



Assemblée générale

Distr. générale
15 avril 2020
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Quarante-quatrième session

15 juin-3 juillet 2020

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**

Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

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

Résumé

Dans le présent rapport, soumis en application de la résolution 42/16 du Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial se penche sur les éléments nécessaires à l'établissement d'un programme mondial fondé sur les droits pour faire progresser le droit à la santé mentale.

Le Rapporteur spécial se félicite que la communauté internationale reconnaisse qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale ; il accueille avec satisfaction les différentes initiatives prises au niveau international pour faire avancer toutes les composantes de la santé mentale dans le monde, à savoir la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et le rétablissement. Toutefois, il souligne aussi que malgré des tendances prometteuses, la situation reste globalement marquée par une incapacité de la communauté internationale à remédier aux violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé mentale. Un tel statu quo renforce le cercle vicieux de la discrimination, de la perte d'autonomie, de la coercition, de l'exclusion sociale et de l'injustice. Pour briser ce cercle, il faut appréhender la détresse, le traitement et le soutien de manière plus large et s'éloigner autant que possible de la conception purement biomédicale de la santé mentale. Il convient de mener des discussions aux niveaux mondial, régional et national pour examiner la manière dont les problèmes de santé mentale doivent être compris et traités. Ces discussions et les initiatives prises doivent reposer sur les droits, avoir une dimension globale et s'inspirer du vécu des plus délaissés par les systèmes, institutions et pratiques sociopolitiques délétères.

Le Rapporteur spécial formule un certain nombre de recommandations à l'intention des États, des organisations représentant le milieu professionnel de la psychiatrie, et de l'Organisation mondiale de la Santé.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Santé mondiale : progrès, défis, points de convergence et consensus lézardé	3
A. Priorités et angles d'approche circonstanciels	4
B. Participation et rapports de force à l'échelle mondiale	5
C. Normalisation et données fondées sur la pratique	7
D. Déterminants de la santé et mesure.....	7
III. Surmédicalisation et menaces pour les droits de l'homme.....	9
A. De « mauvais » à « fou » : pouvoir médical et contrôle social	9
B. Liste des médicaments essentiels de l'OMS et santé mentale	11
C. Un risque de surmédicalisation tout au long de la vie dans certains groupes	13
IV. D'autres solutions fondées sur les droits : caractéristiques essentielles, principes fondamentaux et application d'un cadre normatif.....	14
A. Développer les solutions de remplacement : une obligation fondamentale au titre du droit à la santé.....	15
B. D'autres modèles de services de santé mentale, respectueux des droits de l'homme : concepts et principes clefs de l'aide fondée sur les droits	15
C. Principes clefs	16
D. La responsabilisation dans la transformation des systèmes	18
V. Menaces mondiales et futures tendances.....	19
A. Prise en compte du droit à la santé mentale dans tous les contextes mondiaux	19
B. Changements climatiques	19
C. Surveillance numérique	20
D. La maladie à coronavirus (COVID-19) et ses effets sur la santé mentale.....	21
VI. Conclusions et recommandations	21

I. Introduction

1. Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale. Depuis plusieurs dizaines d'années, on sait qu'il existe des liens forts entre l'esprit, le corps et l'environnement. Or, à l'aube de la troisième décennie de ce millénaire, la parité entre santé mentale et santé physique n'a été atteinte nulle part dans le monde, ce qui demeure un obstacle majeur au développement humain. Le message important à tirer de cet échec collectif est que si l'on n'accorde pas l'attention voulue aux droits de l'homme, aucun investissement dans la santé mentale ne portera ses fruits. Les violations des principes universels des droits de l'homme menacent l'environnement physique, politique, social et économique et sapent les efforts déployés pour promouvoir la santé mentale et le bien-être.

2. L'idée générale est claire : il ne peut y avoir de bonne santé mentale sans droits de l'homme. Il y a plus de soixante-dix ans de cela, la Charte des Nations Unies a institué les trois piliers fondateurs du système des Nations Unies : les droits de l'homme, la paix et la sécurité et le développement. Ces éléments, qui revêtent tous la même importance, constituent un cadre de partage équitable des responsabilités applicable à tout l'éventail des activités multilatérales, y compris la santé mentale. Inversement, il est essentiel de promouvoir et de protéger la santé mentale et le bien-être de chacun, dès la petite enfance, pour soutenir ces trois piliers. Cela montre bien l'importance que revêt la manière dont les parties prenantes investissent dans la santé mentale au regard de l'élaboration d'un modèle porteur de changement qui aidera la communauté mondiale à se préparer à un avenir radicalement différent, juste et plus pacifique.

3. Tout au long de son mandat, le Rapporteur spécial a cherché à mettre l'accent sur l'importance que revêt la santé mentale dans le cadre du droit à la santé et à faire mieux connaître la relation d'interdépendance unique qui existe entre la santé mentale et la pleine jouissance de tous les droits de l'homme. Depuis le rapport qu'il a soumis au Conseil des droits de l'homme en 2017 (A/HRC/35/21), la santé mentale n'a cessé de gagner en visibilité sur la scène mondiale. Si cette reconnaissance internationale est la bienvenue, il faut, dans les discussions menées aux niveaux mondial, régional et national, davantage mettre l'accent sur la compréhension de la santé mentale et les mesures à prendre dans ce domaine. Ces discussions et les actions qui en découlent doivent reposer sur les droits, être globales et s'inspirer du vécu des plus délaissés par les systèmes, institutions et pratiques sociopolitiques délétères. Dans le dernier rapport qu'il a soumis au Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial s'est penché sur les progrès accomplis au niveau mondial dans la transition vers des pratiques fondées sur les droits dans le domaine de la santé mentale.

II. Santé mondiale : progrès, défis, points de convergence et consensus lézardé

4. Par l'expression « santé mentale dans le monde » on entend à la fois un mouvement en particulier, à savoir le *Movement for Global Mental Health* (Mouvement en faveur de la santé mentale dans le monde), qui vise à améliorer l'accès aux services de santé mentale, et les activités plus vastes et plus hétéroclites de sensibilisation, de militantisme et de recherche, qui apportent un éclairage d'importance cruciale. La manière dont la santé mentale dans le monde est et a été envisagée revêt une importance capitale lorsqu'il s'agit de fixer les priorités mondiales concernant la définition de la santé mentale mondiale et la fourniture de soins dans ce domaine, et, par la suite, le traitement qui est réservé aux droits de l'homme¹.

A. Priorités et angles d'approche circonstanciels

5. Les différences au sein des pays à faible revenu, des pays à revenu intermédiaire et des pays à revenu élevé et entre ces trois catégories de pays sont autant d'angles d'approche

¹ Voir Alison Howell, China Mills et Simon Rushton, « The (mis)appropriation of HIV/AIDS advocacy strategies in global mental health: towards a more nuanced approach », *Globalization and Health*, vol. 13, n° 44 (2017).

très différents pour appréhender ce que l'on entend par « santé mentale » et par « handicaps y afférents » et pour mener les activités de sensibilisation dans ce domaine. Le contexte revêt une importance fondamentale. Certains pays disposent d'un système psychiatrique bien établi, hérité du régime colonial, tandis que d'autres n'ont aucun système psychiatrique institutionnalisé en place. L'expérience du colonialisme et ses liens avec la psychiatrie varient considérablement d'un pays à l'autre.

6. Le discours varie d'un système politique ou social à l'autre quant à la manière dont la bonne santé mentale peut être compromise, en amont, par les choix politiques opérés. Le Rapporteur spécial avait précédemment appelé l'attention sur la manière dont les déterminants fondamentaux et sociaux de la santé pouvaient avoir des effets néfastes sur la santé mentale des individus et des sociétés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des systèmes de santé mentale. Ces effets néfastes peuvent découler de violations généralisées des droits économiques et sociaux, causées par exemple par des politiques néolibérales et des mesures d'austérité. En outre, les violations généralisées des droits civils et politiques qui entraînent une discrimination structurelle et des actes de violence dirigés contre différentes communautés ainsi que la restriction de l'espace réservé à la société civile peuvent également nuire à la santé mentale.

7. Dans de nombreux pays à revenu élevé, l'accent a principalement été mis sur l'amélioration des systèmes de santé mentale existants ainsi que sur les campagnes visant à combattre la surmédicalisation et à réduire le recours à cette pratique. De nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont réorienté leurs politiques afin d'élargir ou d'accroître l'accès à des services de santé mentale analogues à ceux des pays à revenu élevé et, parallèlement, ont mené sur le terrain des activités de sensibilisation axées sur le développement de dispositifs de soutien appartenant à la communauté et dirigés par les pairs². Au niveau mondial, la santé mentale doit changer d'orientation dans pratiquement tous les contextes, même si la forme que prendra ce changement dans la pratique est loin de faire l'unanimité.

8. Les angles d'approche circonstanciels contribuent grandement à ce que les stratégies de sensibilisation ne soient pas transposées sans discernement des pays du Nord aux pays du Sud. Certains experts considèrent que les infrastructures de santé mentale moins bien établies, en particulier dans les pays à faible revenu, entravent la réalisation du droit à la santé mentale et des droits consacrés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Ils affirment que les exigences inscrites dans la Convention sont irréalistes, voire qu'elles nuisent à la promotion et à la protection des droits de l'homme lorsque les ressources sont aussi limitées. D'autres estiment que les infrastructures de santé mentale moins bien établies offrent des perspectives de changement et d'innovation créative. La reconnaissance de ces nuances qui varient selon les contextes et des facteurs sociopolitiques plus larges qui les façonnent permet de constater que, même si ce statu quo mondial dominant en matière de santé mentale existe, il se lézarde sous l'effet de ces expériences et mouvements divergents et puissants.

9. Dans le monde entier, les systèmes de santé mentale sont sous l'emprise d'un modèle biomédical réductionniste, dans lequel la médicalisation sert à justifier le recours systématique aux mesures coercitives et où les diverses réactions humaines face aux déterminants fondamentaux et sociaux néfastes (comme les inégalités, la discrimination et la violence) sont qualifiées de « troubles » nécessitant un traitement. Dans un tel contexte, les principes fondamentaux de la Convention relative aux droits des personnes handicapées sont remis en cause et ignorés. Les partisans de cette approche font fi des éléments tangibles permettant d'affirmer qu'un bon investissement doit cibler les populations, les liens sociaux et d'autres déterminants, plutôt que les individus et leurs cerveaux.

