



Assemblée générale

Distr. générale
28 mars 2017
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-cinquième session

6-23 juin 2017

Point 3 de l'ordre du jour

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

Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du secrétariat

En application de la résolution 24/6 du Conseil des droits de l'homme, le secrétariat a l'honneur de transmettre au Conseil le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Soucieux de contribuer au débat sur la santé mentale en tant que priorité sanitaire à l'échelle mondiale, le Rapporteur spécial met l'accent sur le droit de chacun à la santé mentale et sur certaines des principales perspectives ouvertes et difficultés rencontrées dans son exercice, sachant qu'il faut promouvoir la santé mentale pour tous les âges et dans tous les contextes. Compte tenu de la récurrence des violations des droits de l'homme dans les établissements de santé mentale, qui concernent trop souvent des personnes présentant des déficiences intellectuelles, cognitives et psychosociales, le Rapporteur appelle à un changement de modèle.

Le Rapporteur spécial formule un certain nombre de recommandations afin que les États et toutes les parties prenantes s'orientent vers des systèmes de santé mentale fondés sur les droits de l'homme et conformes à ceux-ci.



Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Contexte	3
III. Un ensemble d'obstacles qui pèsent lourd à l'échelle mondiale	5
A. La prédominance du modèle biomédical	6
B. L'inégalité des rapports de pouvoir	7
C. Utilisation partielle des preuves scientifiques dans le domaine de la santé mentale	8
IV. Évolution du cadre normatif en matière de santé mentale	9
V. Cadre du droit à la santé mentale	10
A. Obligations	10
B. Coopération internationale	11
C. Participation	12
D. Non-discrimination	12
E. Principe de responsabilité	13
F. Au-delà des services de santé mentale, vers des soins et un soutien	14
G. Consentement éclairé et contrainte	16
H. Facteurs fondamentaux et déterminants sociaux de la santé mentale	17
VI. Vers un nouveau modèle	18
A. L'impératif des droits de l'homme pour assurer la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale	18
B. Traitements : de l'isolement à la communauté	19
VII. Conclusions et recommandations	21
A. Conclusions	21
B. Recommandations	22

I. Introduction

1. La santé mentale et le bien-être affectif sont des domaines auxquels le Rapporteur spécial accorde son attention en priorité (voir A/HRC/29/33). Dans chaque rapport thématique, il s'attache à mettre l'accent sur la santé mentale en tant que priorité dans le domaine des droits de l'homme et du développement, que ce soit dans le contexte de la petite enfance (voir A/70/213), de l'adolescence (voir A/HRC/32/32), et des objectifs de développement durable (voir A/71/304).

2. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial approfondit la question en examinant certaines des principales possibilités qui s'offrent pour faire progresser la réalisation du droit à la santé mentale et certains des principaux obstacles à lever pour y parvenir. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la question, de l'évolution du cadre des droits de l'homme et des preuves scientifiques, le Rapporteur spécial s'efforce d'apporter sa contribution aux importants débats en cours alors que la santé mentale s'impose comme une priorité sanitaire à l'échelle mondiale.

3. Le présent rapport est le fruit de consultations approfondies entre un grand nombre de parties prenantes, y compris des représentants des personnes handicapées, des utilisateurs et anciens utilisateurs des services de santé mentale, des représentants de la société civile, des praticiens de santé mentale, y compris des représentants des psychiatres et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des universitaires, des membres des mécanismes des droits de l'homme de l'ONU et des représentants d'États membres.

Remarque concernant la terminologie¹

4. Chacun, tout au long de sa vie, a besoin d'un environnement favorable à sa santé mentale et à son bien-être ; à cet égard, nous sommes tous des utilisateurs potentiels de services de santé mentale. Nombre d'entre nous rencontreront un jour des problèmes psychosociaux passagers ou des angoisses qui les amèneront à chercher de l'aide. Certaines personnes souffrant de déficiences intellectuelles, cognitives et psychosociales, ou atteintes d'autisme, qu'elles s'identifient comme telles ou qu'un diagnostic ait été posé, ont des difficultés à exercer leurs droits en raison d'une incapacité réelle ou supposée, et sont donc particulièrement vulnérables à des violations des droits de l'homme dans les établissements de santé mentale. Nombre d'entre elles ont fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ou s'identifient comme souffrant d'une telle maladie alors que d'autres se définissent d'une autre façon, notamment comme des victimes.

5. Le présent rapport établit une distinction entre les utilisateurs de services et les personnes handicapées, en se fondant sur les obstacles rencontrés par ces dernières, et considère que toutes les personnes sans exception sont titulaires de droits.

II. Contexte

6. En dépit du fait qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale, nulle part dans le monde la santé mentale ne se voit accorder la même importance que la santé physique, que ce soit dans les politiques et budgets nationaux ou dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine. À l'échelle mondiale, on estime que moins de 7 % des budgets de santé sont consacrés à la santé mentale. Dans les pays à faible revenu, moins de 2 dollars par habitant sont dépensés chaque année dans ce domaine². La plupart des investissements sont consacrés aux soins hospitaliers de longue durée, notamment dans des établissements psychiatriques, et quasiment aucune mesure n'est prise pour promouvoir la santé mentale de manière globale pour tous³. La division arbitraire établie entre santé physique et santé mentale et la mise à l'écart de la santé mentale qui en résulte ont créé une situation inacceptable dans

¹ Voir OMS, « Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas » (2017).

² Atlas de la santé mentale de l'OMS, 2014, p. 9, et PLOS medicine editors, « The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition », *PLOS Medicine*, vol. 10, n° 5 (mai 2013).

³ OMS, Atlas de la santé mentale 2014, p. 9.

laquelle les besoins ne sont pas pourvus et des violations des droits de l'homme se produisent (voir A/HRC/34/32, par. 11 à 21), y compris des violations du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale⁴.

7. Qui dit questions oubliées dit personnes oubliées. L'histoire de la psychiatrie et des soins de santé mentale est entachée de graves violations des droits de l'homme, comme la lobotomie, pratiquée au nom de la médecine. Depuis la Deuxième Guerre mondiale et l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments internationaux, une attention croissante a été portée aux droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Toutefois, on peut se demander si la communauté internationale a véritablement tiré des enseignements de ce passé douloureux.

8. Pendant des décennies, les services de santé mentale ont été régis par un modèle biomédical réducteur qui a fait que des personnes présentant des déficiences intellectuelles, cognitives et psychosociales, des personnes autistes et des personnes qui ne se conformaient pas aux normes culturelles, sociales et politiques en vigueur étaient victimes d'exclusion, de négligence, de coercition et de violence. En particulier, la manipulation de la psychiatrie à des fins politiques demeure un sujet de grave préoccupation. Alors que les services de santé mentale manquent cruellement de ressources, tout nouvel investissement doit être réalisé en ayant à l'esprit les expériences du passé afin de s'assurer que l'histoire ne se répète pas.

9. La conception actuelle de la santé mentale est façonnée par des changements de modèles souvent caractérisés par une combinaison d'améliorations et d'erreurs dans le domaine clinique et éthique. Ce phénomène a commencé il y a deux cents ans avec la volonté de détacher les « fous » enchaînés dans des cachots puis s'est prolongé avec l'arrivée des psychothérapies, des traitements de choc et des médicaments psychotropes au XX^e siècle. Le diagnostic des pathologies individuelles a oscillé entre les deux extrêmes que sont l'idiotie et la démence. Plus récemment, grâce au cadre de référence du handicap, les limites d'une méthode axée sur la seule pathologie individuelle ont été reconnues, plaçant le handicap et le bien-être sur le terrain plus large de la sphère privée, sociale, politique et économique.

10. La recherche d'un équilibre entre les extrêmes du XX^e siècle a fait naître un mouvement en faveur de la désinstitutionnalisation et de la définition d'un modèle biopsychosocial de soins équilibré. Cette tendance a été encouragée par l'OMS qui, dans un rapport de 2001, a préconisé l'établissement d'un cadre de santé publique moderne et la fin de l'isolement, de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de la santé mentale et des utilisateurs de services de santé mentale⁵. Grâce à une base de recherche qui ne cesse de s'enrichir, on dispose d'éléments de preuve indiquant que le statu quo, fait d'interventions biomédicales, notamment par le biais de médicaments psychotropes et de mesures non consenties, n'est plus défendable dans le cadre de l'amélioration de la santé mentale. La mobilisation de la société civile, en particulier des mouvements d'utilisateurs et des anciens utilisateurs de services de santé mentale, et des organisations de personnes handicapées, qui ont appelé l'attention sur l'incapacité des services de santé mentale classiques à répondre à leurs besoins et à garantir leurs droits, a eu une grande importance et a abouti à une remise en question des facteurs à l'origine des violations des droits de l'homme, à la conception d'autres traitements et à l'élaboration d'un nouveau discours sur la santé mentale.

11. Le mouvement en faveur d'un changement de modèle défendu par la société civile a contribué à faire évoluer le cadre des droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale. L'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2006 a posé les bases de ce changement, afin de mettre un terme à la pratique installée de violations des droits de l'homme dans les services de santé mentale. La mise en œuvre du droit au meilleur état de santé possible peut grandement contribuer à faire évoluer les choses et fournir un cadre pour la pleine réalisation du droit de chacun à la santé mentale.

⁴ Voir aussi Human Rights Watch, « Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia » (mars 2016).

⁵ Voir OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*.

12. Dix ans plus tard, les progrès sont lents. Les traitements parallèles efficaces, acceptables et évolutifs restent marginaux dans les systèmes de soins de santé, la situation n'a pas bougé pour ce qui est de la désinstitutionnalisation et les investissements dans le secteur de la santé mentale continuent d'être essentiellement axés sur un modèle biomédical et les réformes législatives qui se sont multipliées dans ce secteur ont nui à la capacité juridique et à l'égalité de protection de la loi pour les personnes souffrant de handicaps cognitifs, intellectuels et psychosociaux. Dans certains pays, la fermeture des asiles a laissé la place à un engrenage insidieux, du sans-abrisme à la prison en passant par l'hôpital. L'aide internationale, lorsqu'elle existe, est souvent destinée à la rénovation de grands établissements hospitaliers et d'hôpitaux psychiatriques, empêchant toute amélioration de la situation.

