



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.4/2005/51
11 février 2005

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Soixante et unième session
Point 10 de l'ordre du jour provisoire

DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

**Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, sur le droit qu'a toute personne
de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible***

* Le présent document a été présenté tardivement afin d'y faire figurer le plus grand nombre possible d'informations actuelles.

Résumé

En application de la résolution 2004/27 de la Commission, le présent rapport décrit quelques-unes des activités réalisées par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible depuis son deuxième rapport d'activité à l'Assemblée générale (A/59/422).

Dans son rapport préliminaire de février 2003 à la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2003/58), le Rapporteur spécial avait indiqué qu'il se proposait de prêter une attention particulière, notamment, à la discrimination et à la stigmatisation, ce que la Commission avait approuvé dans sa résolution 2003/28.

Le Rapporteur spécial consacre donc le présent rapport à un des groupes les plus négligés, marginalisés et vulnérables: les personnes déficientes mentales.

Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est vaste et complexe. Dans l'exercice de son mandat, le Rapporteur spécial propose une approche commune de ce droit afin qu'il soit plus facile à comprendre.

Dans la section I.A du rapport, cette approche est appliquée à la déficience mentale et au droit à la santé, notamment sous l'angle des garanties, des droits à prestation, de la non-discrimination et de l'égalité, de la participation, et de l'assistance et de la coopération internationales.

La section I.B expose brièvement trois questions relatives à la déficience mentale qui appellent une attention particulière: la déficience intellectuelle, le droit à l'intégration dans la communauté et le consentement au traitement.

Quelques brèves conclusions et recommandations sont présentées à la fin du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Introduction	1 – 5	4
I. DÉFICIENCE MENTALE ET DROIT À LA SANTÉ	6 – 93	5
Note sur la terminologie.....	18 – 22	7
A. ÉVOLUTION DES NORMES ET DES OBLIGATIONS.....	23 – 75	8
1. Instruments internationaux non contraignants	24 – 30	9
2. Déficience et droit au meilleur état de santé physique et mentale possible	31 – 32	10
3. Réalisation progressive et contraintes de ressources	33 – 37	10
4. Garanties	38 – 41	11
5. Droits.....	42 – 45	12
6. Existence, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité	46	13
7. Respect, protection et mise en œuvre.....	47 – 50	14
8. Non-discrimination et égalité.....	51 – 58	15
9. Participation	59 – 61	16
10. Assistance et coopération internationales	62 – 66	17
11. Contrôle et responsabilisation.....	67 – 75	18
B. QUESTIONS DIVERSES.....	76 – 90	20
1. Déficience intellectuelle	77 – 82	20
2. Le droit à l'intégration dans la communauté.....	83 – 86	21
3. Consentement au traitement	87 – 90	22
II. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	91 – 93	23

Introduction

1. Par sa résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a défini le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint («droit à la santé»). Après sa désignation en 2002, le Rapporteur spécial a présenté à la Commission un rapport préliminaire (E/CN.4/2003/58) exposant dans ses grandes lignes l'approche qu'il se proposait d'adopter, notamment les thèmes principaux de la pauvreté, de la discrimination et du droit à la santé.

2. En 2003, il a soumis à l'Assemblée générale un rapport (A/58/427) portant, entre autres choses, sur la question des indicateurs et des critères ainsi que sur le VIH/sida et le droit à la santé. En 2004, il a présenté à la Commission des droits de l'homme un rapport (E/CN.4/2004/49) ayant notamment trait au droit à la santé en matière de sexualité et de procréation, à la stratégie de réduction de la pauvreté du Niger et aux maladies orphelines. Il a également présenté un rapport sur sa mission à l'Organisation mondiale du commerce (E/CN.4/2004/49/Add.1). Dans sa résolution 2004/27, la Commission des droits de l'homme a pris acte du rapport du Rapporteur spécial, l'a invité à poursuivre l'analyse des aspects relatifs aux droits de l'homme de la question des maladies orphelines et l'a prié de lui présenter à sa soixante et unième session un rapport sur ses activités, ainsi que de soumettre un rapport intérimaire à l'Assemblée générale. Le présent rapport est soumis en application de cette résolution.

Activités récentes

3. En 2004, le Rapporteur spécial a présenté à l'Assemblée générale un rapport (A/59/422) dans lequel il examinait les objectifs de développement du Millénaire ayant trait à la santé du point de vue du droit à la santé. Au cours de la même année, il a effectué des missions au Pérou (du 6 au 15 juin) et en Roumanie (du 23 au 27 août) à l'invitation des Gouvernements de ces deux pays. Dans le cadre de son mandat, il a pris part à plusieurs réunions. Il a ainsi rencontré à New York les représentants du Projet du Millénaire, de la Campagne objectifs du Millénaire et de l'UNICEF. Il a participé à une conférence organisée à Utrecht (Pays-Bas) par la Fédération internationale des organisations de défense du droit à la santé et des droits de l'homme et à une réunion sur le droit à la santé organisée à Londres par Médecins pour les droits de l'homme – Royaume-Uni. Il a eu des contacts réguliers avec des représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur diverses questions, notamment celle des maladies orphelines, et s'est également entretenu avec des représentants d'ONUSIDA. Avec l'aide de l'OMS et du Programme spécial PNUD/OMS/Banque mondiale de recherche et de formation sur les maladies tropicales, il achèvera en 2005 un rapport sur les maladies orphelines et le droit à la santé.

