l'homme, la création d'un environnement juridique et politique à même de protéger ces droits est essentielle et, qui plus est, imposée par l'obligation qu'ont les États de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme.

38. La conduite d'un examen minutieux des lois et des politiques, en vue de déterminer dans quelle mesure les personnes présentant un trouble mental, les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un handicap psychosocial exercent leurs droits fondamentaux, à la fois dans le système de santé mentale et dans un contexte social plus large, est une première étape indispensable pour garantir un environnement propice. L'examen des politiques et des lois devrait être mené en ayant à l'esprit les normes relatives aux droits de l'homme exposées dans le présent rapport, et, en particulier, en faisant une large place aux déterminants fondamentaux de la santé mentale. Les mesures préconisées dans les conclusions qui en découlent devraient s'inscrire dans une stratégie et un plan nationaux sur la santé mentale, dont la mise en œuvre serait financée par des ressources suffisantes.

39. À la suite de cette évaluation fondée sur les droits de l'homme, les États devraient mettre à jour ou abroger, selon qu'il convient, toutes les lois existantes, y compris la législation relative à l'emploi, à l'égalité, à la non-discrimination, à la protection sociale, au logement et à l'éducation, de façon à garantir que les personnes présentant un trouble

mental ne font pas l'objet d'une discrimination et ont accès aux mêmes possibilités que les autres personnes, dans des conditions d'égalité.

40. Dans toute approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, une attention devrait être prêtée aux déterminants fondamentaux en la matière, qui englobent, comme cela a été indiqué plus haut, des facteurs tels que les violences et les mauvais traitements, une enfance difficile, des troubles du développement dans la petite enfance et l'absence de relations fondées sur l'encouragement et la tolérance dans le cercle familial, le milieu professionnel ou d'autres cadres. L'élimination de ces facteurs, parmi d'autres, ne peut se concevoir sans une action coordonnée de l'ensemble du secteur de la santé et des autres secteurs concernés, dans un souci de cohérence et en vue de garantir pleinement la protection des droits des personnes présentant un trouble mental, comme évoqué dans la présente section.

41. D'autres mesures consistent notamment à promulguer des lois et des politiques qui visent à :

- a) Combattre et éliminer la stigmatisation et la discrimination ;
- b) Protéger le principe du consentement libre et éclairé à un traitement et interdire le traitement sans consentement et la détention ;
- c) Protéger les individus contre les atteintes aux droits de l'homme dans les structures de santé ;
- d) Interdire le recours à toute forme de prise de décisions substitutive ;
- e) Veiller à ce que les personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial, notamment celles qui sont en prison ou dans d'autres établissements de détention, aient accès, dans des conditions d'égalité, aux services, y compris à des services d'appui ;
- f) Garantir l'accès rapide à la justice en cas de violations des droits de l'homme.

42. Concernant la santé mentale et le handicap en particulier, les lois relatives à la santé mentale devraient, lorsqu'elles existent, éviter de réglementer de manière distincte la capacité juridique, le droit à la liberté et à la sécurité ou d'autres aspects qui peuvent être intégrés dans la législation générale. Dans tous les cas, les lois et les règlements devraient être conformes aux articles 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, entre autres dispositions, et devraient : a) interdire la privation arbitraire de liberté fondée sur le handicap, quelles qu'en soient les justifications avancées reposant sur un prétendu besoin de « soins » ou sur « le danger qu'il y aurait pour la personne elle-même ou pour autrui » ; b) garantir le droit de la personne au consentement libre et éclairé en toutes circonstances et pour tout traitement ou toute décision liée aux soins de santé, notamment en assurant l'accès à différents modes et moyens de communication, d'information et d'appui pour exercer ce droit ; et c) conformément aux normes consacrées par la Convention, élaborer, adopter et incorporer dans le cadre juridique la pratique de la prise de décisions assistée, la déclaration de volonté anticipée et, en dernier recours, le principe de « l'interprétation optimale de la volonté et des préférences » de l'intéressé.

3. Participation

43. La pleine participation des communautés concernées à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des politiques a une incidence positive sur la santé de ces communautés et l'exercice de leurs droits fondamentaux. Leur participation favorise la mise en place de

mesures d'intervention adaptées au contexte et garantit l'efficacité des politiques⁴⁸. La participation à l'élaboration des lois et à la conception des politiques en matière de santé mentale étant généralement réservée aux professionnels de la santé, les préoccupations et l'opinion des usagers et des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial ne sont pas systématiquement prises en considération, ce qui a pour effet de perpétuer et d'enraciner des pratiques préjudiciables dans les lois et les politiques.