13. Les politiques publiques ne reconnaissent toujours pas l'importance des facteurs propices aux maladies mentales que sont la violence, la perte d'autonomie, l'exclusion et l'isolement social et l'effritement des communautés, les désavantages socioéconomiques systémiques et les conditions de travail et d'étude néfastes. Les approches de la santé mentale qui ne tiennent pas compte de l'environnement social, économique et culturel non seulement portent préjudice aux personnes handicapées, mais ne parviennent pas non plus à promouvoir la santé mentale de beaucoup d'autres personnes à différentes étapes de leur vie.

14. Avec l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les efforts récemment déployés par des acteurs mondiaux influents comme l'OMS, le Mouvement for Global Mental Health (Mouvement mondial pour la santé mentale) et la Banque mondiale, la santé mentale est en train de s'affirmer au niveau international comme un impératif de développement humain. Le Programme 2030 et la plupart de ses objectifs de développement durable concernent la santé mentale : l'objectif 3 vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge et la cible 3.4 prévoit la promotion de la santé mentale et du bien-être par la réduction du taux de mortalité due à des maladies non transmissibles. La manière dont les activités menées à l'échelon national tirent parti de la dynamique créée par le Programme 2030 pour traiter les problèmes de santé mentale a des incidences importantes sur la réalisation effective du droit à la santé.

15. La dynamique actuelle et les possibilités de faire avancer les choses sont uniques. Avec le présent rapport, le Rapporteur spécial entend mettre à profit cette conjoncture particulièrement favorable dans laquelle on assiste à une convergence de mécanismes internationaux.

III. Un ensemble d'obstacles qui pèsent lourd à l'échelle mondiale

16. L'utilisation de statistiques alarmantes révélant l'ampleur et le poids économique des « troubles mentaux » est un outil efficace pour améliorer la santé mentale dans le monde. Force est d'admettre que des millions de personnes dans le monde sont nettement défavorisées dans ce domaine, mais l'approche actuelle de la « charge de la maladie » inscrit profondément la crise mondiale de la santé mentale dans un modèle biomédical, trop étroit pour pouvoir traiter les questions de santé mentale d'une manière volontariste et réactive aux niveaux national et mondial. L'accent mis sur le traitement des cas individuels conduit inévitablement à la mise en place de dispositifs, systèmes et services produisant des résultats limités, inefficaces et potentiellement dommageables. Cette approche ouvre la voie à une plus grande médicalisation de la santé mentale mondiale qui empêche les responsables politiques de s'occuper des principaux facteurs de risque et des facteurs de protection pour la santé mentale de tous. Il importe d'évaluer l'ensemble des obstacles responsables du maintien du statu quo dans le domaine de la santé mentale à l'échelle mondiale afin de mettre en place les services de santé mentale fondés sur les droits de l'homme qui font cruellement défaut.

17. Trois grands obstacles qui se renforcent mutuellement sont recensés dans les sections ci-après.

A. La prédominance du modèle biomédical

18. Le modèle biomédical se fonde sur les aspects et les processus neurobiologiques pour expliquer les troubles mentaux et proposer des interventions, en partant du principe que des explications biomédicales, par exemple un « déséquilibre chimique », permettent de rapprocher la santé mentale de la santé physique et de la médecine générale et d'éliminer progressivement la stigmatisation⁶. Toutefois, cela ne s'est pas produit et nombre des principes à l'appui du modèle biomédical en matière de santé mentale n'ont pu être confirmés par des recherches plus poussées. Les outils de diagnostic, comme la Classification internationale des maladies et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, continuent de développer les paramètres du diagnostic individuel, souvent en l'absence de base scientifique solide⁷. Leurs détracteurs affirment que la création de trop nombreuses catégories de diagnostic empiète sur l'expérience humaine d'une manière qui pourrait conduire à une acception réductrice de la diversité humaine⁸.

19. Cependant, le secteur de la santé mentale continue d'être surmédicalisé et le modèle biomédical réducteur est celui qui s'impose dans la pratique clinique, les politiques, les programmes de recherche, l'enseignement médical et les investissements dans la santé mentale partout dans le monde, avec le soutien de la psychiatrie et de l'industrie pharmaceutique. La majorité des investissements réalisés dans le secteur de la santé mentale dans les pays à faibles, moyens et hauts revenus visent de manière disproportionnée à financer des services fondés sur le modèle biomédical de psychiatrie⁹. On constate également une nette préférence pour les traitements de première intention avec des médicaments psychotropes, en dépit de l'accumulation d'éléments prouvant qu'ils ne sont pas aussi efficaces qu'on le pensait auparavant, qu'ils ont des effets secondaires néfastes et que, dans le cas des antidépresseurs, en particuliers pour les dépressions légères et modérées, les bienfaits ressentis peuvent être attribués à un effet placebo¹⁰. Malgré ces risques, les médicaments psychotropes sont de plus en plus utilisés dans les pays à revenu faible, moyen et élevé dans le monde¹¹. On nous a fait croire que les médicaments et autres interventions biomédicales constituaient la meilleure solution aux problèmes de santé mentale.

20. Le modèle psychosocial est apparu comme une parade au paradigme biomédical fondée sur des preuves scientifiques¹². Il va au-delà des facteurs biologiques (sans les exclure) et considère les expériences psychologiques et sociales comme des facteurs de risque pour la santé mentale mais aussi comme des éléments contribuant de manière positive au bien-être. Il peut aussi comporter des interventions peu coûteuses et de courte durée pouvant être intégrées à une prise en charge régulière. Utilisées à bon escient, ces interventions permettent d'autonomiser les personnes défavorisées, d'améliorer les compétences parentales et autres, de traiter les personnes dans leur environnement, d'améliorer la qualité des relations et de favoriser l'estime de soi et la dignité. Il importe de trouver un équilibre entre les interventions et les modèles biomédicaux et psychosociaux et ne pas partir du principe que les interventions biomédicales sont plus efficaces, si l'on veut se doter d'un système de santé mentale conforme au droit à la santé¹³.

⁶ Voir Derek Bolton et Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

⁷ Voir Thomas Insel, « Transforming diagnosis » (avril 2013), à consulter à l'adresse : www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

⁸ Voir Stefan Priebe, Tom Burns et Tom K. J. Craig, « The future of academic psychiatry may be social », *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, n° 5 (mai 2013).

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

¹⁰ Voir Irving Kirsch, « Antidepressants and the placebo effect », *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, n° 3 (février 2015) et David Healy, « Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors? », *BMJ*, vol. 333 (juillet 2006).

¹¹ Voir Ross White, « The globalisation of mental illness », *The Psychologist*, vol. 26 (mars 2013).

¹² Voir Anne Cooke, ed. *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

¹³ Voir Nikolas Rose et Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) et Pat Bracken, « Towards a hermeneutic shift in psychiatry », *World Psychiatry*, vol. 13, n° 3 (octobre 2014).

B. L'inégalité des rapports de pouvoir

21. Dans le domaine de la santé mentale, la promotion et la protection des droits de l'homme sont tributaires des rapports de pouvoir dans les établissements médicaux, dans les instituts de recherche et dans les instances de décision politique. Le pouvoir de décision est concentré entre les mains des tenants de la solution biomédicale, en particulier de la psychiatrie biologique appuyée par l'industrie pharmaceutique, ce qui contrevient aux principes modernes de la prise en charge globale, de la bonne gouvernance en matière de santé mentale, d'une recherche interdisciplinaire novatrice et indépendante et de la formulation de priorités fondées sur les droits en matière de politique de santé mentale. Les organisations internationales, en particulier l'OMS et la Banque mondiale, sont également des partenaires influents, dont le rôle et les relations recourent ceux des psychiatres et de l'industrie pharmaceutique et qui interagissent avec ceux-ci.

22. Au niveau clinique, l'inégalité des rapports de pouvoir renforce le paternalisme, voire les attitudes patriarcales, qui prédominent dans les relations entre psychiatres et utilisateurs des services de santé mentale. Cette inégalité enlève de l'autonomie aux utilisateurs et porte atteinte à leur droit de prendre des décisions concernant leur santé, ce qui est propice aux violations des droits de l'homme. Les lois autorisant les psychiatres à administrer un traitement et à interner les patients de force légitiment ce pouvoir et son utilisation abusive. Cet abus de pouvoir est fréquent et très répandu, en partie parce que les textes de loi contraignent souvent la profession et la puissance publique à prendre des mesures coercitives.

23. En tant que groupe professionnel, les psychiatres sont un puissant acteur de gouvernance de la santé mentale et de sensibilisation à la question. Les stratégies nationales de santé mentale tendent à se calquer sur les programmes biomédicaux et à faire abstraction des vues et de la participation véritable de la société civile, des utilisateurs et anciens utilisateurs des services de santé mentale et d'experts de différentes disciplines non médicales¹⁴. Dans ce cadre, l'*Ouvrage de référence de l'OMS sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation* de 2005, élaboré à partir des directives relatives aux droits de l'homme alors en vigueur, a eu une grande influence et a conduit à l'adoption de lois relatives à la santé mentale autorisant des « exceptions ». Ces « exceptions » d'ordre légal normalisaient la coercition dans la pratique quotidienne et augmentaient les situations pouvant donner lieu à des violations des droits de l'homme. Il faut saluer la révision de ces lois et le retrait officiel de l'ouvrage de référence, grâce au cadre établi par la Convention relative aux droits des personnes handicapées¹⁵.

24. Le statu quo existant dans la psychiatrie actuelle, qui repose sur l'inégalité des rapports de pouvoir, provoque la défiance de nombreux utilisateurs et nuit à la réputation de la psychiatrie. Il est essentiel de pouvoir avoir un débat ouvert et continu avec des psychiatres sur l'avenir de la profession et notamment sur son rôle par rapport aux autres parties prenantes¹⁶. Le Rapporteur spécial salue ces discussions au sein de la profession et avec d'autres parties prenantes et les encourage, et se dit convaincu que la recherche d'un consensus et la réalisation de progrès profitera à tous, y compris à la psychiatrie. La participation active des psychiatres et de leurs responsables à une transition vers des politiques et services de santé mentale conformes aux droits est un élément essentiel pour apporter des changements positifs à la santé mentale dans le monde.