10. Se libérer de cette emprise requiert de prendre des mesures en faveur des droits de l'homme qui soient réellement porteuses de changement. Toutefois, ce ne serait pas respecter le droit à la santé que de focaliser ces mesures uniquement sur le renforcement des systèmes

² Voir TCI Asia, « Turning the tables: the imperative to reframe the debate towards full and effective participation and inclusion of persons with psycho-social disabilities. Excerpts from 'Galway-Trieste' conversations – part IV », 28 octobre 2019.

et établissements de soins de santé mentale défailants. Ces mesures devraient plutôt être réorientées sur le renforcement des communautés et l'élargissement des pratiques fondées sur les faits qui traduisent toute la diversité des expériences. Cette réorientation pilotée par les communautés ouvre la voie à l'intégration et à la cohésion sociales nécessaires pour promouvoir la santé mentale et le bien-être de manière plus efficace et plus humaine³.

11. Dans le monde entier, les ressources allouées à la santé mentale sont insuffisantes, notamment celles affectées aux activités de promotion, d'appui et de recherche menées par les personnes handicapées. Les États n'investissent pas suffisamment dans le renforcement des capacités des acteurs de la société civile, notamment celles des organisations de personnes handicapées, des défenseurs des droits de l'homme et des milieux universitaires, en ce qui concerne la Convention relative aux droits des personnes handicapées et ses liens conceptuels avec d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme, en particulier ceux qui consacrent le droit à la santé. Ainsi, très peu de publications, notamment universitaires, ont été consacrées à la question de savoir quelle forme pourrait prendre une approche de la santé mentale fondée sur les droits dans divers contextes et pratiques. Des cadres fondés sur les droits commencent à apparaître et peuvent servir de fondement à l'expansion et au développement de futures communautés de pratiques au sein des systèmes de santé mentale existants et au-delà⁴.

12. La Déclaration de Bali d'août 2018, publiée par Transforming Communities for Inclusion-Asia Pacific, a été élaborée par des personnes présentant un handicap psychosocial et des défenseurs inter-handicaps de 21 pays de la région Asie-Pacifique. Ils y ont affirmé que, dans le domaine de la santé mentale, il fallait se libérer de l'emprise du modèle médical au profit d'un modèle inclusif. Au lieu de s'attacher à réformer les systèmes qui violent les droits, il faudrait s'efforcer de cultiver et de renforcer la mobilisation actuelle en faveur des programmes qui sont non brutaux, dirigés par les pairs, qui tiennent compte des traumatismes subis et qui sont menés par la collectivité, et des pratiques thérapeutiques et culturelles que privilégient les groupes locaux de personnes présentant un handicap psychosocial, en prêtant attention au mouvement qui, dans le monde, défend les solutions non médicales ou progressistes s'appuyant sur l'entourage. Des organisations d'autres régions, comme Mental Health Europe, ont des approches similaires. Cette réorientation est un important moyen de rééquilibrer le dialogue mondial en l'éloignant du recours généralisé à l'extension et au renforcement des services pour régler les questions de santé mentale, et de l'élan, dans la santé mentale mondiale, en faveur d'un élargissement de l'accès à la santé mentale pour tous, en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire⁵.

B. Participation et rapports de force à l'échelle mondiale

13. Il est désormais plus largement admis que la participation des personnes ayant des problèmes de santé mentale, y compris les personnes handicapées, à la planification, au suivi et à l'évaluation des services, au renforcement des systèmes et aux activités de recherche permet d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la disponibilité des services et de renforcer les systèmes de santé mentale⁶. Dans les pays à revenu élevé, il existe des données et des lignes directrices prometteuses dans ce domaine⁷ : le Rapporteur spécial a observé des pratiques

³ Voir Bhargavi V. Davar, « Globalizing psychiatry and the case of 'vanishing' alternatives in a neo-colonial state », *Disability and the Global South*, vol. 1, n° 2 (2014).

⁴ Voir Peter Stastny *et al.*, « Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress : foundations and practices », *Health and Human Rights Journal* (à paraître, juin 2020) ; Faraaz Mahomed, « Establishing good practice in rights-based approaches to mental health in Kenya », thèse de doctorat, Harvard T. H. Chan School of Public Health (mai 2019).

⁵ Voir Lancet Global Mental Health Group, « Scale up services for mental disorders: a call for action », *The Lancet*, vol. 370, n° 9594 (octobre 2007).

⁶ Voir Angela Sweeney et Jan Wallcraft, « Quality assurance/monitoring of mental health services by service users and carers », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; Graham Thornicroft et Michele Tansella, « Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, n° 1 (mars 2005).

⁷ National Survival User Network, « 4Pi national involvement standards » (2013).

encourageantes dans des unités de traitement « sans médicaments » en Norvège et dans un projet pilote fondé sur les droits en Suède, dans lequel la participation des pairs a permis de faire face aux déséquilibres des pouvoirs et de soutenir des approches non coercitives reposant sur le dialogue. Faute de données suffisantes, il est difficile de dire si une telle démarche a été mise en œuvre dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, en particulier au niveau des systèmes ou des politiques générales.

14. Si l'on aborde souvent le sujet de l'autonomisation, on se désintéresse des rapports de pouvoir dans le domaine de la santé mentale mondiale. Récemment, une certaine attention a été portée à la nécessité d'accorder plus de pouvoir aux acteurs locaux afin de limiter l'application inappropriée d'idées qui ne sont pas adaptées aux besoins locaux⁸. Dans ce contexte, rééquilibrer les rapports de force au niveau mondial est un moyen prometteur de parvenir à une transformation fondée sur les droits dans tous les contextes, quelles que soient les ressources disponibles. Tous les États, quel que soit leur niveau de revenu, n'en sont toujours qu'aux balbutiements de l'intégration de cadres et pratiques novateurs et normatifs susceptibles d'affranchir le domaine de la santé mentale des attitudes et pratiques discriminatoires et dépassées.

15. Cependant, les discussions concernant l'influence des rapports de pouvoir sur la prise de décisions, l'élaboration de programmes et la production de connaissances dans le domaine de la santé mentale mondiale sont encore en grande partie inexistantes. En outre, dans les écrits produits dans le monde, une moindre place est faite aux travaux menés et aux publications faites par ceux qui s'identifient comme des usagers de services psychiatriques ou des survivants de la psychiatrie ou comme des personnes présentant un handicap psychosocial. Une grande partie de ces travaux proviennent de pays de l'hémisphère Nord, ce qui signifie que les personnes handicapées vivant dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire n'y participent pas nécessairement⁹.

16. La dynamique des rapports de force qui s'instaure au sein du milieu professionnel de la psychiatrie renforce généralement le statu quo découlant de l'emprise du modèle biomédical. La psychiatrie n'est toutefois pas une discipline monolithique, et de nombreux représentants de la communauté psychiatrique de toutes régions s'affranchissent de ce statu quo et s'orientent vers un modèle fondé sur les droits. Il faut saluer ce changement d'orientation, nécessaire pour asseoir la crédibilité de la profession à l'avenir. Il est toutefois déconcertant que les représentants et les chefs de file du milieu professionnel de la psychiatrie qui ont des opinions traditionnelles (et dominantes) restent sourds à ces voix¹⁰. Ceux qui s'opposent aux mesures coercitives et défendent le point de vue selon lequel les mesures non coercitives sont sûres ne vont pas à l'encontre de l'éthique, ils ne négligent ni abandonnent le devoir de diligence, et n'incarnent pas l'« antipsychiatrie ». Le Rapporteur spécial a en effet étudié les pratiques alternatives non coercitives, appliquées pendant des décennies, qui visaient à réduire les risques et qui ont permis d'atteindre cet objectif.

17. En raison des effets conjugués de l'emprise du modèle biomédical, des asymétries dans les rapports de force et du recours généralisé aux pratiques coercitives, les personnes ayant des problèmes mentaux, mais aussi tout le domaine de la santé mentale, sont les otages de systèmes dépassés et inefficaces. Les États et les autres parties prenantes, en particulier les professionnels de la psychiatrie, devraient porter un regard critique sur cette situation et unir leurs efforts sur la voie, sur laquelle ils sont déjà engagés, menant à l'abandon des systèmes hérités du passé, fondés sur la discrimination, l'exclusion et la coercition.

⁸ Voir Julian Eaton, « Rebalancing power in global mental health », *International Journal of Mental Health*, vol. 48, n° 4 (2019).

⁹ Voir Pan-African Network of People with Psychosocial Disabilities, « Voices from the field. The Cape Town Declaration (16 octobre 2011) », *Disability and the Global South*, vol. 1, n° 2 (2014).

¹⁰ Voir Niall Maclaren, « Ready, fire, aim: mainstream psychiatry reacts to the UN Special Rapporteur », *Mad in America*, 26 janvier 2020.

C. Normalisation et données fondées sur la pratique

18. Dans le monde, bon nombre de technologies et d'outils utilisés dans le domaine de la santé mentale, notamment le Guide d'intervention du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), sont conçus de manière à être universellement applicables, ce qui signifie qu'ils sont souvent normalisés. La normalisation joue certes un rôle important dans les travaux menés à l'échelle mondiale, mais elle s'applique mal aux concepts et aux pratiques complexes ou localisés¹¹. L'élaboration et l'application de telles lignes directrices ne sont jamais sans incidence et doivent faire l'objet d'un examen éthique et politique. Les lignes directrices et les protocoles sont façonnés par les hypothèses et le vécu de ceux qui les élaborent et les appliquent, par les données disponibles et par l'infrastructure sanitaire locale¹².

19. Les lignes directrices mondiales en matière de santé mentale, telles que le Guide d'intervention de l'OMS, sont fondées sur des faits, et les recommandations concernant les interventions reposent sur l'examen systématique d'essais contrôlés randomisés. Pour obtenir une adhésion politique, il est important de faire reposer les lignes directrices sur la médecine fondée sur des preuves scientifiques, mais le recours à des essais contrôlés randomisés, qui portent principalement sur des traitements pharmacologiques et sont souvent financés par l'industrie pharmaceutique, peut faire pencher les recommandations de traitement vers un traitement médicamenteux. En outre, des résultats d'essais bien plus randomisés sont générés par des prestataires spécialisés de pays à haut revenu, ce qui pose le problème de leur application dans les établissements de soins de santé primaires dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire.