44. Les États devraient donc veiller à ce que les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial participent véritablement à tous les stades de la planification et de la mise en œuvre, comme cela est prévu au paragraphe 3 de l'article 4 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et recommandé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n° 14 (par. 54). Dans cette optique, les États devraient renforcer la capacité des usagers et des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial à participer et à revendiquer leurs droits. Pour être efficace, la stratégie mise en œuvre devra porter notamment sur l'éducation et la sensibilisation et viser à garantir la mise en place de mécanismes de participation transparents et accessibles ou leur renforcement, à l'échelle communautaire, infranationale et nationale⁴⁹.

4. Ressources

45. Comme indiqué plus haut, les dépenses actuellement consacrées à la santé mentale sont loin de répondre aux besoins et ne satisfont pas aux dispositions du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels préconisant l'utilisation du maximum de ressources disponibles. Pour y remédier, la priorité devrait être accordée à l'élaboration et au financement approprié de stratégies et de plans relatifs à la santé mentale fondés sur les droits de l'homme, à la lumière de l'examen des lois et des politiques recommandé ci-dessus. Des ressources devraient être affectées, notamment : a) au relèvement de la qualité des soins de santé et à la garantie de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité ; b) à l'amélioration des conditions de travail du personnel des services de santé mentale ; c) au renforcement de la formation du personnel de santé, notamment dans le domaine des droits de l'homme ; d) aux mesures propres à garantir la prestation de l'ensemble des services d'appui ; e) à l'instauration de l'égalité entre les services de santé mentale et les services de santé physique dans tous les domaines, y compris en termes d'allocation de ressources, de travaux de recherche et de données ; f) aux services de santé mentale d'urgence ; g) aux services de santé mentale de proximité ; h) à la promotion de la santé mentale⁵⁰ ; et i) aux mesures visant à garantir l'accès à l'éducation, à un logement adéquat, à des services d'aide à l'obtention et à la conservation d'un emploi, ainsi qu'à la protection sociale.

46. Le principe général sur lequel devraient reposer les politiques adoptées dans ce domaine est le devoir qui incombe aux États d'investir des ressources dans des pratiques visant à promouvoir les droits de l'homme et de définir des critères d'évaluation du principe consistant à éviter de causer le moindre préjudice, pour empêcher que d'autres violations des droits de l'homme ne soient commises. De fait, l'investissement de ressources dans des pratiques existantes en matière de santé mentale qui ne sont pas compatibles avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme est susceptible d'amplifier les effets des pratiques préjudiciables.

⁴⁸ Voir « Non-discrimination in HIV responses » (juin 2010), par. 18 à 22, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

⁴⁹ Jyoti Sanghera et al., « Human rights in the new Global Strategy », *BMJ* (septembre 2015).

⁵⁰ Mackenzie et Kesner, « Mental health funding and the SDGs », p. 12.

5. Responsabilisation

47. Le suivi, l'examen et les mesures de correction et de réparation, guidés par des indicateurs fondés sur les droits de l'homme et adaptés au contexte, sont les pierres angulaires de tout dispositif de responsabilisation⁵¹. La responsabilisation devrait avoir à la fois pour objectifs et pour résultats l'autonomisation des usagers et des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial, notamment au moyen de mesures juridiques et de politiques propres à garantir leur participation au choix des priorités ainsi qu'à l'élaboration, l'application et l'examen des politiques, et la garantie de l'accès de cette population à des mesures correctives, le cas échéant⁵².

48. Il est essentiel d'assurer l'accès à la justice, conformément à l'article 13 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, pour garantir que les auteurs sont traduits en justice et que les victimes obtiennent réparation en cas de violations des droits de l'homme, notamment de détention arbitraire fondée sur le handicap. L'accès à des recours utiles, dans les plus brefs délais, doit être en place pour permettre à l'intéressé de contester sa privation de liberté et protéger le principe du consentement éclairé à un traitement médical. Il devrait être mis fin aux pratiques qui privent effectivement du droit à un procès équitable (notamment le fait d'exiger qu'un tuteur agisse au nom d'une personne, qui est un déni de la capacité juridique), ou qui risquent d'empêcher l'accès aux voies de recours judiciaires (par exemple l'obligation d'être représenté par un avocat), et de telles pratiques devraient être interdites par la loi.