25. Les idées reçues fondées sur une interprétation biomédicale réductrice de questions complexes en matière de santé mentale dominent les politiques et services de santé mentale, même lorsqu'elles ne sont pas étayées par la recherche. Les personnes souffrant de handicaps psychosociaux continuent d'être injustement considérées comme dangereuses, bien que tout indique qu'elles sont en général victimes plutôt qu'auteurs d'actes de

¹⁴ Voir la base de données mindbank de l'OMS à l'adresse suivante : www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

¹⁵ Voir www.who.int/mental_health/fr.

¹⁶ Voir Heinz Katschnig, « Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession », *World Psychiatry*, vol. 9, n° 1 (février 2010).

violence¹⁷. De même, leur capacité de prendre des décisions est contestée, nombre d'entre elles étant jugées incompétentes et se voyant refuser le droit de prendre des décisions les concernant. Ce stéréotype est désormais régulièrement mis à mal, car ces personnes prouvent qu'elles peuvent vivre de façon indépendante lorsqu'on leur en donne les moyens grâce à une protection juridique et à un soutien appropriés.

26. La puissance financière de l'industrie pharmaceutique et les alliances conclues avec celle-ci ont encore creusé les inégalités. Lorsque l'on manque de ressources financières pour la recherche et l'innovation, l'industrie vient à la rescousse et les processus d'approbation des médicaments manquent de transparence, et les relations entre le secteur pharmaceutique et les prestataires de services dans ce domaine s'en trouvent faussées. Cela explique pourquoi une confiance aveugle a été accordée au modèle biomédical et pourquoi il est désormais si résistant au changement¹⁸.

C. Utilisation partielle des preuves scientifiques dans le domaine de la santé mentale

27. L'utilisation des preuves scientifiques à l'appui des interventions de santé mentale a toujours posé un problème. Cette situation perdure, alors que les preuves scientifiques censées prouver l'efficacité de certains médicaments psychotropes et autres interventions psychiatriques biomédicales sont de plus en plus contestées du point de vue tant scientifique qu'expérimental¹⁹. L'utilité de ces interventions dans certaines pathologies n'est pas remise en cause, mais l'abus de prescription et leur utilisation excessive dans des cas où elles ne sont pas nécessaires suscitent une inquiétude croissante²⁰. Cela fait très longtemps que les entreprises pharmaceutiques ne divulguent pas les résultats négatifs des essais de médicaments, ce qui ne permet pas de comprendre clairement les preuves scientifiques sur lesquelles repose leur utilisation. Cette pratique empêche les utilisateurs et les professionnels de la santé d'avoir accès aux informations nécessaires pour prendre des décisions en connaissance de cause²¹.

28. Des acteurs puissants influencent le secteur de la recherche, qui détermine l'application des preuves et les mesures à prendre. Les recherches scientifiques dans le domaine de la santé mentale et les mesures appliquées continuent de pâtir du manque de diversification des financements et restent focalisées sur le modèle neurobiologique. La psychiatrie universitaire exerce notamment une influence disproportionnée, en conseillant les décideurs sur la répartition des ressources et les principes directeurs à adopter en matière de politiques et services de santé mentale. La psychiatrie universitaire a essentiellement limité son programme de recherche aux facteurs biologiques de la santé mentale. C'est également ce parti pris qui domine l'enseignement dans les écoles de médecine, appauvrissant ainsi le transfert de connaissances à la génération suivante de médecins et les empêchant de bien comprendre l'ensemble des facteurs ayant une incidence sur la santé mentale et contribuant à la guérison.

¹⁷ Voir Jillian K. Peterson et al, « How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? », *Law and Human Behavior*, vol. 38, n° 5 (avril 2014).

¹⁸ Voir Ray Moynihan, Jenny Doust et David Henry, « Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy », *BMJ*, vol. 344 (mai 2012).

¹⁹ Voir Peter Tyrer et Tim Kendall, « The spurious advance of antipsychotic drug therapy », *The Lancet*, vol., n° 9657 (janvier 2009) ; Lex Wunderink et al. « Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy », *JAMA Psychiatry*, vol. 70, n° 9 (2013) ; Joanna Le Noury et al. « Restoring Study 329 : efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence », *BMJ*, vol. 351 (septembre 2015) ; et Andrea Cipriani et al. « Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents : a network meta-analysis », *The Lancet*, vol. 388, n° 10047 (août 2016).

²⁰ Voir Ray Moynihan, « Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy ».

²¹ Voir Irving Kirsch et al. « Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration », *PLOS Medicine* (février 2008).

29. Cette inclination pour le modèle biomédical provoque un décalage inquiétant entre les nouveaux éléments de preuve et la façon dont ils sont utilisés pour guider l'élaboration des politiques et la pratique de la psychiatrie. Cela fait maintenant des décennies que la recherche scientifique et expérimentale a constitué une base de connaissances à l'appui d'une aide et de services psychosociaux orientés vers la guérison et de solutions non coercitives qui remplaceraient les services existants. En l'absence de promotion et d'investissement dans ces services et de soutien aux parties prenantes qui les mettent en avant, ils resteront marginaux et ne permettront pas de produire les changements qu'ils promettent d'apporter.

IV. Évolution du cadre normatif en matière de santé mentale

30. La Constitution de l'OMS définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social [...] ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Toute une gamme de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques influent sur la santé mentale, comme sur tous les aspects de la santé²². C'est sur cette base que les responsables peuvent appréhender plus précisément les obligations qui leur incombent de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé mentale pour tous. La plupart des débats actuels sur la santé mentale et les droits de l'homme portent principalement sur le consentement éclairé dans le cadre d'un traitement psychiatrique. Ces réflexions sont très pertinentes, mais elles sont apparues en raison de défaillances systémiques en matière de protection du droit à la santé mentale et d'offre de traitements de remplacement non coercitifs.

31. Le cadre normatif en matière de santé mentale a évolué pour tenir compte du lien étroit entre le droit à la santé, y compris aux éléments fondamentaux déterminants de la santé, et la liberté de contrôler sa propre santé et son propre corps. Ce droit est également lié au droit à la liberté, à la protection contre toute ingérence non consensuelle et au respect de la capacité juridique. Si le consentement éclairé doit être donné avant un traitement pour respecter pleinement le droit à la santé, la capacité juridique, qui doit être distinguée de la capacité mentale, est quant à elle nécessaire pour donner ce consentement. Le droit à la santé comprend également le droit d'être soigné et intégré dans sa communauté en bénéficiant d'un appui approprié pour vivre sa vie de manière indépendante et exercer sa capacité juridique (voir, par exemple, les documents E/CN.4/2005/51, par. 83 à 86, et A/64/272, par. 10)²³. Le déni de capacité juridique conduit souvent à la privation de liberté et à des interventions médicales forcées, ce qui soulève des questions non seulement à propos de l'interdiction de la détention arbitraire et des traitements cruels, inhumains ou dégradants, mais aussi concernant le droit à la santé.

32. Avant l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, divers instruments non contraignants aidaient les États à recenser les obligations qui leur incombent de protéger les droits des personnes handicapées dans le cadre d'un traitement (voir les résolutions 37/53, 46/119 et 48/96 de l'Assemblée générale). Certains de ces instruments reconnaissaient l'existence de normes et des droits importants, mais les garanties qu'ils contenaient étaient souvent vidées de leur sens dans la pratique quotidienne (voir les documents E/CN.4/2005/51, par. 88 à 90, et A/58/181). Étant donné que le droit à la santé garantit la protection contre la discrimination et les traitements et internements forcés, il faut également comprendre qu'il garantit le droit à un traitement et à l'intégration au sein de la communauté. Le non-respect de ce droit et d'autres libertés est l'un des principaux facteurs de contrainte et d'internement.

33. Le Comité des droits des personnes handicapées insiste sur l'importance du plein respect de la capacité juridique, sur l'interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap et sur l'élimination des traitements forcés (voir A/HRC/34/32, par. 22 à 33)²⁴.

²² Voir OMS, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » (2013), p. 7.

²³ Voir aussi Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014) sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, par. 13.

²⁴ Voir aussi la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 12 et 14), l'observation générale n° 1 et les directives du Comité des droits des personnes handicapées concernant l'article 14 de la Convention.

Il s'agit de pallier l'insuffisance des seules garanties procédurales en imposant l'obligation d'accorder une attention prioritaire à des solutions de remplacement non coercitives et à l'intégration au sein de la communauté pour garantir les droits des personnes handicapées. Tous les mécanismes de protection des droits de l'homme n'ont pas adopté le principe de l'interdiction absolue de l'internement et du traitement non consenti défini par le Comité. C'est le cas notamment du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (voir CAT/OP/27/2), du Comité contre la torture²⁵ et du Comité des droits de l'homme²⁶. Toutefois, leur interprétation des exceptions justifiant le recours à la contrainte est plus limitative, ce qui fait écho aux débats en cours sur la question. En particulier, dans les Principes de base et Lignes directrices des Nations Unies sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal, le Groupe de travail sur la détention arbitraire a fait siennes les dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées pour ce qui est des garanties relatives à l'interdiction de la détention arbitraire (voir A/HRC/30/37, par. 103 à 107).

34. À l'heure actuelle, les débats sur la manière dont les obligations relatives au traitement non consenti doivent être appliquées à la lumière des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées sont dans une impasse en raison des diverses interprétations adoptées par les mécanismes internationaux de protection des droits de l'homme. Le Rapporteur spécial a suivi l'évolution de ces débats et espère que l'on parviendra à un consensus en vue de s'orienter rapidement vers un renforcement des politiques et des services en matière de santé mentale. Il entend participer activement à ces processus et rendre compte ensuite des progrès réalisés dans ce domaine.