20. Afin de mieux répondre aux besoins locaux en matière de santé mentale dans le monde en s'inscrivant, pour cela, dans le respect des droits de l'homme, il faudrait peut-être passer de la pratique fondée sur des données aux données fondées sur la pratique, en s'appuyant sur les réalités, les possibilités et la conception des soins locales. Les recherches menées montrent que les réformes des systèmes de santé mentale dans les zones fragiles et touchées par des conflits ont vu le jour grâce à des pratiques créatives, à l'expérimentation, à l'adaptation et à l'application des connaissances, les personnes de ces régions devant composer avec l'incertitude et la complexité dans des situations où les ressources fondamentales font parfois défaut¹³.

D. Déterminants de la santé et mesure

21. Critiqué pour son approche individualisée des maladies, le Mouvement en faveur de la santé mentale dans le monde a commencé à prendre plus au sérieux les déterminants de la santé¹⁴. Par exemple, un examen systématique de la recherche épidémiologique dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire a révélé une corrélation très forte entre les indicateurs de la pauvreté et les problèmes de santé les plus répandus¹⁵, et l'indice de vulnérabilité CAPE, acronyme anglais pour Compassion, Assertive action, Pragmatism and Evidence (Compassion, action résolue, pragmatisme et éléments factuels), a permis de mettre en évidence les liens qui existent entre les facteurs géopolitiques, l'aide étrangère et la santé

¹¹ Voir Sara Cooper, « Prising open the 'black box': an epistemological critique of discursive constructions of scaling up the provision of mental health care in Africa », *Health*, vol. 19, n° 5 (septembre 2015).

¹² Voir China Mills et Kimberley Lacroix, « Reflections on doing training for the World Health Organization's mental health gap action program intervention guide (mhGAP-IG) », *International Journal of Mental Health*, vol. 48, n° 4 (2019).

¹³ Voir Hanna Kienzler, « Mental health system reform in contexts of humanitarian emergencies: toward a theory of 'practice-based evidence' », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, n° 4 (décembre 2019).

¹⁴ Voir Vikram Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development », *The Lancet*, vol. 392, n° 10157 (octobre 2018).

¹⁵ Voir Crick Lund *et al.*, « Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low- and middle-income countries », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801 (octobre 2011).

mentale¹⁶. D'autres conclusions tirées par le Mouvement en faveur de la santé mentale dans le monde montrent que les effets des déterminants de la santé ne sont pas uniformes et que de nombreux facteurs, y compris le contexte local, jouent un rôle important¹⁷.

22. Une grande partie des recherches dans le domaine de la santé mentale dans le monde portant sur les liens entre pauvreté et santé mentale est axée sur les problèmes de santé mentale préexistants qui ont été diagnostiqués sur la base de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes et qui contribuent à la pauvreté. Ces recherches ne s'intéressent pas à la manière dont la pauvreté et l'injustice sociale peuvent faire le lit d'une souffrance mentale. L'accent a été mis sur le fardeau et les coûts associés aux problèmes de santé mentale, ce qui n'est pas conforme à une approche fondée sur les droits de l'homme et s'est révélé déficient sur le plan méthodologique.

23. Plutôt que d'être axée sur les droits de l'homme, une telle approche répond à une logique économique. Dans la lutte contre la pauvreté et l'oppression, l'accent reste mis sur le changement individuel plutôt que sur le changement systémique. En faisant de la détresse mentale un obstacle au développement économique, on fait passer la santé mentale pour un problème inhérent à un individu donné. De ce fait, on fait appel aux compétences d'experts en psychiatrie et en psychologie pour les personnes vivant dans la pauvreté, ce qui contribue à la « psychologisation » et à la « psychiatrisation » de la pauvreté. Dans ce contexte, le budget « bien-être » adopté par la Nouvelle-Zélande est une initiative première en son genre qui va dans le bon sens, puisqu'elle place la santé mentale et le bien-être au-dessus du produit intérieur brut.

24. Mesurer est essentiel pour mettre en évidence les liens qui existent entre le handicap, la santé mentale et les déterminants de la santé ainsi que pour faire de la santé mentale un domaine prioritaire dans le monde. Cependant, la mesure des déterminants de la santé repose souvent sur des critères de diagnostic psychiatrique, qui prennent la forme de listes de contrôle faciles à suivre. Non seulement les critères et les listes de contrôle posent de sérieux problèmes, mais ils individualisent la détresse, raison pour laquelle leur utilisation en tant qu'outils de cartographie des effets des déterminants de la santé sur la santé mentale a été critiquée¹⁸. Pour ce qui est des systèmes de mesure, il faudrait s'éloigner des modèles causaux, fondés sur l'individu, des déterminants de la santé pour s'attaquer aux conditions structurelles et aux causes profondes, en faisant véritablement participer les usagers des services et les personnes handicapées à la prise de décisions sur ce qui compte en matière de santé mentale. Il faudrait également mettre au point des indicateurs permettant d'évaluer les effets des mesures prises sur les déterminants de la santé mentale et prévoir des indicateurs fondés sur les droits pour mesurer les progrès accomplis, comme le propose le Conseil des droits de l'homme dans sa résolution 40/12.

25. Les déterminants de la santé continuent de faire l'objet d'une vive attention de la part des pouvoirs publics, en particulier au sein du Mouvement en faveur de la santé mentale dans le monde, mais il se pourrait que cette attention demeure purement rhétorique et qu'elle ne donne pas véritablement lieu aux réformes structurelles qui s'imposent dans les systèmes de santé mentale, notamment dans le domaine de la psychiatrie¹⁹. Dans son rapport consacré à la formation du personnel de santé, le Rapporteur spécial a mis en évidence une série de changements pédagogiques qui offrent des perspectives très encourageantes pour ce qui est de l'intégration de ces connaissances dans la pratique (A/74/174).

26. Le meilleur moyen de garantir l'exercice du droit à la santé mentale est de faire converger les droits de l'homme et les déterminants de la santé là où il est considéré que la recherche et l'action concernant les déterminants structurels, politiques et sociaux de la détresse, y compris la pauvreté, les inégalités, la discrimination et la violence, sont

¹⁶ Voir Albert Persaud *et al.*, « Geopolitical factors and mental health I », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64, n° 8 (décembre 2018).

¹⁷ Vikram Patel et Paul E. Farmer, « The moral case for global mental health delivery », *The Lancet*, vol. 395, n° 10218 (janvier 2020).

¹⁸ Voir China Mills, « From 'invisible problem' to global priority: the inclusion of mental health in the sustainable development goals », *Development and Change*, vol. 49, n° 3 (2018).

¹⁹ Voir Lisa Cosgrove *et al.*, « A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: time for a paradigm change », *Critical Public Health* (septembre 2019).

essentielles²⁰. Il faut donc mener des recherches plus nuancées dans ce domaine et transférer les ressources du modèle biomédical prédominant aux sciences sociales, en mettant l'accent sur l'interdisciplinarité, l'intersectionnalité et le rôle des facteurs circonstanciels. La conception biomédicale des problèmes de santé mentale a encore un rôle important à jouer, mais elle doit être appréhendée comme étant l'une des nombreuses pièces complexes de la transformation fondée sur les droits, qui se profile.

III. Surmédicalisation et menaces pour les droits de l'homme

A. De « mauvais » à « fou » : pouvoir médical et contrôle social

27. De nombreuses personnes appartenant à des groupes depuis toujours marginalisés de la société, comme les personnes vivant dans la pauvreté, les consommateurs de drogues et les personnes présentant un handicap psychosocial, sont cataloguées dans trois catégories : a) les mauvaises personnes ou les criminels ; b) les personnes ou patients malades ou « fous » ; ou c) une combinaison des deux premières catégories. En raison de cette catégorisation, ces communautés sont devenues exposées à des peines, des traitements ou encore à une « justice » thérapeutique extrêmes pour des problèmes ou des comportements jugés socialement inacceptables. Il s'ensuit que l'exclusion, la discrimination et souvent le racisme commencent à germer à l'école, dans la rue et dans les collectivités n'ayant qu'un accès restreint aux services de base, puis se développent et se ramifient dans les prisons, les hôpitaux et les centres de traitement privés, ou au sein des communautés contraintes de suivre un traitement, tous contextes où les violations des droits de l'homme peuvent être systémiques, généralisées et souvent intergénérationnelles. Le discours sur la santé mentale dans le monde demeure fondé sur cette approche selon laquelle les personnes seraient « folles » ou « mauvaises », ainsi que sur les lois, pratiques et attitudes qui reposent excessivement sur l'idée que les soins de santé mentale servent principalement à prévenir des comportements potentiellement dangereux ou nécessitant une intervention médicale (thérapeutique). Ceux qui défendent les approches fondées sur les droits, guidées par les principes modernes de santé publique et fondées sur des preuves scientifiques, contestent la distinction qui est établie entre les « fous » et les « mauvais », arguant que celle-ci est dépassée, discriminatoire et inefficace.

28. Les nombreux efforts déployés au niveau mondial en faveur de la dépénalisation et de l'abandon de l'incarcération sont les bienvenus, mais il convient de prêter attention aux changements qui en découlent dans le débat politique et les politiques menées et qui peuvent entraîner un phénomène de surmédicalisation, source d'importantes préoccupations en matière de droits de l'homme. Que les intéressés soient confinés ou qu'ils fassent l'objet de mesures coercitives pour des raisons de sécurité publique ou des raisons médicales, l'expérience de l'exclusion vécue par chacun d'eux présente les mêmes traits : une situation profondément marquée par les désavantages, la discrimination, la violence et le désespoir.

29. Cette forme pernicieuse de médicalisation entrave la promotion et la protection du droit à la santé. Il y a médicalisation lorsqu'un ensemble de comportements, de sentiments, d'états ou de problèmes de santé sont définis par des termes médicaux, décrits en langage médical, appréhendés selon un cadre médical mis en place, ou traités au moyen d'une intervention médicale²¹. Le processus de médicalisation est souvent associé au contrôle social, qui permet de délimiter de façon stricte les comportements et expériences jugés normaux ou acceptables. La médicalisation peut occulter la capacité d'une personne à se replacer elle-même et à replacer ses propres expériences dans un contexte social donné, ce qui empêche l'identification des sources légitimes de détresse (déterminants de la santé, traumatisme collectif) et entraîne une aliénation. Dans la pratique, lorsque l'on considère que les expériences et les problèmes relèvent davantage de la médecine que du contexte social ou politique ou du vécu, on choisit un traitement axé sur des interventions individualisées qui

²⁰ Voir Dainius Puras et Piers Gooding, « Mental health and human rights in the 21st century », *World Psychiatry*, vol. 18, n° 1 (février 2019).