49. L'article 16 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées préconise la création de mécanismes de suivi indépendants pour tous les services et établissements destinés aux personnes handicapées, en vue de prévenir l'exploitation, les violences et les mauvais traitements. Ces mécanismes devraient être composés notamment d'organisations représentant les personnes handicapées et la société civile et ils devraient pouvoir accéder aux institutions et les surveiller, ce pendant que les États tendent vers l'abandon du placement en milieu fermé. Ce rôle de surveillance devrait être élargi aux services de santé mentale et aux services de proximité de façon à garantir qu'ils sont propices à l'inclusion et à la participation des personnes handicapées ainsi qu'à l'exercice en général de leurs droits, dans des conditions d'égalité avec les autres personnes. Lorsque des cas de mauvais traitements commis en milieu fermé sont découverts, les États Parties devraient, en application de l'article 16 de la Convention, prendre toutes mesures appropriées pour « faciliter le rétablissement physique, cognitif et psychologique, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes handicapées qui ont été victimes d'exploitation, de violence ou de maltraitance sous toutes leurs formes ».

50. Au nombre des autres mesures de promotion de la responsabilisation figure la mise en place de dispositifs et de mécanismes transparents, ouverts à tous et participatifs, dotés des compétences nécessaires pour recommander et faire appliquer des mesures correctives, à la fois au sein du système de la santé et de celui de la justice. Il s'agit notamment de tribunaux ou d'organes quasi judiciaires et non judiciaires, de mécanismes de plaintes au sein du système de santé, d'institutions nationales des droits de l'homme et d'associations de normalisation professionnelle⁵³.

⁵¹ Groupe indépendant sur la responsabilisation, « 2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health » (2016), p. 9 à 11.

⁵² Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, « Tenir les promesses, mesurer les résultats » (2011), p. 7.

⁵³ Sanghera et al. « Human rights in the new Global Strategy ».

B. Bonnes pratiques

1. Soins de santé mentale fondés sur le rétablissement

51. La prestation de services de santé mentale de proximité devrait englober une approche fondée sur le rétablissement, dans laquelle l'accent serait mis sur l'appui à apporter aux individus présentant un trouble mental pour les aider à réaliser leurs propres aspirations et objectifs⁵⁴. L'approche de la santé mentale fondée sur le rétablissement est axée sur les atouts de l'individu et sur les moyens de faciliter l'accès à l'appui dont il a besoin. Elle repose notamment sur la compréhension du traumatisme et associe à la prestation des services des personnes ayant une expérience directe des troubles mentaux. Cette approche suppose d'« écouter les malades pour comprendre comment ils perçoivent leur état et ce qui pourrait les aider à guérir [et] de les considérer comme des partenaires à parts égales dans l'organisation de leurs soins »⁵⁵.

52. Les troubles mentaux et les traumatismes étant étroitement liés, tous les services de santé mentale devraient « tenir compte des traumatismes subis » et viser à éviter de nouveaux traumatismes. De plus, le personnel devrait être formé à reconnaître et à éviter les pratiques susceptibles de faire ressurgir des souvenirs douloureux et de raviver les traumatismes des personnes ayant des antécédents dans ce domaine⁵⁶.

53. Enfin, les personnes présentant un trouble mental sont les spécialistes les mieux placés pour ce qui est de leur propre rétablissement et de l'appui à fournir aux autres pour les aider à se rétablir. Les groupes d'entraide, outre qu'ils mettent à disposition un savoir-faire, apportent à chacun un appui et un sentiment d'appartenance, permettant ainsi de réduire le nombre d'admissions inutiles. Leur contribution aux soins de santé mentale est essentielle⁵⁷.

2. Services de proximité

54. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a recommandé que les installations, biens et services en matière de santé soient physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les personnes handicapées⁵⁸. Les données disponibles montrent que la prestation de services interdisciplinaires et non médicalisés au sein des communautés permet aux usagers de rester en contact avec leur famille, de conserver leur emploi et, plus généralement, de rester à proximité de leurs réseaux de soutien, ce qui facilite le traitement rapide et le rétablissement de ces personnes. Dans les pays plus développés en particulier et, de plus en plus souvent, dans les pays en développement, les services de santé mentale sont généralement offerts dans le cadre de systèmes spécialisés concentrés autour des hôpitaux psychiatriques, dans lesquels de nombreuses pratiques contraires aux normes définies dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées ont encore cours. Afin de garantir aux personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial le droit d'accéder aux services, les États devraient veiller à ce que des traitements axés sur le rétablissement soient disponibles au sein des communautés et du système de soins primaires.