V. Cadre du droit à la santé mentale

A. Obligations

35. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels offre un cadre juridiquement contraignant applicable au droit au meilleur état de santé mentale susceptible d'être atteint, qui est complété par des normes juridiques établies, entre autres, par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. Les États parties ont l'obligation de respecter, de protéger et de réaliser le droit de chacun à la santé mentale au moyen de lois, de règlements, de politiques, de programmes, de mesures budgétaires et d'autres initiatives au niveau national.

36. Le droit à la santé mentale comprend des obligations et des prescriptions immédiates imposant de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour s'acquitter progressivement d'autres obligations s'y rapportant²⁷. Les États doivent utiliser des indicateurs et des critères appropriés pour suivre les progrès accomplis, notamment en ce qui concerne la réduction et l'élimination du recours à la contrainte médicale. Les indicateurs devraient être ventilés, entre autres, par sexe, âge, race et appartenance ethnique, handicap et situation socioéconomique. Les États doivent consacrer le maximum des ressources disponibles à la réalisation du droit à la santé, mais à l'échelle mondiale, les dépenses consacrées à la santé mentale représentent moins de 10 % des dépenses en matière de santé physique.

37. Certaines obligations, notamment certaines libertés et obligations fondamentales, ne peuvent pas faire l'objet d'une mise en œuvre progressive et doivent être immédiatement suivies d'effets. L'élaboration d'une stratégie nationale de santé publique et l'accès non

²⁵ Voir les documents CAT/C/FIN/CO/7, par. 22 et 23 ; CAT/C/FRA/CO/7, par. 29 et 30 ; CAT/C/AZE/CO/4, par. 26 et 27 ; et CAT/C/DNK/CO/6-7, par. 40 et 41.

²⁶ Voir l'observation générale n° 35 (2014) sur la liberté et la sécurité de la personne.

²⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, par. 1, art. 2.

discriminatoire aux services de santé figurent parmi ces obligations fondamentales²⁸. En ce qui concerne le droit à la santé mentale, cette obligation consistera à élaborer une stratégie nationale en matière de santé mentale accompagnée d'une feuille de route visant à éliminer les traitements forcés et à promouvoir l'égalité d'accès à des services de santé mentale fondés sur les droits, notamment la répartition équitable des services au sein de la communauté.

B. Coopération internationale

38. Les instruments internationaux reconnaissent l'obligation de coopération internationale dans le domaine du droit à la santé, cette responsabilité étant renforcée par l'engagement en faveur d'un partenariat mondial pour le développement durable qui correspond à l'objectif de développement durable n° 17. Les États à revenu élevé ont l'obligation particulière de fournir une assistance aux pays à faible revenu en ce qui concerne le droit à la santé, y compris la santé mentale. Il existe une obligation immédiate de s'abstenir de fournir toute coopération en matière de développement à des systèmes de soins de santé mentale discriminatoires ou dans lesquels sont commis des actes de violence, de torture ou d'autres violations des droits de l'homme. La coopération pour le développement axée sur les droits de l'homme devrait servir à appuyer une combinaison équilibrée d'activités de promotion de la santé, d'interventions psychosociales et d'autres traitements de remplacement au sein de la communauté pour protéger efficacement les personnes contre des soins cliniques discriminatoires, arbitraires, excessifs, inappropriés ou inefficaces.

39. Malgré cette obligation, force est malheureusement de constater que la santé mentale est encore négligée dans le cadre de la coopération pour le développement et d'autres politiques internationales relatives au financement de la santé. Entre 2007 et 2013, 1 % seulement de l'aide internationale dans le domaine de la santé a été consacré à la santé mentale²⁹. En période de crises humanitaires, aussi bien pendant les phases de secours que de relèvement, l'aide internationale doit inclure un soutien psychosocial afin de renforcer la résilience face à d'énormes difficultés et souffrances. Dans d'autres situations, lorsqu'une coopération a été offerte, la priorité a été donnée à l'amélioration des hôpitaux psychiatriques et des établissements de soins de longue durée qui étaient intrinsèquement incompatibles avec les droits de l'homme³⁰.

40. L'assistance et la coopération internationales prennent également la forme d'un appui technique en faveur de politiques et pratiques de santé mentale fondées sur les droits. L'initiative QualityRights de l'OMS est un exemple louable de ce type d'assistance technique. Le Rapporteur spécial se félicite également de l'appui fourni récemment par la Banque mondiale et l'OMS pour placer les questions relatives à la santé mentale au cœur du programme de développement au niveau mondial. Il faut toutefois veiller à ce que de telles initiatives mondiales prennent en considération la totalité des droits de l'homme. En particulier, les institutions multilatérales devraient accorder la priorité à la réalisation du droit à la santé des personnes les plus vulnérables, telles que les personnes handicapées. Un programme mondial axé sur l'anxiété et la dépression (troubles mentaux fréquents) peut être le signe d'une incapacité à inclure les personnes qui ont le plus besoin de changements axés sur les droits dans les services de santé mentale. Ce type de programmes sélectifs peut avoir pour effet d'encourager les pratiques fondées sur la médicalisation des réactions humaines et de ne pas bien s'attaquer aux problèmes structurels tels que la pauvreté, les inégalités, les stéréotypes sexistes et la violence.

41. Les États ont l'obligation de protéger les citoyens contre les préjudices causés par des tiers, y compris dans le secteur privé, et devraient veiller à ce que les acteurs privés appuient la réalisation du droit à la santé mentale tout en comprenant bien leur rôle et leurs obligations en la matière.

²⁸ 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. 43 à 45.

²⁹ Seth Mnookin, « Out of the shadows: making mental health a global development priority », Groupe de la Banque mondiale et OMS (2016), p. 13.

³⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 5, par. 15.

C. Participation

42. La réalisation effective du droit à la santé requiert la participation de tous, en particulier de ceux qui vivent dans la pauvreté et en situation de vulnérabilité, à la prise de décisions dans les organes législatifs et exécutifs ainsi que dans les communautés et les services de santé. Au niveau de la population, pour permettre à chacun de participer vraiment aux décisions concernant sa santé et son bien-être, il importe d'engager une collaboration multisectorielle et sans exclusive avec les parties prenantes, telles que les utilisateurs et anciens utilisateurs des services de santé mentale, les décideurs, les prestataires de services, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les professionnels du droit, la police, les soignants, les familles et la communauté dans son ensemble.

43. Les établissements de santé doivent donner la possibilité aux patients, en tant que titulaires de droits, d'exercer leur autonomie, de participer effectivement et activement à toutes les décisions qui les concernent, de faire leurs propres choix concernant leur santé, y compris leur santé sexuelle et procréative, et leur traitement, en bénéficiant d'un appui approprié si besoin.

44. L'approche participative dans le domaine des services de santé mentale est un phénomène relativement récent et son application est compliquée par les inégalités de pouvoir profondément marquées dans les systèmes de santé mentale³¹. Il est important de favoriser l'autonomisation des personnes, surtout de celles qui ont des besoins particuliers en matière de santé mentale, en appuyant les initiatives visant à défendre ses propres intérêts, les réseaux de soutien par les pairs, les dialogues à trois et autres initiatives de sensibilisation menées par les utilisateurs de services, ainsi que de nouvelles méthodes de travail, par exemple la coproduction, qui garantissent une participation réelle et représentative à la conception et à la prestation des services de santé. À cet égard, il est essentiel d'accorder de l'espace à la société civile et de soutenir les activités des ONG pour rétablir la confiance entre les prestataires de soins et les titulaires de droits utilisant leurs services.

D. Non-discrimination

45. Le droit international des droits de l'homme garantit le droit à la non-discrimination en matière d'accès aux services de soins de santé mentale, de prestation de ces services, et en ce qui concerne les éléments fondamentaux déterminants de la santé³². Le droit à la santé mentale repose aussi sur l'égalité et la non-discrimination dans l'exercice de tous les autres droits de l'homme, qui peuvent eux-mêmes être considérés comme des facteurs fondamentaux déterminants de la santé³³.

46. Des formes multiples et croisées de discrimination continuent de faire obstacle à l'exercice du droit à la santé mentale de certaines personnes, notamment des femmes et des personnes appartenant à des minorités raciales et ethniques souffrant d'un handicap. La discrimination et les inégalités sont à la fois une cause et une conséquence d'une mauvaise santé mentale, et elles ont des incidences à long terme sur la morbidité, la mortalité et le bien-être³⁴. La discrimination, les stéréotypes préjudiciables (notamment sexistes) et la stigmatisation au sein de la communauté, dans la famille, à l'école et sur le lieu de travail ne permettent pas d'avoir des relations saines, de nouer des relations sociales et d'évoluer dans un environnement bienveillant et ouvert à tous, alors que ces éléments sont nécessaires à la bonne santé mentale et au bien-être de chacun. De même, les attitudes

³¹ Voir Judi Chamberlin, « User/consumer involvement in mental health service delivery », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, n° 1 (mars 2005).

³² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 18, document A/61/338, par. 18, et Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25 et 26.

³³ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels.

³⁴ Voir Kate Pickett et Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better* (Londres, Penguin Books, 2010).

discriminatoires qui ont des effets sur les politiques, les lois et les pratiques constituent des obstacles pour ceux qui ont besoin d'un soutien affectif et social et/ou d'un traitement. En conséquence, les individus et les groupes vulnérables qui sont victimes de discrimination en droit et/ou dans la pratique sont privés de leur droit à la santé mentale.

47. La discrimination, qu'elle soit de droit ou de fait, continue d'avoir une incidence sur les services de santé mentale, en privant les utilisateurs de ces services d'une série de droits, notamment le droit de refuser un traitement, le droit à la capacité juridique et au respect de la vie privée ainsi que d'autres droits civils et politiques. Le rôle de la psychiatrie et d'autres professions en rapport avec la santé mentale est particulièrement important et des mesures doivent être prises pour que les pratiques de ces professions ne perpétuent pas la stigmatisation et la discrimination.