²¹ Voir Peter Conrad et Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness* (Philadelphia, Pennsylvania, Temple University Press, 2010).

visent à restaurer chez l'individu une certaine capacité de fonctionnement au sein d'un système social plutôt qu'à remédier aux séquelles de la souffrance et à apporter les changements nécessaires pour soulager cette souffrance au niveau social. En outre, la médicalisation risque de légitimer des pratiques coercitives qui violent les droits de l'homme et peut renforcer encore la discrimination dont sont victimes les groupes déjà marginalisés tout au long de leur vie et de génération en génération.

30. On constate, avec inquiétude, une tendance à recourir à la médecine pour poser un diagnostic et, ensuite, déposséder la personne de sa dignité et de son autonomie dans une variété de domaines d'action sociale, pour beaucoup considérés comme consistant en des réformes populaires de formes dépassées de sanction et d'incarcération. La médicalisation ne tient pas compte de la complexité du contexte social dans lequel vit l'individu, et ses tenants considèrent qu'il existe une solution concrète et mécaniste (et souvent paternaliste) à toute pathologie. Cela montre que la communauté internationale rechigne à véritablement affronter la souffrance humaine et que les émotions négatives normales que chacun éprouve au cours de la vie ne sont pas tolérées. La manière dont le « besoin de traitement » ou la « nécessité médicale » sont invoqués pour justifier la discrimination et l'injustice sociale est préoccupante.

31. La prédominance de l'approche biomédicale a fait que des États invoquent leur autorité pour justifier des interventions qui limitent les droits des individus. Par exemple, des raisons médicales ne devraient jamais être invoquées pour défendre ou justifier des politiques et pratiques qui portent atteinte à la dignité et violent les droits des consommateurs de drogues. Si les efforts visant à faire passer la lutte contre la consommation de drogues d'un modèle répressif à un modèle fondé sur la protection de la santé sont en principe les bienvenus, il est important de mettre en garde contre le fait que la médicalisation risque de perpétuer les violations des droits des consommateurs de drogues. Les traitements médicalisés de la dépendance (en particulier lorsque celle-ci est définie comme une maladie) peuvent trahir un recours à des pratiques coercitives, un placement en détention, une stigmatisation et l'absence de consentement caractéristique des approches répressives. Sans garantie en matière des droits de l'homme, ces pratiques peuvent se développer et, dans bien des cas, toucher de manière disproportionnée les individus qui sont marginalisés en raison de leur appartenance sociale, leur statut économique ou leur origine raciale.

32. La « dangerosité » ou la « nécessité médicale » ont été invoquées pour justifier le recours à des traitements forcés dans des établissements de santé mentale. Ces appréciations sont faites par une personne autre que le principal intéressé. Puisqu'elles sont subjectives, elles doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi du point de vue des droits de l'homme. Alors que, dans le monde entier, certains se battent pour libérer les personnes en proie à une grave détresse émotionnelle, les chaînes et les verrous physiques sont remplacés par des moyens de contention chimique et une surveillance active. L'État concentre trop son attention et ses ressources sur le suivi des individus « nécessitant un traitement médical », raison qu'il invoque généralement pour justifier un tel suivi.

33. Malgré l'absence de marqueurs biologiques des troubles mentaux²², l'interprétation biomédicale et dénuée de contexte de la détresse émotionnelle a été renforcée en psychiatrie. Étant donné que, globalement, l'étiologie et le traitement des troubles mentaux ne sont pas bien compris, on observe une tendance de plus en plus marquée en faveur d'un abandon de la médicalisation²³. De plus en plus, les psychiatres demandent que la création de connaissances et la formation en psychiatrie soient fondamentalement repensées, et insistent à nouveau sur l'importance des soins relationnels et sur l'interdépendance entre la santé mentale et la santé sociale²⁴. Le Rapporteur spécial est aussi de cet avis, mais demande aux représentants et aux chefs de file de la profession psychiatrique de faire des droits de l'homme

²² Voir James Phillips *et al.*, « The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis », *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, vol. 7, n° 3 (janvier 2012).

²³ Voir Vincenzo Di Nicola, « A person is a person through other persons': a social psychiatry manifesto for the 21st century », *World Social Psychiatry*, vol. 1, n° 1 (2019).

²⁴ Voir Caleb Gardner et Arthur Kleinman, « Medicine and the mind – the consequences of psychiatry's identity crisis », *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, n° 18 (octobre 2019).

des valeurs fondamentales lorsqu'ils choisissent de prescrire un traitement pour des problèmes de santé mentale.

34. Lorsque l'on envisage de commencer un traitement, le principe du *primum non nocere* (avant tout, ne pas nuire) doit servir de fil directeur. Malheureusement, les lourds effets secondaires des interventions médicales sont souvent passés sous silence, les méfaits associés à de nombreux psychotropes sont minimisés et les avantages qu'ils apportent sont exagérés dans les publications²⁵. Il faut donc considérer le risque de surdiagnostic et de surtraitement comme un effet iatrogène potentiel des efforts actuellement déployés dans le monde pour élargir l'accès aux traitements. En outre, les violations des droits de l'homme et les préjudices sociaux plus larges causés par la médicalisation, tels que l'exclusion sociale, le traitement forcé, la perte de la garde d'enfants et la perte d'autonomie, méritent une plus grande attention. La médicalisation touche tous les aspects de la vie des personnes présentant un handicap psychosocial ; elle porte atteinte à leur capacité de voter, de travailler, de louer un logement et d'être des citoyens à part entière qui participent à la vie de leur communauté.

35. Il est maintenant largement reconnu que l'incarcération de masse d'individus appartenant à des groupes marginalisés est une question de droits de l'homme qui doit être traitée d'urgence. Afin de prévenir le recours massif à la médicalisation, il faut absolument intégrer un cadre des droits de l'homme dans la conceptualisation de la santé mentale et les politiques en la matière. Le développement du sens critique (par exemple, lorsqu'il s'agit de s'informer sur les forces et les faiblesses d'un modèle biomédical) et la sensibilisation à l'importance d'une approche fondée sur les droits de l'homme et des déterminants de la santé doivent être au cœur de la formation médicale.

B. Liste des médicaments essentiels de l'OMS et santé mentale

36. L'OMS entend par médicaments essentiels les médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies et de l'intérêt qu'ils présentent pour la santé publique, de preuves cliniques de leur efficacité et de leur innocuité, ainsi que d'une comparaison des rapports coût-efficacité. Au cours de ces trente dernières années, la Liste modèle a conduit dans le monde entier à une adhésion au concept des médicaments essentiels en tant que moyen puissant de promotion de l'équité en matière de santé²⁶.

37. Conformément à la position de l'OMS selon laquelle la Liste modèle est un mécanisme tourné sur l'avenir qui vise à promouvoir l'équité en matière de santé et qui devrait être régulièrement révisé et mis à jour pour tenir compte des nouvelles options thérapeutiques et garantir la qualité des médicaments, le Rapporteur spécial insiste sur les points ci-après.

38. Alors que c'est le cas pour d'autres problèmes de santé physique (par exemple, la méningite bactérienne), pour lesquels il existe des médicaments essentiels (par exemple, les antibiotiques), la pathophysiologie des problèmes de santé mentale et les mécanismes qui rendent les médicaments psychotropes efficaces sont méconnus. Bien que l'on comprenne mieux désormais la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des antidépresseurs et des antipsychotiques, leur efficacité n'est pas comparable à celle de l'amoxicilline pour soigner une infection bactérienne.

39. L'OMS a établi une liste de médicaments essentiels dans le domaine de la santé mentale mais, même si son intention est louable, elle devrait envisager d'y inclure 12 médicaments pour le traitement des « désordres mentaux et comportementaux » (point 24.1 de la liste), des « troubles de l'humeur » (24.2), des « troubles anxieux » (24.3) et des « troubles obsessionnels compulsifs » (24.4).

²⁵ Voir Joanna Le Noury *et al.*, « Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence », *The BMJ*, vol. 351 (septembre 2015).

²⁶ OMS, « Essential medicines and health products », disponible à l'adresse www.who.int/topics/essential_medicines/fr/.

40. Il ressort d'un certain nombre de nouvelles analyses des données issues des essais cliniques randomisés qui ont servi à tester certains médicaments et de métaanalyses qu'il faut réévaluer le rapport entre les risques et les avantages de ces médicaments²⁷. Il est désormais admis qu'en général, le taux de réponse au traitement initial par antidépresseurs est de l'ordre de 40 % à 50 % et que, par conséquent, de nombreux patients sous antidépresseurs n'ont pas de réponse ou de rémission complètes²⁸. La « dépression résistante aux traitements » et le fait que les antidépresseurs figurant sur la liste pourraient en fait avoir un effet iatrogène²⁹ suscitent de plus en plus d'inquiétudes. Il est clair que les effets secondaires des antipsychotiques sont lourds. Les effets conjugués de ces éléments soulèvent une question importante : l'inscription de ces produits sur la liste des médicaments essentiels se fait-elle au détriment d'une approche progressive et fondée sur des données probantes des soins et du soutien apportés aux personnes ayant des problèmes mentaux, y compris les personnes handicapées ? Le Rapporteur spécial a déjà indiqué que l'importance excessive accordée aux médicaments pour traiter les problèmes de santé mentale n'est plus conforme au droit à la santé.

41. Alors que le débat sur les données de base utilisées pour évaluer les psychotropes se poursuit, l'inscription de ces produits sur la liste des médicaments essentiels pourrait soulever d'autres problèmes. Par exemple, elle pourrait conférer une certaine légitimité à des catégories contestées de maladies et donner à penser que ces problèmes mentaux sont principalement de nature biomédicale, ce qui renforcerait encore la place de la médicalisation. En outre, elle pourrait par ricochet accroître le recours aux pratiques coercitives, car elle repose sur l'hypothèse que les médicaments sont le traitement de premier choix pour les personnes chez lesquelles un problème de santé mentale a été diagnostiqué, ce qui déforme leur propre perception de leur détresse.