⁵⁴ OMS, « Plan d'action pour la santé mentale », par. 50.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus de drogues du Département de la santé des États-Unis d'Amérique, « SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach » (juillet 2014), p. 10.

⁵⁷ OMS, « Plan d'action pour la santé mentale », par. 50.

⁵⁸ Voir l'observation générale n° 14, par. 12, al. b).

3. Abandon du placement en milieu fermé

55. L'application de l'article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui porte sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société, est essentielle pour les personnes présentant un handicap psychosocial. L'approche axée sur le rétablissement est compatible avec l'objectif qui consiste à soutenir l'individu dans tous les aspects de sa vie, son développement personnel, l'exercice de son autonomie, sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société.

56. Garantir aux personnes handicapées la possibilité de choisir où et avec qui elles vont vivre et respecter leur autonomie favorisent leur inclusion dans la société. Le placement en institution et les milieux de vie fermés, qu'il s'agisse de grands établissements ou de plus petits foyers d'hébergement, sont assimilables à la ségrégation et sont donc contraires à l'objectif d'inclusion dans la société. Le Comité des droits des personnes handicapées s'est maintes fois déclaré préoccupé par le placement de personnes handicapées en milieu fermé et l'absence de services d'appui de proximité, et a recommandé la mise en place de tels services et de stratégies efficaces de désinstitutionnalisation, en concertation avec les organisations de personnes handicapées⁵⁹.

57. Pour que la désinstitutionnalisation soit effective, il est indispensable de bien comprendre que le droit de vivre au sein de la société ne se limite pas au simple fait de se trouver physiquement au sein de la société⁶⁰. Parallèlement, il faut qu'un appui social soit mis à la disposition des personnes présentant un handicap psychosocial, notamment un soutien et une assistance pour se loger, des soins de santé, des dispositifs d'intervention en cas de crise, un complément de revenu, une aide pour l'accès aux réseaux sociaux, et l'accès à l'éducation et à l'emploi⁶¹. Les réseaux sociaux, le soutien par les pairs, les réseaux de soutien et l'appui offert par la communauté locale sont précieux, en particulier lorsqu'il s'agit de faire face aux situations de crise et d'urgence ; ils doivent donc être reconnus et leur développement doit être soutenu.

4. Enfants

58. Au moins 8 millions d'enfants sont placés en milieu fermé⁶². Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a indiqué que, dans la petite enfance, les soins en établissement ont des effets tellement néfastes qu'il conviendrait de les considérer comme une forme de violence à l'égard des jeunes enfants⁶³. Conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme et aux bonnes pratiques, les États devraient : a) mettre fin au placement en milieu fermé pour tous les enfants, qu'ils soient handicapés ou non ; b) instituer un moratoire sur les nouvelles admissions d'enfants handicapés dans des établissements⁶⁴ ; c) protéger le droit des enfants handicapés à la vie en société et le droit de tous les enfants de grandir dans un cadre familial⁶⁵ ; d) trouver d'autres possibilités de placement en famille d'accueil plutôt que toute autre forme de placement en institution pour les enfants qui doivent être retirés à leur famille⁶⁶ ; e) conformément au paragraphe 5 de l'article 23 de la

⁵⁹ Voir, par exemple, CRPD/C/ESP/CO/1 (par. 35 et 36) ; CRPD/C/CHN/CO/1 (par. 26) ; et CRPD/C/ARG/CO/1 (par. 24).

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 148.

⁶² Voir A/61/299, par. 55.

⁶³ Voir A/70/213, par. 73.

⁶⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde*, p. 80.

⁶⁵ Voir, par exemple, CRPD/C/GTM/CO/1 et CRPD/C/CZE/CO/1.

⁶⁶ 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), disponible à l'adresse :

Convention relative aux droits des personnes handicapées, offrir une protection de remplacement au sein de « la famille élargie et, si cela n'est pas possible, dans un cadre familial au sein de la communauté »⁶⁷, lorsque la famille immédiate n'est pas en mesure de s'occuper de l'enfant ; et f) veiller à ce que l'abandon du placement en milieu fermé en ce qui concerne les enfants soit axé sur leur réinsertion dans un cadre familial plutôt que dans un établissement de plus petite taille.