48. Il est important de reconnaître le rôle complexe qu'un diagnostic de trouble mental joue dans la vie d'un individu. Si de nombreuses personnes accueillent favorablement tel ou tel diagnostic car cela leur permet d'avoir accès à des services et de mieux comprendre leur santé mentale, d'autres trouvent cela inutile voire stigmatisant. Les diagnostics de santé mentale ont été utilisés à mauvais escient pour désigner comme pathologiques certains traits identitaires ou certaines caractéristiques de la diversité, et cela s'est notamment traduit par une tendance à médicaliser la misère humaine. La pathologisation des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) réduit leur identité à une maladie, ce qui aggrave la stigmatisation et la discrimination dont elles sont victimes.

49. Le problème ne réside pas dans le diagnostic lui-même mais dans les pratiques discriminatoires que subit la personne diagnostiquée, lesquelles peuvent causer plus de tort que le diagnostic lui-même. Les personnes concernées souffrent plus fréquemment des aspects discriminatoires et inappropriés des « soins » qui leur sont prodigués que des effets naturels des troubles de santé mentale qu'elles présentent.

50. La notion de diversité doit s'entendre au sens large, en étant conscient de la diversité de l'expérience humaine et des différentes manières qu'ont les individus d'appréhender et de mener leur existence. Le respect de cette diversité est essentiel pour mettre fin à la discrimination. Les initiatives menées par des pairs et les groupes d'entraide qui aident à normaliser des modes de vie considérés comme non conventionnels contribuent à rendre la société plus tolérante, plus pacifique et plus juste.

E. Principe de responsabilité

51. Le principe de responsabilité en ce qui concerne l'exercice du droit à la santé mentale repose sur trois éléments : a) surveillance ; b) examen indépendant et non indépendant, par exemple par des organes judiciaires, quasi judiciaires, politiques ou administratifs, ainsi que par des mécanismes de responsabilisation sociale ; et c) voies de recours et réparation. Le principe de responsabilité permet aux titulaires de droits de comprendre comment les débiteurs d'obligations assument leurs responsabilités et de demander réparation en cas de violation de leurs droits. Il donne aussi l'occasion aux débiteurs d'obligations d'expliquer leurs actions et d'apporter les changements nécessaires.

52. Au niveau international, l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et l'établissement de rapports à ce sujet par les États parties constituent un nouvel outil important de responsabilisation concernant le droit à la santé mentale des personnes ayant un handicap psychosocial, cognitif ou intellectuel. En revanche, au niveau national, les mécanismes de responsabilisation concernant le droit à la santé mentale ne sont souvent pas à la hauteur de l'objectif recherché. Le nombre croissant de tribunaux spécialisés en matière de santé mentale est particulièrement préoccupant car, au lieu de constituer un mécanisme de responsabilisation, ils légitiment la contrainte et éloignent davantage de l'accès à la justice les personnes traitées dans des services de santé mentale. Malgré les efforts louables déployés par plusieurs mécanismes nationaux de prévention, les violations des droits de l'homme dans les services de santé

mentale se multiplient et se produisent en toute impunité³⁵. Les personnes ont souvent un accès limité à la justice, y compris à des mécanismes de responsabilisation indépendants, parce qu'on considère qu'elles ne jouissent pas de la capacité juridique et ont une connaissance limitée de leurs droits, parce qu'elles ne peuvent bénéficier d'une aide juridictionnelle ou tout simplement parce que les organes de recours ne sont pas soumis à un contrôle.

53. La Convention dispose que tous les services de santé mentale destinés aux personnes handicapées doivent être contrôlés de manière effective par des autorités indépendantes (par. 3, art. 16). Les droits de l'homme doivent être incorporés dans le cadre de référence relatif à toutes les procédures de surveillance et d'examen dans le domaine de la santé mentale. Le Rapporteur spécial encourage les institutions nationales des droits de l'homme à accorder l'attention voulue au droit à la santé mentale dans le cadre de leurs activités de promotion et de surveillance. Les personnes ayant une expérience directe dans ce domaine, les membres de leur famille et la société civile devraient être associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des mécanismes de surveillance et de responsabilisation.

F. Au-delà des services de santé mentale, vers des soins et un soutien

54. La réalisation du droit à la santé mentale implique des structures, des biens et des services de soins et de soutien disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Des soins et un soutien axés sur les droits en matière de santé mentale font partie intégrante des soins de santé pour tous.

Disponibilité

55. Des services de santé mentale appropriés doivent être disponibles. Nombre de pays manquent de services de soins de santé mentale et d'aide sociale car ils privilégient un modèle purement biomédical et le placement en institution. L'augmentation de l'offre de soins ne signifie pas qu'il faut multiplier les soins inadaptés. Pour que les soins soient conformes au droit à la santé, ils doivent comprendre un large ensemble de services intégrés et coordonnés en matière de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation, de soins et de rétablissement, et la rhétorique en faveur de « l'augmentation de l'offre » doit être remplacée par des mesures visant à « développer l'intégration des services » en matière de santé mentale, y compris l'intégration de services de santé mentale dans les soins de santé primaires et généraux afin de favoriser le diagnostic et l'intervention précoces, et la mise en place de services destinés à une communauté caractérisée par la diversité³⁶. Il importe de développer les interventions psychosociales reposant sur des données factuelles et d'augmenter le nombre d'auxiliaires de santé formés dans ce domaine³⁷. Ces services doivent promouvoir le droit des personnes atteintes d'un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial, ainsi que des personnes autistes, de vivre d'une façon autonome, d'être insérées dans la société et de ne pas être isolées dans des établissements de soins inappropriés.

56. De nombreux pays font face à une pénurie de ressources humaines dans le secteur des soins de santé mentale et doivent s'employer à former du personnel, notamment des professionnels de la santé généralistes et spécialisés, des médecins généralistes et des auxiliaires de santé, ainsi que des professionnels d'autres secteurs, tels que des enseignants, des travailleurs sociaux, des agents communautaires et des membres de réseaux de pairs ayant les compétences voulues (y compris en matière de droits de l'homme).

³⁵ Voir Association pour la prévention de la torture, « Le monitoring des institutions psychiatriques », Jean-Jacques Gautier, Rapport final du symposium pour les MNP (2016), consultable à l'adresse : http://www.apr.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-fr.pdf.

³⁶ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25 et 26, et J. Jaime Miranda et al., « Transitioning mental health into primary care », *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, n° 2 (février 2017).

³⁷ OMS, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », p. 9.

Accessibilité

57. Les services de santé mentale doivent être accessibles géographiquement et financièrement sur la base du principe de non-discrimination. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, ils sont concentrés dans les grandes villes et sont inaccessibles à une grande partie de la population. Le problème est particulièrement grave dans les pays qui ont beaucoup trop souvent tendance à placer les patients dans des établissements psychiatriques ou hospitaliers inadaptés, comme en Europe centrale et orientale, et où des modèles de soins fondés sur les droits au sein de la communauté n'ont pas été élaborés³⁸. L'intégration de la santé mentale dans les hôpitaux généraux, les soins de santé primaires et les services sociaux ainsi qu'une utilisation des technologies mobiles respectueuse des droits peuvent promouvoir l'accessibilité et favoriser l'exercice du droit de vivre dans la communauté et de prendre part à ses activités. Des informations fiables sur la santé mentale doivent être accessibles au public, ainsi que des données factuelles sur les traitements, y compris sur les effets secondaires, ce qui requiert la divulgation systématique, complète et rapide de toutes les informations pharmacologiques issues des essais cliniques. Le fait d'appréhender dans leur contexte les expériences de souffrance et de détresse est essentiel pour garantir l'accessibilité aux services de soutien et de soins de santé mentale.

Acceptabilité

58. Les services de santé mentale doivent être respectueux de l'éthique médicale et des droits de l'homme, être appropriés sur le plan culturel, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à permettre aux intéressés de contrôler leur santé et leur bien-être³⁹. Ils doivent respecter les principes de l'éthique médicale et des droits de l'homme (à commencer par le principe « D'abord, ne pas nuire »), ainsi que le choix, le contrôle, l'autonomie, la volonté, la préférence et la dignité de la personne⁴⁰. Le recours excessif aux interventions pharmacologiques, aux méthodes coercitives et à l'hospitalisation est contraire au principe de ne pas nuire, ainsi qu'aux droits de l'homme. Des formations aux droits de l'homme devraient être systématiquement dispensées aux professionnels de la santé mentale. Les services doivent être adaptés sur le plan culturel et acceptables pour les personnes présentant des déficiences intellectuelles, cognitives ou psychosociales, ainsi que pour les personnes autistes, les adolescents, les femmes, les personnes âgées, les personnes autochtones ou issues de minorités, les réfugiés et les migrants, et les LGBTI. Nombre de ces personnes sont inutilement médicalisées et souffrent de pratiques coercitives fondées sur des stéréotypes sexistes inappropriés et préjudiciables.

59. Une attention particulière devrait être accordée aux femmes, car dans le domaine de la santé mentale, elles souffrent de manière disproportionnée de pratiques qui reposent sur des traditions patriarcales et paternalistes, des stéréotypes sexistes inappropriés et préjudiciables, une médicalisation des sentiments et des comportements féminins, et la contrainte. Les femmes victimes de la violence et d'inégalités dans leur famille, leur communauté et la société, et qui ont des problèmes de santé mentale se retrouvent très souvent placées, au sein d'établissements de santé mentale, dans des situations qui constituent des formes de violence, de contrainte, d'humiliation et de mépris de leur dignité. Il est inacceptable qu'après avoir subi des violations de leurs droits dans le milieu familial et dans d'autres contextes, les femmes soient à nouveau victimes de violations dans des services qui sont censés améliorer leur santé mentale. À cet égard, il est très important de souligner que les violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative ont des effets négatifs directs sur la santé mentale des femmes.

³⁸ Natalie Drew et al., « Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis », *The Lancet*, vol. 378, n° 9803 (novembre 2011).

³⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12 c).

⁴⁰ Convention relative aux droits des personnes handicapées, préambule et art. 12, 15 et 19.