42. Le Rapporteur spécial a demandé à plusieurs reprises que la santé mentale soit considérée d'une manière plus large, au-delà des interventions et facteurs individuels, conformément à la Constitution de l'OMS. L'existence de la liste des médicaments essentiels pourrait porter à croire que la seule mise à disposition de ces médicaments constituerait une garantie de traitement approprié des problèmes mentaux, ce qui n'est pas le cas. Cette liste ne permet pas d'évaluer le respect du droit à la santé. Le fait de s'appuyer principalement sur la liste des médicaments essentiels peut être source d'erreur et constitue une menace pour le droit à la santé. Toute hypothèse selon laquelle les médicaments psychotropes sont la meilleure méthode de gestion des problèmes de santé mentale, y compris ceux des personnes handicapées, est contraire aux dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui va dans le sens d'un éloignement du modèle médical. En outre, la présence de psychotropes sur la liste des médicaments essentiels envoie un message trompeur aux parties prenantes (États, usagers et prestataires de services de santé mentale) et fait perdre de vue le fait que, pour la majorité des affections mentales, les interventions psychosociales et autres interventions sociales doivent être considérées comme le traitement à privilégier.

43. À la lumière des nouvelles données disponibles, qui améliorent notre compréhension des moyens permettant de favoriser une bonne santé mentale, et au vu des obstacles importants que le recours excessif aux médicaments pour la santé mentale présente pour la réalisation du droit à la santé, l'OMS devrait passer en revue la liste actuelle des médicaments essentiels dans le domaine de la santé mentale (points 24.1 à 24.4) afin d'en retirer ceux dont il n'est pas prouvé qu'ils présentent un rapport satisfaisant entre les risques et les bénéfices. Le Rapporteur spécial demande à l'OMS et aux autres acteurs de la santé mentale dans le monde de travailler à l'élaboration d'une nouvelle liste holistique des interventions psychosociales essentielles axées sur la population, fondées sur des données probantes, définies et mises en place selon des principes axés sur les droits de chacun et mieux à même d'orienter les États pour qu'ils respectent pleinement le droit à la santé. Tant que la crise découlant du statu quo n'aura pas été reconnue et qu'une liste plus holistique n'aura pas été

²⁷ Voir Joanna Le Noury *et al.*, « Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence ».

²⁸ Voir Claire D. Advokat, Joseph E. Comaty et Robert M. Julien, *Julien's Primer of Drug Action*, 14^e éd. (New York, Worth Publishers, 2019).

²⁹ Voir Ziad A. Ali, Sharon Nuss et Rif S. El-Mallakh, « Antidepressant discontinuation in treatment resistant depression », *Contemporary Clinical Trials Communications*, vol. 15 (septembre 2019).

établie, le risque de violations systémiques des droits de l'homme dans la prestation des services de soins de santé mentale perdurera.

C. Un risque de surmédicalisation tout au long de la vie dans certains groupes

44. Tout au long de leur vie, de nombreuses personnes, quels que soient leur race, leur classe et leur genre, présentent un risque accru de subir les effets d'une surmédicalisation. En effet, il est largement démontré que les personnes atteintes d'un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial, notamment les personnes pauvres ou issues de groupes marginalisés, sont particulièrement vulnérables. La médicalisation risque ainsi de déplacer les inégalités sociales sur le terrain de la pathologie, de resserrer le contrôle social des populations vulnérables et d'aggraver les violations de leurs droits. On trouve dans les études à ce sujet quantité d'exemples de cas où le projet consistant à aider certains groupes de personnes s'est mué avec une grande facilité en projet visant à les contrôler³⁰. Le Rapporteur spécial appelle l'attention sur l'exposition particulière de plusieurs groupes à la surmédicalisation.

45. On observe, à l'échelle internationale, une tendance générale à l'augmentation des taux de prescription de médicaments psychotropes aux enfants et aux adolescents, ainsi qu'aux adultes, bien que ces taux varient fortement d'un pays à l'autre³¹. Un nombre croissant d'études ont mis en évidence une augmentation de la polymédication de longue durée chez les enfants et les adolescents en ce qui concerne les antipsychotiques et d'autres classes de psychotropes³². Ces médicaments sont de plus en plus utilisés dans une optique de contrôle comportemental et social. En exposant inutilement les enfants aux médicaments psychotropes, on porte atteinte à leur droit à la santé. Bien qu'il soit impossible de cerner précisément les raisons de l'accroissement du nombre de troubles mentaux diagnostiqués chez l'enfant et, partant, de l'augmentation de la consommation de psychotropes et de la polymédication, l'extension du champ des diagnostics³³, l'utilisation accrue des technologies³⁴ et l'accentuation de l'isolement social ont été évoquées. Sans que l'on sache pourquoi, cette tendance se dessine en dépit des preuves toujours plus nombreuses des incidences néfastes des expériences négatives vécues dans l'enfance sur la santé mentale et le bien-être des personnes.

46. La tendance à médicaliser la détresse des enfants risque de conduire à une situation dans laquelle divers médicaments sont prescrits pour répondre à différents symptômes, dont certains sont des effets iatrogènes de ces médicaments, même si cela n'est pas prouvé en ce qui concerne la polymédication chez l'enfant³⁵. Les enfants ont le droit de s'épanouir, de se développer pleinement afin de réaliser tout leur potentiel et de jouir d'une bonne santé physique et mentale dans un monde durable. Il est primordial d'engager les investissements nécessaires pour assurer les ressources nutritionnelles, éducatives et sociétales indispensables à un développement sain, et de remédier aux conséquences des expériences négatives vécues dans l'enfance.

³⁰ Voir Jonathan Metzl. *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*, (Boston, Massachusetts, Beacon Press. 2010).

³¹ Voir Hans-Christoph Steinhausen, « Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, n° 6 (juin 2015).

³² Voir Amanda R. Kreider *et al.*, « Growth in the concurrent use of antipsychotics with other psychotropic medications in Medicaid-enrolled children », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 53, n° 9 (septembre 2014).

³³ Voir Allen Frances et Laura Batstra, « Why so many epidemics of childhood mental disorder? », *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 34, n° 4 (mai 2013).

³⁴ Voir Jean M. Twenge, « The sad state of happiness in the United States and the role of digital media » dans *World Happiness Report 2019*, John F. Helliwell, Richard Layard et Jeffrey D. Sachs, (dir. publ.) (New York, Réseau des solutions pour le développement durable, 2019).

³⁵ Voir Jon Jureidini, Anne Tonkin et Elsa Jureidini, « Combination pharmacotherapy for psychiatric disorders in children and adolescents: prevalence, efficacy, risks and research needs », *Pediatric Drugs*, vol. 15, n° 5 (octobre 2013).

47. Le Rapporteur spécial se félicite que des organisations actives dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents s'opposent à la surmédicalisation et s'emploient à mettre en place, à destination de ces derniers, des services de santé mentale visant à empêcher les mesures coercitives et le recours excessif aux psychotropes³⁶. Il importe de former les professionnels de la santé mentale et de sensibiliser la société au sens large de sorte qu'ils comprennent que les médicaments psychotropes ne constituent pas une option thérapeutique de première intention efficace en matière de santé mentale chez les enfants et les adolescents, et que le recours abusif à ces médicaments va à l'encontre du droit à la santé. Un large éventail d'autres stratégies, telles que l'observation vigilante et d'autres approches psychosociales, doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de qualité satisfaisante.

48. Il n'est pas rare que les établissements de soins pour personnes âgées agissent sur les symptômes du vieillissement comme s'ils relevaient d'une pathologie et fassent usage sur leurs pensionnaires de médicaments sédatifs et antipsychotiques comme moyens de contention chimique. De plus en plus de publications pointent une intensification des pratiques de contention chimique des personnes âgées, en particulier dans les établissements de soins³⁷. La contention chimique des personnes âgées atteintes de démence est contraire aux droits de l'homme et souligne le besoin manifeste d'accroître les ressources consacrées à ces établissements pour qu'ils disposent d'un personnel suffisant et prodiguent des soins axés sur l'humain. Le plus important demeure toutefois de créer les conditions et les ressources sociales nécessaires pour que les personnes âgées puissent vieillir en bonne santé, ainsi que d'élaborer des politiques et d'allouer des ressources qui leur permettent de rester intégrées à leur communauté.

49. Les approches fondées sur les droits de l'homme peuvent contribuer à mettre au jour les défaillances des politiques actuelles et les idées surannées pouvant saper les conditions nécessaires à une vie digne. Faute d'une démarche interdisciplinaire et d'une véritable participation des parties prenantes à l'élaboration des politiques de santé mentale, des réformes de la justice pénale ainsi que des directives en matière de pratique clinique et des formations à l'intention du personnel de santé, il sera impossible de résoudre le problème croissant de la médicalisation et de la coercition qui, souvent, en découle. On ne pourra répondre efficacement à ce problème sans tenir compte de la manière dont la pensée et les pratiques institutionnelles ainsi que les intérêts corporatistes peuvent limiter la capacité de faire réellement place à des modèles de soins qui sortent du cadre médical³⁸.

IV. D'autres solutions fondées sur les droits : caractéristiques essentielles, principes fondamentaux et application d'un cadre normatif

50. Des prestataires de services de type conventionnel, des juristes, des fonctionnaires de justice et des décideurs politiques ont souvent fait part au Rapporteur spécial de leurs avis quant aux modalités pratiques à adopter pour promouvoir les droits des personnes les plus vulnérables sans exercer de coercition. La question des autres solutions possibles revient souvent lors de ces échanges. Un point largement absent des débats nationaux et internationaux semble être le caractère prometteur de nombreux dispositifs alternatifs qui, mis en œuvre partout dans le monde en marge des systèmes de santé, voire résolument hors de leur cadre, transforment des vies depuis des décennies sans coercition ni perte du lien avec la communauté.

51. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans bon nombre de ces structures d'un autre genre, où il a rencontré des pionniers dignes d'admiration qui œuvrent sans relâche, souvent aux

³⁶ Voir Joseph M. Rey, Tolulope T. Bela-Awusah et Jing Liu, « Depression in children and adolescents », dans *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Joseph M. Rey (dir. publ.) (Genève, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015).

³⁷ Voir Human Right Watch. « Fading away: how aged care facilities in Australia chemically restrain older people with dementia » (2019).

³⁸ Voir Roberto Mezzina *et al.*, « The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda » dans *Advances in Psychiatry*, Afzal Javed et Kostas N. Fountoulakis (dir. publ.) (Cham, Suisse, Association mondiale de psychiatrie/Springer Publishing, 2019).

prises avec des obstacles systémiques insurmontables. Les travailleurs pairs, les psychiatres progressistes et autres professionnels de la santé ainsi que les travailleurs sociaux et les défenseurs des droits de l'homme qui y officient méritent d'être salués pour la détermination avec laquelle ils s'emploient à rompre avec la médicalisation coercitive en apportant aux personnes en situation de profonde détresse psychologique une aide à visage humain, empreinte de compassion et fondée sur les droits. Le Rapporteur spécial dit sa solidarité, sa gratitude et son admiration aux nombreuses personnes qui, dans le monde entier, s'attachent jour après jour à faire cesser les pratiques discriminatoires ayant cours dans les établissements de santé mentale.