5. Niveau de vie suffisant

59. Comme prévu aux articles 19 et 28 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les politiques en matière de logement et de protection sociale sont essentielles pour garantir un niveau de vie suffisant aux personnes présentant un handicap psychosocial. L'aide au logement, aux familles et à l'élimination de la pauvreté, de la malnutrition et de l'exclusion sociale a une incidence globalement positive sur la santé physique et mentale des personnes présentant un handicap psychosocial. Parallèlement, les États devraient promouvoir l'inclusion des personnes présentant un handicap psychosocial dans le marché ordinaire du travail, de façon à leur assurer un revenu. Ils devraient en outre mener des campagnes de sensibilisation et fournir des conseils et un appui techniques sur les moyens de procéder aux aménagements raisonnables sur le lieu de travail pour les personnes présentant un handicap psychosocial.

C. Assistance technique et renforcement des capacités

60. Le paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et l'article 32 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées énoncent les principales bases normatives en matière d'assistance technique et de renforcement des capacités dans le domaine de la santé mentale. Selon le Pacte, les États sont tenus d'agir par la voie de l'assistance et de la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, en vue d'assurer progressivement l'exercice du droit à la santé. Comme l'a noté le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, il incombe en particulier aux États qui sont en mesure de fournir une assistance d'aider les autres pays.

61. En ce qui concerne les personnes présentant un handicap psychosocial, la mise en œuvre des mesures et activités ci-après est indispensable pour renforcer l'assistance technique et les capacités à l'échelle nationale. À cet effet, la collaboration, la participation, la contribution et l'engagement actifs des personnes ayant une expérience directe du handicap psychosocial, ainsi que des organisations qui les représentent, sont nécessaires :

a) Appui technique aux pays pour les aider à élaborer et mettre en œuvre des politiques, plans, lois et services propres à promouvoir et à protéger les droits des personnes présentant un handicap psychosocial, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, notamment à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

b) Renforcement des capacités des praticiens de santé mentale, ainsi que des personnes présentant un handicap psychosocial, de leur famille, des personnes qui les soignent et des autres personnes qui s'occupent d'elles, de la société civile, des avocats, des juges, de la police, des travailleurs sociaux et d'autres encore, en vue de promouvoir les droits de l'homme, la capacité juridique et l'approche fondée sur le rétablissement dans le

<https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf>.

⁶⁷ Ibid.

domaine de la santé mentale, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à d'autres normes internationales relatives aux droits de l'homme ;

c) Conseils techniques complets aux pays qui recensent, décrivent et évaluent les services de proximité et les services de soutien existants et nouveaux qui répondent aux besoins des personnes présentant un handicap psychosocial et sont conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

d) Aide à la création et au renforcement d'organisations dirigées par des personnes présentant un handicap psychosocial et facilitation du dialogue avec les gouvernements en vue d'encourager leur inclusion et leur participation aux processus de prise de décisions ;

e) Mesures visant à mettre fin à la persistance de la ségrégation, qui peut se manifester par le financement de nouvelles institutions ou la rénovation de structures existantes, en supprimant les allocations de ressources dans ces domaines. Les financements devraient servir à aider les familles à éviter le placement de leur enfant en milieu fermé et à créer des dispositifs d'appui de proximité à l'intention des personnes présentant un handicap psychosocial.

VII. Conclusions

62. **Les usagers des services de santé mentale et les personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial se trouvent en position de vulnérabilité face à une convergence d'éléments, en particulier la pauvreté, la stigmatisation, la discrimination, l'isolement social et la ségrégation. L'approche globale qui permettrait de remédier à leur situation eu égard à leurs droits fondamentaux suppose la protection de leur autonomie, de leur capacité d'agir et de leur dignité, ainsi que de leurs autres droits garantis, notamment, par la Convention relative aux droits des personnes handicapées et par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Cette approche suppose également la réorientation des politiques de telle sorte qu'il y soit admis que l'exclusion et la marginalisation sont les causes et les conséquences des problèmes de santé mentale, et qu'il y soit véritablement tenu compte de l'engagement figurant dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne de côté et d'aider d'abord les plus défavorisés. Par conséquent, pour s'acquitter de leur obligation d'assurer la pleine réalisation des droits des personnes présentant un trouble mental, des usagers des services de santé mentale et des personnes présentant un handicap psychosocial, les États devraient aligner leur cadre politique et juridique sur les normes relatives aux droits de l'homme, élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des plans fondés sur les droits de l'homme, et échanger des compétences techniques et d'autres ressources, telles que les normes en matière de bonnes pratiques.**