Qualité

60. Les services de santé mentale doivent être de bonne qualité. Cela exige l'application de pratiques fondées sur des données factuelles visant à appuyer la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation⁴¹. Une collaboration efficace entre les différents prestataires de services et les personnes bénéficiant de ces services, leur famille et leurs partenaires de soins contribue également à améliorer la qualité des soins. Le recours excessif aux interventions biomédicales, notamment l'utilisation inappropriée ou la surprescription de médicaments psychotropes, l'usage de la contrainte et les admissions non consenties portent atteinte au droit à des soins de qualité. La priorité donnée au développement de services psychosociaux à base communautaire et la mobilisation de ressources sociales permettant d'apporter un soutien à chacun tout au long de la vie améliorera la qualité des services.

61. L'exigence de qualité oblige à se départir de l'idée que les utilisateurs de ces services sont de simples bénéficiaires de soins et à les considérer pleinement comme des titulaires actifs de droits. Pour mettre fin aux pratiques discriminatoires, les États devraient repenser la manière dont ils fournissent des soins et un soutien dans le domaine de la santé mentale (voir A/HRC/34/58).

62. En particulier, les enfants et les adultes présentant des déficiences intellectuelles ou autistes sont trop souvent victimes d'approches institutionnalisées et de pratiques trop médicalisées. Il est inacceptable que les enfants autistes soient placés en institution et médicalisés en raison de leur handicap. L'autisme constitue un défi de taille pour les services modernes de soins et de soutien, car les tentatives médicales destinées à « guérir » ce trouble se sont souvent révélées préjudiciables, entraînant une détérioration de la santé mentale des enfants et des adultes traités. Le soutien qui leur est offert ne devrait pas seulement porter sur leur droit à la santé, mais aussi sur leurs droits à l'éducation, à l'emploi et à la vie au sein de la communauté dans des conditions d'égalité avec les autres.

G. Consentement éclairé et contrainte

63. Le consentement éclairé est un élément essentiel du droit à la santé ; il s'agit autant d'une liberté que d'une garantie propre à l'exercice de ce droit (voir A/64/272). Du droit de consentir à un traitement et à une hospitalisation découle celui de refuser un tel traitement (voir E/CN.4/2006/120, par. 82). En raison de la prolifération des lois paternalistes sur la santé mentale et de l'absence de solutions de remplacement, la contrainte médicale est une pratique courante.

64. Pour la justifier, les notions de « nécessité médicale » et de « dangerosité » sont généralement invoquées. Ces principes subjectifs ne sont pas fondés sur des travaux de recherche et leur application est sujette à une interprétation large, ce qui soulève la question de leur caractère arbitraire, lequel est de plus en plus fréquemment mis en cause sur le plan juridique. La notion de « dangerosité » repose souvent sur des préjugés erronés, plutôt que sur des éléments factuels. Il existe, en outre, des arguments convaincants selon lesquels les traitements contraints, notamment à base de psychotropes, sont inefficaces, malgré leur utilisation généralisée⁴². Les décisions d'employer la contrainte relèvent de la compétence exclusive des psychiatres, dont le travail s'inscrit dans des systèmes qui sont dépourvus des moyens cliniques permettant d'essayer des options non coercitives. Dans de nombreux pays, la situation est telle qu'il n'existe aucune autre solution, l'emploi de la contrainte résultant d'une incapacité du système à protéger les droits des personnes.

65. La contrainte en psychiatrie perpétue les déséquilibres dans les rapports de force entre soignants et patients, crée un climat de méfiance, exacerbe les préjugés et la discrimination et pousse nombre de sujets à s'abstenir, par crainte, de chercher à se faire

⁴¹ OMS, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », p. 9.

⁴² Voir Steve R. Kisely et Leslie A. Campbell, « Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders », Cochrane database system (décembre 2014) ; et Hans Joachim Salize et Harald Dressing, « Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, n° 5 (octobre 2005).

aider auprès des services classiques de santé mentale. Étant donné que le droit à la santé se définit à présent dans le cadre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, il convient d'agir sans délai afin de réduire drastiquement la pratique de la contrainte médicale et de mettre un terme aux traitements psychiatriques et aux internements imposés de force. À cet égard, les États ne doivent pas laisser s'instaurer un régime de décision substitutive permettant à des tiers de donner leur consentement au nom de personnes handicapées pour la prise de décisions ayant une incidence sur leur intégrité physique ou mentale ; il convient plutôt de leur fournir un appui décisionnel constant, y compris dans les situations d'urgence ou de crise⁴³.

66. Le Rapporteur spécial prend note des préoccupations exprimées par diverses parties prenantes, particulièrement dans le secteur médical, s'agissant de l'interdiction absolue de toutes les formes de mesures non consenties⁴⁴. Il reconnaît qu'il sera long et difficile de mettre un frein à ces mesures et, à terme, de les éliminer. Néanmoins, chacun s'accorde à reconnaître que les centres de santé mentale sont le théâtre d'un nombre inacceptable d'atteintes aux droits de l'homme et que les choses doivent changer. Au lieu d'invoquer des arguments d'ordre juridique ou déontologique pour justifier le statu quo, il convient de déployer des efforts concertés pour le surmonter. Il n'est plus acceptable de ne pas agir immédiatement pour faire évoluer la situation, et le Rapporteur spécial propose cinq mesures volontaires, ciblées et concrètes :

- a) Intégrer sur le plan politique les solutions permettant de remplacer les méthodes coercitives en vue d'une réforme juridique ;
- b) Mettre au point, dans la pratique, une panoplie complète de solutions non coercitives ;
- c) Établir une feuille de route pour réduire sensiblement le recours aux pratiques médicales coercitives, dans la perspective de leur élimination, avec la participation de diverses parties prenantes, y compris des titulaires de droit ;
- d) Instaurer un échange de bonnes pratiques entre les pays et au sein de ceux-ci ;
- e) Accroître l'investissement dans la recherche ainsi que la collecte de données quantitatives et qualitatives afin de suivre les progrès réalisés dans la poursuite de ces objectifs.

H. Facteurs fondamentaux et déterminants sociaux de la santé mentale

67. Le droit à la santé est un droit qui englobe aussi bien les soins de santé que les facteurs fondamentaux et les déterminants sociaux de la santé. La notion de santé publique recouvre des dimensions qui lui sont propres et d'autres qu'elle partage avec des domaines différents, et celles-ci sont indispensables au regard du droit à la jouissance des facteurs fondamentaux et des déterminants sociaux de la santé⁴⁵. Compte tenu des liens étroits qui existent entre la santé mentale et l'environnement physique, psychosocial, politique et économique, le droit de jouir des déterminants de la santé est une condition préalable à l'exercice du droit à la santé mentale. En droit international des droits de l'homme, les États sont tenus de prendre des mesures concernant toute une gamme de facteurs fondamentaux, comme la violence, le soutien du milieu familial et la discrimination, afin de garantir le droit à la santé, en particulier pour les enfants et les femmes⁴⁶ ainsi que les personnes handicapées⁴⁷. Pour résumer, le respect, la protection et la réalisation du droit à la santé mentale supposent des mesures concertées afin de garantir certaines conditions préalables qui sont associées à la santé mentale.

⁴³ Directives sur l'article 14 de la Convention, par. 22.

⁴⁴ Voir Melvyn C. Freeman et consorts, « Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities » *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, n° 9 (septembre 2015).

⁴⁵ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12 2), et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 37.

⁴⁶ Convention relative aux droits de l'enfant, art. 24, et Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 12.

⁴⁷ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25 a) et b).

68. Plusieurs processus internationaux et régionaux ont contribué à définir quels domaines de santé publique et de justice sociale devaient être traités d'urgence pour agir au niveau des déterminants sociaux de la santé. Le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a joué un rôle précurseur en permettant de mieux mettre en lumière les déterminants sociaux de la santé⁴⁸. La médecine, et particulièrement son volet santé mentale, est dans une large mesure une science sociale et il conviendrait de tenir compte de cette donnée afin d'orienter les pratiques du domaine. Pour pleinement exploiter les données factuelles relatives aux déterminants de la santé mentale et tirer parti de ces déterminants, il convient de surmonter les inégalités, la discrimination et l'environnement physique de sorte à prendre en compte l'importance, étayée par des faits, d'un environnement psychosocial sain (voir A/70/213 par. 55 et A/71/304, par. 16 et 19)⁴⁹. Il s'agit notamment d'élaborer des politiques publiques en faveur de rapports non violents et respectueux dans les familles, à l'école, au travail, dans les communautés et au sein des services de santé et de protection sociale.

VI. Vers un nouveau modèle

A. L'impératif des droits de l'homme pour assurer la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale

69. Comme l'OMS l'a reconnu, et il faut s'en féliciter, il importe de mettre au point des stratégies fondées sur les droits, qui soient favorables à la promotion et à la protection de la santé mentale de tous les groupes de la population⁵⁰. Les facteurs personnels et sociaux, les valeurs culturelles ainsi que l'expérience du quotidien dans les familles, à l'école, au travail et dans les communautés ont une incidence sur la santé mentale de chacun. Étant donné que les enfants passent beaucoup de temps à l'école et la plupart des adultes au travail, toute mesure fondée sur les droits doit être favorable à des environnements sains, sûrs et propices qui soient exempts de violence, de discrimination et d'autres formes de mauvais traitements. De même, la santé mentale des personnes influe sur leur existence dans ces domaines et sur la santé au sein des communautés et des populations. Les démarches relatives à la promotion de la santé mentale qui ont pour point de départ les populations permettent aux systèmes de santé de dépasser la logique de la prise en charge individualisée pour agir sur toute une gamme d'obstacles structurels et d'inégalités (déterminants sociaux) susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur la santé mentale.

70. Il y a un empressement presque universel à payer les frais d'hôpitaux, les lits et les dépenses liées aux médicaments au lieu de créer une société dans laquelle chacun puisse s'épanouir. Il est regrettable que la prévention et la promotion soient des dimensions oubliées de la santé mentale. Les idées fausses et dangereuses selon lesquelles la bonne volonté et le sacrifice suffiront à assurer la santé mentale et le bien-être des populations sont venues justifier cette inaction.