A. Développer les solutions de remplacement : une obligation fondamentale au titre du droit à la santé

52. Le droit à la santé porte en lui l'obligation fondamentale de garantir le « droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés »³⁹. Si les services de santé mentale traditionnels ont permis d'aider et de guérir de nombreuses personnes, de tels résultats sont loin d'être systématiques. Il faut considérer comme groupes vulnérables ou marginalisés celles et ceux pour qui les systèmes de santé mentale ont failli à leur mission ou se sont révélés nuisibles. Parmi eux figurent les personnes en proie à de graves difficultés psychosociales et qui, souvent victimes de traumatismes et de mauvais traitements, sont généralement jeunes, issues d'une minorité ethnique ou raciale et en situation de pauvreté. Ces groupes sont les plus durement éprouvés par l'absence de systèmes de santé mentale ou l'inadéquation de ces systèmes lorsqu'ils obéissent au paradigme biomédical dominant, quelles que soient les ressources disponibles. Les États ont donc l'obligation immédiate, au titre du droit à la santé, de prendre des mesures pour assurer la disponibilité de services adaptés et acceptables et d'une aide fondée sur les droits. Aussi, il est indispensable de développer des solutions de remplacement fondées sur les droits et excluant toute forme de coercition.

53. En accordant la priorité aux seuls problèmes de santé mentale dits légers (courants), comme y incitent les institutions financières internationales et les acteurs de la santé mondiale, on ne pourra s'acquitter des obligations fondamentales qui découlent du droit à la santé. Pour opérer une transformation fondée sur les droits, il faut commencer par remédier à la situation critique des personnes abandonnées à leur sort dans les systèmes de santé de type coercitif et de celles qui entrent dans les systèmes de santé mentale avec des handicaps intellectuels, cognitifs ou psychosociaux sans avoir accès à aucun service d'aide de proximité, les investissements consacrés aux solutions alternatives demeurant par trop insuffisants.

B. D'autres modèles de services de santé mentale, respectueux des droits de l'homme : concepts et principes clefs de l'aide fondée sur les droits

54. Des pratiques non conventionnelles porteuses de transformation existent depuis des dizaines d'années et se sont pour beaucoup révélées efficaces. Elles prennent de nombreuses formes, qu'il s'agisse de l'action louable que mène l'OMS au niveau mondial dans le cadre de son initiative QualityRights visant à améliorer la qualité des soins et des services de santé mentale, ou encore des réformes systémiques de la santé des collectivités au Brésil et en Italie ou des innovations très circonscrites localement dans des environnements plus ou moins dotés en ressources partout dans le monde, parmi lesquelles les maisons Soteria, l'approche Open Dialogue, les centres d'aide ponctuelle entre pairs, les espaces de prise en charge non médicamenteuse, les groupes locaux d'aide au rétablissement et les modèles de

³⁹ 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.

développement local⁴⁰. Une révolution silencieuse est en marche dans des quartiers et communautés du monde entier. Ces initiatives en rupture avec la norme établie sont nées d'un profond engagement en faveur des droits de l'homme, de la dignité et des pratiques non coercitives, autant d'objectifs qui demeurent hors d'atteinte dans des systèmes de santé mentale conventionnels corsetés par le paradigme biomédical.

55. Ainsi qualifiées de « solutions de remplacement », ces innovations tendent paradoxalement à être ignorées comme si elles n'avaient pas leur place aux côtés des autres initiatives destinées à transformer la santé mentale. Or, elles font partie intégrante des transformations nécessaires pour soutenir le droit à la santé mentale au niveau mondial. Il faudrait donc parler, non pas de solutions de remplacement, mais de « dispositifs d'aide fondés sur les droits ».

56. Le Rapporteur spécial salue les efforts déployés par l'OMS pour entreprendre une étude exploratoire consistant à recueillir des informations sur les pratiques prometteuses qui sortent du cadre biomédical traditionnel. Il convient en outre d'appeler l'attention sur les réseaux internationaux, les études spécialisées et les plateformes qui se développent et jouent un rôle important dans la diffusion des connaissances et des expériences auprès de la population au sens large⁴¹. Il est essentiel de faire connaître davantage d'histoires et d'expériences mettant en avant les innovations qui émergent actuellement et les difficultés de leur mise en place, afin de s'affranchir de la norme actuelle du tout-médical en s'attaquant aux problèmes dans leur dimension humaine. Beaucoup appréhendent leurs difficultés sous l'angle médical, mais ce n'est pas le cas de tout le monde, tant s'en faut. Il est primordial de créer les conditions propices à la mise en place d'une multitude d'approches et d'expériences créatives, au sein et hors du cadre des systèmes de santé mentale existants.

57. À mesure que ces innovations voient le jour, il est indispensable de définir un cadre de référence permettant de les aiguiller dans la bonne direction et d'évaluer leur conformité avec le droit à la santé, notamment au regard de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Les publications consacrées à la mise en place d'une aide fondée sur les droits dans ce domaine opérationnel restent bien trop rares et le Rapporteur spécial engage la communauté internationale des donateurs à soutenir davantage les recherches dans le domaine des droits de l'homme, qui sont essentielles pour orienter les activités menées aux niveaux mondial, régional et national afin de développer l'aide fondée sur les droits et de faciliter une transition marquant une rupture radicale avec la coercition. Les principes clefs énoncés ci-dessous ont leur fondement dans le droit à la santé et s'inspirent des principes de la Convention. Il faut y voir une modeste contribution aux cadres fondés sur les droits visant à promouvoir les activités destinées à orienter les pratiques fondées sur les droits et porteuses de transformation dans les systèmes de santé mentale existants et au-delà.

C. Principes clefs

Dignité et autonomie

58. La dignité et le bien-être des usagers des services sont au cœur de l'aide fondée sur les droits. Il faut donner aux personnes concernées les moyens de prendre en toute indépendance des décisions éclairées sur leur vie, s'agissant notamment des soins de santé mentale qu'ils reçoivent, en leur fournissant si nécessaire une aide appropriée.

Inclusion sociale

59. L'établissement de liens entre les personnes et avec la communauté et la société au sens large est un déterminant psychosocial de la santé mentale, et de la promotion et de la protection du droit à la santé mentale, y compris au niveau des interventions. L'exclusion

⁴⁰ Piers Gooding *et al.*, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*, Melbourne Social Equity Institute, Université de Melbourne (2018) ; Peter Stastny et Peter Lehmann (dir. publ.), *Alternatives Beyond Psychiatry* (Berlin, Peter Lehmann Publishing, 2007).

⁴¹ Voir, par exemple, International Network towards Alternatives and Recovery, *Mad in America*, programme local « Seher » du Bapu Trust pour la santé mentale et l'inclusion et *Shaping Our Lives: a national network of service users and disabled people*.

sociale est le lot des personnes présentant un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial, et elle représente un obstacle majeur à leur rétablissement et au plein exercice de leur droit à la santé mentale. L'exclusion résulte de facteurs structurels discriminatoires, tels qu'une législation préjudiciable en matière de santé mentale, de la culture des soins en établissement et en milieu ségrégué et des asymétries de pouvoir dans les politiques et les pratiques cliniques, qui ravalent au rang de bénéficiaires passifs de soins les détenteurs actifs de droits que sont les usagers des services.

Participation

60. Tout un chacun a le droit de participer activement et en connaissance de cause aux décisions relatives à sa santé mentale, y compris en ce qui concerne les services de soins et d'aide. L'important rôle de soutien des pairs auprès des personnes qui accèdent aux services est une composante essentielle de l'aide fondée sur les droits. Pour beaucoup, le fait d'être « entendu » est décisif dans le processus de guérison à la suite d'une crise, ce qui nécessite d'élaborer et de mettre à disposition des moyens et des réseaux de communication divers et multiformes dans le cadre d'une aide fondée sur les droits.

Égalité et non-discrimination

61. Le droit à la non-discrimination dans l'accès aux soins et aux services d'aide en matière de santé mentale est garanti à toute personne, indépendamment du diagnostic posé pour elle, des voix qu'elle entend, des substances qu'elle consomme, de sa race, de sa nationalité, de son sexe, de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou de toute autre situation. Cependant, une discrimination de droit et de fait continue de mettre à mal les services de santé mentale en privant les usagers de divers droits, dont celui de refuser un traitement, le droit à la capacité juridique, le droit à la vie privée ainsi que d'autres droits civils et politiques.

62. Il est essentiel de respecter la grande diversité des manières dont les êtres humains perçoivent et mènent leur existence, y compris la souffrance mentale, pour mettre fin à la discrimination et favoriser l'équité dans la prestation des services de santé mentale. L'obligation de respecter cette diversité suppose de proposer une gamme variée de solutions aux demandeurs de soins et d'aide. Les modèles de soins aux prétentions universelles (à défaut d'autres solutions), en particulier ceux qui conduisent à enfermer la détresse psychosociale dans un carcan biomédical, sont considérés comme contraires au droit à la santé. Les initiatives menées par des pairs, les approches visant à réduire la souffrance et les modèles de soins et de soutien nés d'une collaboration entre plusieurs acteurs sont riches de promesses pour ce qui est de faciliter la mise en place de solutions thérapeutiques modulables, non discriminatoires et respectueuses des personnes.

Diversité des soins : une prise en charge satisfaisante et des interventions de qualité

63. Les dispositifs d'aide fondés sur les droits doivent être non seulement suffisamment nombreux et accessibles, mais également satisfaisants et de qualité suffisante.

64. Pour que les relations thérapeutiques entre prestataires et utilisateurs de services soient satisfaisantes et de bonne qualité, elles doivent être fondées sur le respect et la confiance mutuels. Toutefois, la législation et les pratiques cliniques modernes en matière de santé mentale à travers le monde continuent de laisser proliférer les mesures non consenties. La coercition érode la confiance dans les services de santé mentale et n'a pas sa place dans une approche fondée sur les droits de l'homme.