71. L'obligation d'assurer les déterminants sociaux afin de promouvoir la santé mentale impose d'agir simultanément dans tous les secteurs afin de mobiliser tous les ministères compétents. Par exemple, les stratégies de prévention du suicide sont généralement destinées aux groupes à hauts risques et la dépression clinique y est abordée comme un phénomène biomédical, alors que les programmes intersectoriels qui visent à traiter les déterminants sociaux et environnementaux du suicide au moyen de démarches axées sur la population sont plus prometteurs. Les brimades à l'école sont un autre phénomène qui doit être considéré comme une priorité mondiale et nationale de santé publique. Les États devraient avant tout s'attaquer aux facteurs émotionnels et psychosociaux, et cibler les rapports humains plutôt que les personnes.

⁴⁸ *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Genève, OMS, 2008).

⁴⁹ Voir aussi OMS, « Investing in mental health: evidence for action » (2013) et « Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors », document de synthèse (2012).

⁵⁰ OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

72. Pour assurer une promotion efficace de la santé, il est indispensable de créer un environnement dans lequel les droits de l'homme soient respectés, protégés et réalisés, et qui soit exempt de toutes les formes de violence, y compris fondée sur le sexe. La prise en charge des personnes sur le plan psychosocial et dans le domaine de la santé publique doit être un composant essentiel de tout système de santé mentale fondé sur les droits, et non un luxe. Pour être pertinentes, les actions doivent être axées sur l'autonomisation afin de permettre aux personnes de disposer d'un contrôle accru sur leur santé et d'être en meilleure santé.

Adversité dans la petite enfance et à l'adolescence

73. Des travaux de recherche ont montré les effets préjudiciables qu'ont sur la santé mentale et la sphère sociale l'adversité et les expériences traumatisantes vécues pendant l'enfance⁵¹. Le stress toxique, les relations familiales et intimes marquées par la violence, le placement de jeunes enfants en institution, les brimades, la maltraitance sexuelle, physique ou émotionnelle d'enfants ainsi que la perte d'un parent ont des répercussions négatives sur le développement cérébral et l'aptitude à entretenir des rapports sains et sont, en conséquence, autant de facteurs qui entravent la capacité des enfants de réaliser pleinement leur droit à la santé lors de leur passage à l'âge adulte (voir A/HRC/32/32, par. 67 à 73, et A/70/213, par. 67).

74. Le Rapporteur spécial souligne les effets dévastateurs qu'ont les placements en institution sur les jeunes enfants, en particulier sur leur santé mentale et leur développement global⁵². Les services de santé mentale pour les enfants souffrent d'un manque d'investissements et de l'absence de normes de qualité en ce qui concerne les soins et le personnel, ce qui crée un environnement dans lequel les mauvais traitements sont courants pour les enfants handicapés ou ceux qui ont des difficultés en ce qui concerne leur développement social et émotionnel, particulièrement pour ceux qui sont placés en institution. Il existe de nombreux exemples, dans le monde, de pratiques et de services innovants dans le domaine de la santé mentale pour enfants et les travaux de recherche menés à leur sujet laissent à penser qu'ils sont efficaces, sur le plan de la promotion et s'agissant d'éviter la détérioration de l'état de santé mentale des enfants⁵³. Néanmoins, il est fréquent que ces bonnes pratiques restent à l'état de projets pilotes, la volonté politique n'étant pas là pour les reproduire et les intégrer dans les services pédiatriques généraux.

75. Étant donné que les services de santé mentale sont souvent sous-financés, la qualité médiocre des services psychiatriques en établissement entraîne des cas de surmédicalisation, de violence et d'autres formes d'atteintes aux droits des enfants, qu'il faut faire disparaître ou transformer sensiblement. Qui plus est, les programmes qui visent à lutter contre les situations d'adversité chez l'enfant doivent reposer sur des cadres participatifs qui reconnaissent les enfants comme des titulaires de droits, respectent leurs capacités d'évolution et leur donnent les moyens, ainsi qu'à leur famille, d'améliorer leur santé et leur bien-être mentaux.

B. Traitements : de l'isolement à la communauté

76. Le droit à la santé est un puissant phare qui doit permettre aux États d'évoluer vers un modèle axé sur le rétablissement des patients et la communauté, propre à favoriser l'inclusion sociale et à offrir toute une gamme de traitements fondés sur les droits ainsi qu'un appui psychosocial à l'échelle des soins primaires et spécialisés.

⁵¹ Voir Département des affaires économiques et sociales, « Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions » (2014).

⁵² Voir OMS et Gulbenkian Global Mental Health Platform, « Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities » (2015) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children » (2012).

⁵³ International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, « Textbook of child and adolescent mental health » (2015).

77. On ne peut plus considérer, aujourd'hui, que les approches biomédicales reposant sur des thérapies réductrices qui ne tiennent pas suffisamment compte du contexte et des relations sont conformes au droit à la santé. La prévalence du volet médical, même si celui-ci reste important, est devenue contre-productive, en ce qu'elle dépossède les titulaires de droits de leur libre arbitre et renforce les préjugés ainsi que l'exclusion. De nombreuses régions du monde sont dépourvues de soins non hospitaliers accessibles, acceptables et/ou d'une qualité suffisante (qui se limitent souvent à la prescription de psychotropes). On trouve la plus forte concentration d'hôpitaux psychiatriques distincts des services de soins réguliers dans les pays au revenu le plus élevé, ce qui constitue un avertissement pour les pays à revenu faible ou modéré, qui devraient adopter une approche différente et évoluer vers des soins de santé mentale fondés sur les droits⁵⁴.

Intégration de la santé mentale

78. Au nom du droit à la santé, il convient de rapprocher les soins de santé mentale des soins primaires et de la médecine générale, en intégrant santé mentale et santé physique, sur les plans professionnel, politique et géographique. Il s'agit non seulement d'intégrer les services de santé mentale dans les services de santé classiques afin que chacun puisse y avoir accès, mais aussi de faire le nécessaire pour que des groupes entiers de personnes qui d'ordinaire ne bénéficient pas de ces services, notamment les personnes handicapées, reçoivent des soins et un appui sur la base de l'égalité avec les autres. L'inclusion s'accompagne aussi de bienfaits sur le plan socioéconomique⁵⁵. La santé mentale est un enjeu universel et, en cas de besoin, les services dans ce domaine doivent être accessibles et disponibles pour tout le monde, à l'échelle des soins primaires et des soins spécialisés.

Interventions psychosociales fondamentales

79. La prescription de psychotropes peut être utile, mais toutes les personnes n'y réagissent pas nécessairement bien et dans de nombreux cas, elle n'est pas nécessaire. Prescrire des psychotropes non parce qu'ils sont indiqués et nécessaires, mais plutôt par manque d'une prise en charge efficace sur les plans psychosocial et de la santé publique, est incompatible avec le droit à la santé. À titre d'exemple, dans la plupart des cas de dépression légère et modérée, le traitement de première intention devrait se composer d'une « attente vigilante », d'un appui psychosocial et de psychothérapie.

80. Malgré l'obligation, qui découle du droit à la santé, d'offrir une prise en charge et un appui sur le plan psychosocial, cette prise en charge est malheureusement considérée comme un luxe, et non comme un élément thérapeutique essentiel ; en conséquence, elle pâtit d'un manque d'investissements durables dans les systèmes de santé, en dépit des données factuelles ayant fait la preuve de son efficacité⁵⁶. Ces interventions essentielles visent à améliorer la santé et à protéger les personnes d'une médicalisation potentiellement préjudiciable et plus invasive. Il est important de noter qu'il peut s'agir d'une prise en charge simple, peu coûteuse et ponctuelle assurée à l'échelle locale. Le personnel infirmier, les médecins généralistes, les sages-femmes, les travailleurs sociaux et les agents de santé locaux doivent disposer des compétences nécessaires dans le domaine psychosocial pour garantir l'accessibilité, l'intégration et la durabilité des soins⁵⁷. La majorité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale devraient, en première intention, bénéficier d'une prise en charge sur le plan psychosocial, et non se voir prescrire des médicaments.

⁵⁴ OMS, Atlas de la santé mentale 2014, tableau 4.1.1.

⁵⁵ Lena Morgon Banks et Sarah Polack, « The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries », London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), partie B, sect. 3.

⁵⁶ Voir John Hunsley, Katherine Elliott et Zoé Therrien, « The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders », *Canadian Psychology*, vol. 55, n° 3 (août 2014).

⁵⁷ Voir Clair Le Boutillier et consorts, « Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis », *Implementation Science*, vol. 10 (juin 2015).

Souffrance mentale et rétablissement

81. Bien qu'il soit nécessaire, pour faire évoluer le modèle de santé mentale, de déployer des services intégrés au plus près des populations, la souffrance mentale ne pourra être complètement éliminée ; il conviendra donc d'offrir des options thérapeutiques fondées sur les droits. On peut soutenir que la prise en charge des cas graves constitue le domaine dans lequel la tradition biomédicale est le plus fortement mise en cause. Il s'impose de remplacer les vestiges des rapports traditionnels inhérents aux soins psychiatriques que sont les méthodes coercitives, la médicalisation et l'exclusion, par une approche moderne du rétablissement et des services fondés sur des données probantes qui soient propres à rendre leur dignité aux titulaires de droits et à leur permettre de réintégrer leur famille et leurs communautés. Les personnes concernées peuvent très bien se remettre des plus graves troubles mentaux et vivre une existence fructueuse et bien remplie⁵⁸.

82. Il n'existe pas de définition unique du rétablissement, qu'on décrit souvent comme un cheminement personnel vers la reconquête d'une existence chargée de sens et l'acquisition d'une meilleure capacité d'adaptation. La démarche fondée sur le rétablissement, mise en application conformément aux droits de l'homme, a contribué à briser les déséquilibres de rapports de force, à rendre les personnes autonomes et à en faire des acteurs du changement, plutôt que des bénéficiaires passifs de soins. Des progrès spectaculaires ont été accomplis dans ce domaine, et, dans la pratique, l'existence d'aides et de services fondés sur des données probantes et sur la notion de rétablissement permet aujourd'hui aux personnes concernées de reprendre espoir et confiance en elles-mêmes, ainsi que de se fier de nouveau aux services proposés.