65. Toute aide fondée sur les droits doit être respectueuse de l'éthique médicale, réceptive aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et conçue de façon à respecter la confidentialité et à rendre les personnes maîtresses de leur santé et de leur bien-être⁴². Elle doit respecter les principes de l'éthique médicale (dont l'injonction « d'abord, ne pas nuire ») ainsi que le choix, la maîtrise, l'autonomie, la volonté, les préférences et la dignité des

⁴² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12 c).

personnes⁴³. Le recours excessif aux interventions pharmacologiques et la prestation de soins en établissement ne permettent pas d'assurer une prise en charge de qualité.

66. Pour garantir des services d'aide de qualité fondés sur les droits, les pratiques adoptées en matière de traitement et de rétablissement doivent reposer sur des données probantes, notamment grâce à la continuité des soins. L'amélioration de la qualité de la prise en charge passe également par une collaboration efficace entre les différents prestataires de soins et les bénéficiaires des services et leurs familles ainsi que les partenaires de soins. Le recours abusif aux interventions biomédicales, y compris l'utilisation inappropriée ou la prescription excessive de médicaments psychotropes, la coercition et les internements forcés, compromettent le droit à des soins de qualité.

Déterminants sociaux et psychosociaux sous-jacents de la santé mentale

67. Les États doivent faciliter, créer et promouvoir des conditions propices à la santé mentale et au bien-être. Pour ce faire, il faut intervenir de manière à protéger les populations contre les principaux facteurs de risque liés aux problèmes de santé mentale, agir en dehors du secteur conventionnel de la santé, dans les maisons, les établissements scolaires, les lieux de travail et les communautés, et étendre l'action thérapeutique ainsi que les efforts structurels des porteurs de devoirs, par-delà l'individu, à l'apaisement social, au renforcement des communautés et à la promotion d'une société saine. Les acteurs de l'aide fondée sur les droits doivent adopter cette philosophie au niveau de leurs interventions : c'est une condition indispensable pour faire des besoins sociaux, psychosociaux et matériels immédiats un élément central du soutien au rétablissement.

D. La responsabilisation dans la transformation des systèmes

68. Principe normatif cardinal du soutien à la mise en place d'une aide fondée sur les droits, la responsabilisation n'a, pour l'heure, pas donné de résultats à la hauteur de son potentiel émancipateur et transformateur dans le domaine de la santé mentale. Loin de contraindre les porteurs de devoirs à répondre des défaillances systémiques, de nombreux dispositifs de responsabilisation aux niveaux mondial et national, dont les mécanismes de suivi, les institutions nationales des droits de l'homme et les organes de contrôle de l'application des traités, ont servi le double objectif de maintenir – en les améliorant, il est vrai – les systèmes de santé mentale existants, sans qu'une véritable attention soit portée à l'absence flagrante de modes de prise en charge différents. Le Rapporteur spécial demande aux États, à la société civile et aux divers acteurs chargés de la responsabilisation de s'employer à résoudre le dilemme consistant à assurer des conditions de vie humaines aux usagers des services de santé mentale existants tout en défendant fermement le bien-fondé juridique d'une réforme de grande ampleur des systèmes et d'une transformation des communautés.

69. Pour traduire ces principes et concepts clefs dans la pratique, plusieurs éléments concrets fondamentaux (ingrédients essentiels fondés sur les droits) doivent être réunis lors des interventions. Il convient également d'appeler l'attention sur les mesures récemment prises pour franchir cette étape cruciale : afin de répondre aux situations de crise, des éléments clefs fondés sur les droits ont été définis pour servir de base aux interventions des communautés et des acteurs locaux⁴⁴.

⁴³ Convention relative aux droits des personnes handicapées, préambule et art. 12, 15 et 19.

⁴⁴ Voir Peter Stastny *et al.*, « Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress: foundations and practices ».

V. Menaces mondiales et futures tendances

A. Prise en compte du droit à la santé mentale dans tous les contextes mondiaux

70. La négligence de la santé mentale à l'échelle mondiale va totalement à l'encontre du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et de l'engagement pris au titre de l'objectif de développement durable n° 3, à savoir de promouvoir la santé mentale et le bien-être. La négligence flagrante des soins de santé mentale et les modes de prise en charge inadaptés qui ont encore cours dans de nombreux pays, où des établissements psychiatriques pratiquant la ségrégation fournissent des services stigmatisants défavorables aux droits de l'homme, ont suscité à juste titre des critiques de la part des défenseurs de ces droits. Toutefois, des réalités plus globales et des mouvements sociaux jouant un rôle essentiel dans la santé mentale ont souvent été négligés. Or, si les groupes militant pour la santé mentale ne se fixent pas d'objectifs fondés sur les droits, le droit à la santé ne pourra se concrétiser. La solidarité, le militantisme collectif et les engagements communs en vue de répondre aux défis mondiaux sont des moyens efficaces de faire face à l'impuissance et au désarroi, de renforcer la résilience (et la résistance) et de promouvoir le bien-être. En faisant entendre collectivement leur voix, les acteurs engagés en faveur de la santé mentale apportent un puissant antidote aux asymétries de pouvoir et à l'injustice. Les États doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la protection et l'extension de cet espace civique, baromètre essentiel du respect du droit à la santé.

B. Changements climatiques

71. À mesure que les changements climatiques s'intensifient, leurs effets destructeurs sur le droit à la santé et, plus généralement, sur l'environnement et les droits de l'homme se font sentir dans le monde entier. Les groupes marginalisés, parmi lesquels les peuples autochtones, les enfants, les personnes âgées, les femmes, les personnes en situation de pauvreté, les migrants et les personnes ayant des problèmes de santé préexistants, sont déjà les plus vulnérables face aux changements climatiques, qui menacent d'accroître les inégalités dans les pays et entre les pays. Les bouleversements climatiques ont des effets notables sur les facteurs sociaux et environnementaux sous-jacents qui déterminent l'exercice du droit à la santé, tels que la pureté de l'air, l'accès à l'eau potable, à un logement convenable et à une alimentation suffisante, la sécurité économique, les relations sociales et la vie en communauté.

72. Les incidences des changements climatiques sur la santé physique sont bien connues depuis un certain temps, contrairement à leurs effets sur la santé mentale, que l'on comprend mieux depuis quelques années seulement⁴⁵. La prise de conscience émotionnelle et existentielle de l'ampleur du problème climatique et de l'insuffisance, consternante, de la plupart des mesures prises pour y remédier, va croissant, en particulier chez les enfants et les jeunes. La mortalité due aux vagues de chaleur et aux changements climatiques touche de manière disproportionnée les personnes placées en institution.

73. L'importance de l'environnement naturel dans les relations sociales et la vie en communauté est inscrite dans la constitution de nombreux pays. Le lien inextricable entre la santé et les changements climatiques est reconnu dans la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Dans l'Accord de Paris, les États ont été appelés à promouvoir et à prendre en compte le droit à la santé dans leurs activités visant à atténuer les changements climatiques et à s'y adapter. En effet, une approche fondée sur les droits et centrée sur la santé mentale peut permettre de mieux lutter contre les changements climatiques, de renforcer les relations au sein des communautés et le militantisme citoyen et d'améliorer la durabilité et le bien-être.

⁴⁵ Voir Katie Hayes *et al.*, « Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, n° 28 (2018).

74. Des études complémentaires s'imposent pour comprendre comment les menaces qui pèsent sur l'environnement et le manque de lien de l'homme avec l'environnement naturel risquent d'entraîner l'effondrement des « écosystèmes humains », c'est-à-dire la perte de ressources sociales et culturelles et l'altération de la vie communautaire. Être en mesure de vivre en contact avec la nature et de se préoccuper d'elle répond à un besoin psychologique et est efficace pour lutter contre l'inattention, la colère, la fatigue et la tristesse, accroître le bien-être et réduire le stress physiologique⁴⁶. L'objectif de relations saines et non violentes s'applique non seulement aux rapports interpersonnels au sein des petits et grands groupes, mais également aux interactions entre les êtres humains et la nature. Les changements climatiques mettent en péril cette relation précieuse et doivent de toute urgence mobiliser notre attention.

75. Une plus grande attention devrait en outre être portée au droit à la santé mentale dans le contexte des stratégies d'adaptation. Lorsque des phénomènes météorologiques violents se produisent, les États doivent assurer, individuellement ou dans le cadre d'une assistance et d'une coopération internationales, l'accès rapide à une aide de qualité fondée sur les droits, qui réponde aux besoins particuliers des personnes touchées et s'intègre aux services de soins de santé primaires et généraux et aux services de protection sociale existants. Ils doivent prendre des mesures urgentes pour restaurer et protéger les espaces verts existants afin de favoriser le lien des populations avec la nature, trouver des moyens créatifs d'utiliser l'environnement pour bâtir de nouvelles relations, y compris avec la nature, et faciliter la guérison des personnes et des communautés⁴⁷. Ces mesures peuvent stimuler l'action collective visant à développer le militantisme intergénérationnel en faveur de la justice climatique, contribuant ainsi à élargir les alliances de défenseurs des droits des personnes handicapées et à unifier les mouvements par le renforcement de la durabilité et de la résilience.

C. Surveillance numérique

76. Les progrès des technologies numériques transforment la capacité des États, des géants mondiaux de la technologie, parmi lesquels Google, Facebook, Apple et Amazon, et des entités privées à exercer un niveau de surveillance sans précédent sur des populations entières. En regroupant des volumes considérables de données collectées à partir de sources diverses, telles que les caméras de surveillance de la voie publique équipées de logiciels de reconnaissance faciale, les données administratives des organismes publics, les banques, les détaillants, les moteurs de recherche sur Internet et les médias sociaux, il est possible d'obtenir et d'analyser des informations personnelles détaillées sans la permission et à l'insu des intéressés. Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour classer les personnes dans différentes catégories à des fins commerciales ou politiques, ou pour les surveiller davantage.

77. Exercé dans la plus grande opacité par des acteurs publics ou privés, un tel degré de surveillance peut s'avérer à plus d'un titre dommageable à la santé mentale des individus et rompre le lien de confiance entre les membres de la société et entre l'État et la population. Des bases de données appartenant à l'État ont par exemple été rapprochées et utilisées pour créer des catégories de personnes considérées comme susceptibles de commettre une fraude aux prestations sociales ou de basculer dans la criminalité. Ces systèmes peuvent susciter la crainte de populations entières en raison de leur manque de transparence, et nul n'est à l'abri des conséquences préjudiciables de leurs analyses, sachant qu'il est difficile d'obtenir réparation en cas d'erreur d'identification ou de fausse supposition.