83. Le soutien par les pairs, lorsqu'il n'est pas entravé, fait partie intégrante des services fondés sur le rétablissement⁵⁹. Il donne espoir aux personnes concernées et leur permet d'apprendre les unes des autres, notamment par l'intermédiaire de réseaux d'entraide, de programmes de rétablissement, de groupes de soutien et d'unités d'urgence dirigées par des pairs. Open Dialogue, système de santé mentale qui a porté ses fruits, a complètement remplacé les traitements médicaux d'urgence en Laponie⁶⁰. Parmi les autres types de méthodes non coercitives, on peut citer les unités d'urgence de santé mentale, les centres de prise en charge, les modèles d'inclusion sociale fondés sur le développement communautaire, les médiateurs personnels, la psychiatrie à visée autonomisante et la médiation familiale. L'initiative des Maisons Soteria constitue un modèle de longue date axé sur le rétablissement, qui a été reproduit dans de nombreux pays⁶¹. La disponibilité croissante de solutions autres ainsi que les programmes d'enseignement et de formation sur la question des mesures non consenties sont des indicateurs cruciaux qui permettent d'apprécier les progrès d'ensemble accomplis dans la réalisation du droit à la santé.

VII. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

84. La santé mentale a souvent été négligée et, lorsque des ressources y sont octroyées, elle est dominée par des modèles et des comportements inefficaces et préjudiciables ainsi que des déséquilibres. Il en découle actuellement que les besoins relatifs à la promotion de la santé mentale fondée sur les droits et aux soins en la matière sont largement non satisfaits. Trop souvent, des personnes de tous âges qui

⁵⁸ Voir Richard Warner, « Does the scientific evidence support the recovery model? », *The Psychiatrist*, vol. 34, n° 1 (janvier 2010).

⁵⁹ Voir Sarah Carr, « Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support », University of Birmingham, policy paper n° 18 (février 2014).

⁶⁰ Voir Jaako Seikkula et consorts, « Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies », *Psychotherapy Research*, vol. 16, n° 2 (mars 2006).

⁶¹ Voir Tim Calton et consorts, « A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, n° 1 (janvier 2008).

souffrent de troubles mentaux pâtissent d'un manque de soins et d'aide ou font les frais de services inefficaces et préjudiciables.

85. Il est inacceptable de ne pas remettre en cause le statu quo afin de s'attaquer aux violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé mentale. Alors que la santé mentale devient une priorité politique, il est capital d'apprécier, dès à présent, l'incapacité à planifier une meilleure voie à suivre, pour parvenir à un consensus concernant la manière d'investir au mieux.

86. En s'intéressant au fardeau mondial que représentent les obstacles à la santé mentale, on peut soutenir que ceux-ci ont des répercussions plus graves que les troubles mentaux eux-mêmes. Les crises dans le domaine de la santé mentale devraient être prises en charge non pas en tant que crises qui relèvent de pathologies particulières, mais en tant que crises fondées sur des obstacles sociaux qui entravent les droits des personnes. Les politiques de santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques.

87. Pour opérer le changement de modèle qui s'impose d'urgence, il convient de donner la priorité à des politiques innovantes axées sur les populations, de cibler les déterminants sociaux et de se défaire du modèle médical prédominant qui s'attache à guérir des personnes en ciblant des « troubles ».

88. La situation actuelle présente une occasion unique d'agir dans le domaine de la santé mentale. La reconnaissance par la communauté internationale du fait que la santé mentale est un impératif sanitaire au niveau mondial, notamment dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, est encourageante. Le cadre du droit à la santé fournit aux États des orientations sur la manière dont les politiques fondées sur les droits, et les investissements, doivent être canalisés de façon à assurer la dignité et le bien-être de tous. Pour parvenir à une égalité entre santé physique et mentale, la santé mentale doit être intégrée dans les soins de santé primaires et généraux en faisant participer toutes les parties prenantes à l'élaboration de politiques publiques tenant compte des facteurs fondamentaux. Il convient de multiplier les prises en charge sur le plan psychosocial qui sont efficaces à l'échelle locale et de se départir de la culture de contrainte, d'isolement et de surmédicalisation.

89. Des initiatives prometteuses qui remettent en cause le statu quo sont déjà en place partout dans le monde, y compris dans les pays à revenu faible ou modéré. Ménager un espace, en déployant une forte volonté politique et en octroyant les ressources nécessaires, pour permettre que ces pratiques prennent forme dans les communautés est un puissant levier pour promouvoir et faire advenir les changements qui s'imposent.

90. Le Rapporteur spécial entend élaborer, à la faveur d'un processus inclusif et participatif et d'un dialogue ouvert, des lignes directrices sur les droits de l'homme et la santé mentale dont pourront s'inspirer toutes les parties prenantes pour appliquer des politiques de santé mentale fondées sur les droits dans leurs domaines d'activité. Il accueille avec intérêt les contributions et les suggestions à cet égard.

B. Recommandations

91. Le Rapporteur spécial appelle les dirigeants à s'attaquer au fardeau mondial que sont les obstacles à la santé mentale et à intégrer dans les politiques publiques des initiatives de santé mentale fondées sur les droits. Entre autres choses, les États doivent prendre fait et cause pour les efforts politiques déployés au niveau international, la psychiatrie professionnelle doit jouer un rôle moteur en évaluant de manière constructive l'approche qui est la sienne au regard de la nécessité d'un changement de cap, les chefs des services de santé mentale doivent être à la pointe du changement en montrant l'exemple et les agents municipaux doivent se faire les champions de l'innovation sur le terrain. Ces personnes doivent travailler en

partenariat avec leurs administrés, y compris les personnes souffrant de troubles intellectuels, cognitifs et psychosociaux et les personnes autistes.

92. Pour résoudre les déséquilibres de l'approche biomédicale dans les services de santé mentale, le Rapporteur spécial recommande ce qui suit :

a) Les États doivent prendre des mesures immédiates pour instaurer des cadres de participation inclusifs et utiles aux fins de l'élaboration des politiques publiques et de la prise des décisions qui s'y rapportent, afin de faire participer, entre autres, les psychologues, les assistants sociaux, le personnel infirmier, les usagers des services de santé mentale, la société civile et les personnes qui vivent dans la pauvreté et dans des situations de grande vulnérabilité ;

b) Les États et les autres parties intéressées, notamment les acteurs des milieux universitaires, doivent revoir les priorités de la recherche en santé mentale pour que soient menés des travaux de recherche indépendants, participatifs et de qualité dans le domaine des sciences sociales et que soient créées des plateformes répondant aux mêmes critères, qui permettent d'envisager des modèles de services non coercitifs ;

c) Les États doivent collaborer avec les milieux universitaires pour combler le fossé des connaissances qui existe dans les cursus médicaux en matière de santé mentale fondée sur les droits et les données probantes.

93. Pour veiller à ce que les facteurs fondamentaux et les déterminants sociaux qui se rapportent à la promotion de la santé mentale pour tous soient pris en compte, le Rapporteur spécial préconise aux États :

a) De donner, dans les politiques publiques, la priorité à la promotion et à la prévention en matière de santé mentale, en augmentant les investissements à ces fins dans l'ensemble des ministères pertinents ;

b) De prendre des mesures immédiates pour élaborer des politiques publiques qui permettent, en s'inspirant des objectifs de développement durable, de traiter les problèmes de santé mentale et les questions liées au développement dans la petite enfance et à l'adolescence, en donnant la priorité à la promotion et à la prise en charge sur le plan psychosocial ;

c) De prendre des mesures politiques et législatives aux fins de la prévention de la violence dans tous les cadres d'existence, d'étude et de travail ;

d) De prendre des mesures immédiates afin de s'attaquer aux stéréotypes sexistes préjudiciables, à la violence fondée sur le sexe et à l'accès aux services de santé sexuelle et procréative ;

e) De prendre des mesures immédiates pour éliminer la pratique des châtements corporels contre les enfants et leur placement en institution, y compris en ce qui concerne les enfants handicapés.

94. Pour que la coopération internationale permette de réaliser le droit à la santé mentale et le Programme de 2030, les États ainsi que les institutions multilatérales et internationales devraient :

a) Couper totalement toutes les aides financières octroyées aux internats réservés aux patients psychiatriques, aux grands hôpitaux psychiatriques et aux autres infrastructures et services réservés aux patients souffrant de troubles mentaux ;

b) Intégrer le droit à la santé mentale dans les stratégies et les interventions en matière de santé, de réduction de la pauvreté et de développement, et l'inclure expressément dans les politiques et plans de santé généraux et prioritaires ;

c) Promouvoir la santé mentale à l'échelle mondiale dans toutes les activités de suivi menées au titre des objectifs de développement durable, y compris les forums politiques de haut niveau.

95. Pour veiller à ce que les services de santé garantissent le droit de tous à la santé mentale, les États devraient :

- a) Faire participer les usagers à la conception, la mise en œuvre, la prestation et l'évaluation des services, des systèmes et des politiques de santé mentale ;
 - b) Cesser d'investir directement dans les soins en institution et réorienter les financements vers des services communautaires ;
 - c) Investir dans les services psychosociaux qui sont intégrés dans les services de santé primaire et les services communautaires, afin de rendre les usagers indépendants et de respecter leur autonomie ;
 - d) Investir davantage dans les services de santé mentale et les modèles de prise en charge autres ;
 - e) Mettre au point une série d'interventions psychosociales appropriées, acceptables (notamment sur le plan culturel) et de bonne qualité en tant que composant essentiel de la couverture sanitaire universelle ;
 - f) Prendre des mesures ciblées et concrètes pour réduire sensiblement la pratique de la contrainte médicale et s'employer à mettre un terme à tous les traitements psychiatriques contraints et à la pratique de l'isolement ;
 - g) Solliciter l'appui technique du programme QualityRights de l'OMS pour évaluer et améliorer la qualité des soins de santé mentale.
-