78. Lorsque plusieurs sources de données sont fusionnées en vue de classer ou de noter les individus dans la société selon des systèmes et des algorithmes inconnus, les personnes redoutent de plus en plus toute interaction sociale car elles ignorent qui les évalue et quelle

⁴⁶ Voir Daniel E. Baxter et Luc G. Pelletier, « Is nature relatedness a basic human psychological need? A critical examination of the extant literature » *Canadian Psychology*, vol. 60, n° 1 (février 2019).

⁴⁷ Voir Jules Pretty *et al.*, « Improving health and well-being independently of GDP: dividends of greener and prosocial economies », *International Journal of Environmental Health Research*, vol. 26, n° 1 (2016).

note leur est donnée⁴⁸. Ainsi, leur droit à la liberté peut s'en trouver restreint, les relations sociales se grippent et les intéressés n'ont aucun moyen de contester la note qui leur est attribuée. Cette incidence sur les droits civils retentit nécessairement sur l'accès aux droits sociaux et l'exercice de ces droits. Il est urgent de mener des enquêtes et des recherches sur ces pratiques lourdes de conséquences pour la santé mentale et le bien-être des personnes, notamment en ce qu'elles modifient le rapport que les populations du monde entier entretiennent avec l'État et les relations interpersonnelles au sein de ces populations. Les acteurs publics et privés ont l'obligation, au titre des droits de l'homme, de protéger le droit à la santé, y compris la santé mentale. Or, la surveillance omniprésente rendue possible par les mégadonnées est foncièrement contraire à ce droit.

D. La maladie à coronavirus (COVID-19) et ses effets sur la santé mentale

79. Au moment de la rédaction du présent rapport, le monde fait face à une nouvelle menace pour la santé publique : la pandémie de COVID-19, contre laquelle les États et d'autres acteurs mènent une action concertée. Pour endiguer la propagation du virus, de nombreuses restrictions ont été imposées à certains droits et certaines libertés. Si nul ne sait pour l'heure quelles seront précisément les conséquences de cette pandémie et les mesures à prendre, on s'attend toutefois à des défis de taille et de nouvelles perspectives dans le domaine de la santé mentale, dont il faut dès à présent tenir compte.

VI. Conclusions et recommandations

80. **Il n'y a pas de santé sans la santé mentale, et il n'y a pas de bonne santé mentale ni de bien-être en dehors d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Il faut de toute urgence investir davantage dans la santé mentale. Toutefois, l'argent ne devrait pas être le point de mire des débats relatifs à la santé mondiale en général et à la santé mentale en particulier. Œuvrer en faveur de la dignité et du bien-être, outre que cet objectif est par essence et universellement salubre, constitue un impératif sur le plan des droits de l'homme.**

81. **Les deux premières décennies du nouveau millénaire ont amené de nombreux changements prometteurs dans le domaine de la santé mentale. La promotion d'une bonne santé mentale a été incluse dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des initiatives impressionnantes ont été lancées de par le monde pour faire progresser la santé mentale sous tous ses aspects : promotion, prévention, traitement, réadaptation et rétablissement.**

82. **Toutefois, malgré ces tendances prometteuses, la situation reste globalement marquée par une incapacité de la communauté internationale à remédier aux violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé mentale. Ce statu quo inacceptable renforce le cercle vicieux de la discrimination, de la perte d'autonomie, de la coercition, de l'exclusion sociale et de l'injustice. Partout dans le monde, la perception de la détresse, du traitement et, plus largement, du soutien évolue et va aujourd'hui bien au-delà d'une conception biomédicale de la santé mentale. Le statu quo international, ses tenants institutionnels et ses gardiens sont de plus en plus dépassés à mesure que se fissure le consensus sur les modalités souhaitables des transformations à venir. La situation actuelle n'est plus viable politiquement et porte atteinte aux droits de l'homme.**

83. **L'appel à remédier aux lacunes en matière de traitement se focalise en grande partie sur la « charge mondiale des troubles mentaux », au détriment des droits de l'homme⁴⁹. Ce déséquilibre systémique fait que les acteurs concernés ne sont guère incités à changer de cap et il produit des effets systémiques néfastes, ce qui va**

⁴⁸ Voir Rogier Creemers, « China's social credit system: an evolving practice of control », SSRN (22 mai 2018).

⁴⁹ Voir OMS, « Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays », EB130/9 (1^{er} décembre 2011).

à l'encontre de l'obligation éthique de « ne pas nuire ». Le principal obstacle à la réalisation du droit à la santé mentale ne se situe pas au niveau de l'individu ni ne réside dans la charge mondiale des troubles mentaux : il trouve plutôt sa source dans le fardeau structurel, politique et mondial que représentent les systèmes de santé mentale archaïques et défaillants.

84. Pour remédier à ces obstacles, aux asymétries de pouvoir dans le domaine des soins de santé mentale, à l'empire du modèle biomédical et à l'utilisation tendancieuse des connaissances, il faut modifier les lois, les politiques et les pratiques. En particulier, la prédominance de la médicalisation dans les réformes d'orientation en cours, dont certaines sont perçues comme progressistes, continue d'occulter les injustices sociales plus vastes que la communauté mondiale doit combattre. Les mouvements d'usagers des services, de personnes présentant un handicap psychosocial, de personnes qui revendiquent leur folie et de personnes qui entendent des voix, qui sont autant de détenteurs de droits, doivent jouer un rôle de premier plan dans la lutte pour le changement axé sur les droits. Le développement de l'aide fondée sur les droits au sein et en dehors des systèmes de santé mentale existants est éminemment prometteur pour les transformations nécessaires.

85. Il existe une cause commune dans ce monde en rapide évolution. De profondes transformations sont à l'œuvre à l'échelle mondiale et la crise internationale de la santé mentale n'est pas sans lien avec d'autres domaines du militantisme en faveur des droits de l'homme. L'autoritarisme, le néolibéralisme contemporain, les changements climatiques, le paternalisme et l'essor des mégadonnées, qui sont autant de menaces pour les droits de l'homme, ouvrent cependant la voie à un rassemblement solidaire en vue de repenser et remodeler les structures sociales, économiques et politiques pour garantir un avenir durable, pacifique, juste et inclusif.

86. Le Rapporteur spécial recommande aux États :

a) De prendre les mesures législatives, politiques et autres nécessaires pour mettre pleinement en œuvre une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, avec la participation des personnes qui ont vécu une expérience dans ce domaine ;

b) D'investir dans la recherche axée sur les droits dans ce domaine, afin de soutenir ces mesures et d'assurer une meilleure prise en compte, sur le plan conceptuel, de leur exécution et des activités de terrain à des fins de réforme ;

c) De tenir compte des données probantes en matière de santé publique, des expériences que vivent les personnes concernées et des recherches axées sur les droits, afin d'orienter la prise de décisions concernant les stratégies de politique publique mondiales et nationales. Pour ce faire, il faudrait en priorité se détourner du modèle de la médicalisation dans l'élaboration des réformes de la santé mentale, de la justice pénale et de l'assistance sociale ;

d) De prendre des mesures immédiates pour appliquer les recommandations formulées par le Conseil des droits de l'homme dans ses résolutions 32/18 et 36/13 sur la santé mentale et les droits de l'homme ;

e) De promouvoir la santé mentale en augmentant le soutien financier aux programmes durables et transversaux permettant de réduire la pauvreté, les inégalités, la discrimination fondée sur un quelconque motif et la violence dans tous les milieux, afin d'agir efficacement sur les principaux déterminants de la santé mentale ;

f) D'investir dans des services de santé mentale de proximité, adaptés aux enfants et aux adolescents et centrés sur la famille, et de s'attaquer préventivement aux incitations financières et autres qui entretiennent le placement en institution, l'exclusion sociale et le recours excessif aux médicaments psychotropes ;

g) De promouvoir les principes du vieillissement en bonne santé et du respect du droit des personnes âgées de vivre dans leur communauté, et de mettre en place des mesures, telles que le perfectionnement du personnel, visant à mettre un terme au surdiagnostic et au recours excessif aux médicaments psychotropes.

87. Le Rapporteur spécial recommande aux organisations représentant le milieu professionnel de la psychiatrie, y compris la médecine universitaire :

a) D'ériger clairement les droits de l'homme et la justice sociale en valeurs fondamentales dans la promotion des interventions en matière de santé mentale ;

b) De moderniser l'enseignement médical et d'intégrer la santé mentale et les droits de l'homme dans les cours de médecine et la recherche médicale, en mettant notamment l'accent sur la nécessité de réduire fortement la coercition, la surmédicalisation, le placement en institution, toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux et les autres violations des droits de l'homme ;

c) De mettre fin au rejet des dispositifs d'aide non coercitive fondée sur les droits qui sortent du cadre habituel et de susciter davantage le dialogue sur la manière dont ces initiatives peuvent également s'inscrire dans la dynamique du changement.

88. Le Rapporteur spécial recommande à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'œuvrer aux côtés des États, dans le cadre d'une coopération et d'une assistance internationales, pour que les stratégies ci-après soient prioritairement mises en œuvre :

a) Soutenir l'élaboration de principes et de pratiques exemplaires visant à aborder les politiques et les services de santé mentale selon une approche fondée sur les droits ;

b) Appuyer la réforme des lois et pratiques discriminatoires en matière de santé mentale, notamment en déployant à plus grande échelle l'initiative QualityRights ;

c) Passer en revue la liste actuelle des médicaments essentiels dans le domaine de la santé mentale (points 24.1 à 24.4) et en retirer ceux dont il n'est pas prouvé qu'ils présentent un rapport satisfaisant entre les risques et les bénéfices ;

d) Soutenir l'élaboration d'une nouvelle liste holistique d'interventions psychosociales axées sur la population, fondées sur des données probantes, définies et mises en place selon des principes axés sur la participation et les droits de chacun et mieux à même de guider les États pour qu'ils respectent pleinement le droit à la santé ;

e) S'engager à assurer la cohérence des nombreuses actions en faveur des droits de l'homme que mène l'OMS, l'objectif étant que les principes et les valeurs énoncés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ainsi que le droit à la santé consacré par la Constitution de l'OMS, sous-tendent et orientent l'ensemble des activités d'assistance technique, y compris l'élaboration de normes mondiales, la réalisation de mesures au niveau international et l'établissement de lignes directrices mondiales en matière de santé mentale.