4. En octobre, le Rapporteur spécial a abordé le thème du racisme et de la santé à une réunion du Groupe de travail intergouvernemental sur l'application effective de la Déclaration et du Programme d'action de Durban. À l'occasion d'un séjour à Washington, il a fait une déclaration à la convention annuelle de l'Association américaine de santé publique, à une réunion du conseil de la Division santé, nutrition et population de la Banque mondiale et à un stage de formation sur la santé et les droits de l'homme organisé par Médecins pour les droits de l'homme – États-Unis d'Amérique. Ses contacts réguliers avec le secteur pharmaceutique l'ont amené à intervenir lors d'un colloque international sur le droit à la santé et le rôle des entreprises pharmaceutiques, accueilli par la Fondation Novartis pour le développement durable. Il a tenu à New York une réunion d'information organisée par le Bureau du Haut-Commissaire des Nations Unies aux

droits de l'homme et le Comité des organisations non gouvernementales sur les droits de l'homme et coparrainée par le Service international pour les droits de l'homme et le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'École de santé publique de Harvard. En décembre 2004, il a soumis une déclaration écrite à l'enquête nationale d'utilité publique sur le droit aux soins de santé organisée par la Commission nationale indienne des droits de l'homme et le Mouvement populaire pour la santé (Jan Swasthya Abhiyan).

Communications individuelles

5. Conformément à la pratique adoptée par la Commission des droits de l'homme, les informations concernant des cas particuliers examinés par le Rapporteur spécial pendant la période considérée font l'objet d'un additif au présent rapport (E/CN.4/2005/51/Add.1).

I. DÉFICIENCE MENTALE ET DROIT À LA SANTÉ

6. Une personne sur quatre souffrira d'un trouble mental à un moment ou un autre de sa vie. En outre, l'incidence de ces troubles augmente. Aujourd'hui, quelque 450 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux ou neurologiques ou de problèmes psychosociaux. Très peu bénéficient d'un traitement, de soins et d'un soutien – et lorsque c'est le cas, ceux-ci sont souvent très insuffisants. On estime que les troubles mentaux et comportementaux représentent 12 % de la morbidité globale, alors que la plupart des pays consacrent à la santé mentale moins de 1 % de la totalité de leurs dépenses de santé. Souvent, les services de soins de santé mentale et d'appui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Plus de 40 % des pays n'ont pas de politique de santé mentale et plus de 30 % n'ont aucun programme de santé mentale. Plus de 90 % des pays n'ont pas de politique de santé mentale qui couvre les enfants et les adolescents¹. En un mot, la santé mentale est l'un des éléments les plus manifestement négligés du droit à la santé.

7. Les personnes déficientes intellectuelles font partie des personnes les plus «oubliées», les plus «invisibles» de nos communautés. Corollaire de cette négligence, le poids de la déficience intellectuelle ne fait pas l'objet d'estimations, mais ce que l'on peut en savoir montre qu'il est important. La déficience intellectuelle peut être un très lourd fardeau personnel, économique et social, pour les personnes qui en sont atteintes comme pour leur famille².

8. Lorsqu'il existe des services de soins de santé mentale et d'appui, il y a un risque de violation des droits des patients. Cela est particulièrement vrai dans les systèmes où des services sont expressément réservés aux déficients intellectuels et dans des établissements tels que hôpitaux psychiatriques, institutions pour personnes déficientes intellectuelles, centres de long séjour, centres médico-sociaux, orphelinats, établissements pénitentiaires.

9. Le Rapporteur spécial a été informé de nombreux cas d'internement de longue durée et abusif de déficients intellectuels dans des hôpitaux psychiatriques et autres institutions où ils ont été victimes de diverses violations de leurs droits: viols et violences sexuelles commis par d'autres patients ou par des membres du personnel; stérilisation forcée; fait d'être enchaînés à des lits souillés pendant de longues périodes et, dans certains cas, d'être enfermés dans des cages; violences et tortures; administration d'un traitement sans consentement éclairé du patient; usage non modifié (c'est-à-dire sans anesthésie ni administration de relaxants musculaires) de la thérapie électroconvulsive³; hygiène scandaleusement insuffisante; manque de nourriture⁴.

L'an passé, dans un pays européen, 18 patients d'un hôpital psychiatrique sont décédés, notamment de malnutrition et d'hypothermie.

10. Si ces atteintes sont particulièrement répandues dans les grands hôpitaux psychiatriques et autres institutions, un nombre croissant d'informations fait état de violations des droits de l'homme subies par des personnes déficientes mentales dans des institutions communautaires. À mesure que les pays s'orientent vers des soins et un soutien de type communautaire, les violations commises dans ce contexte se multiplieront inévitablement, à moins que des garanties appropriées ne soient mises en place.

11. Le fort pourcentage de personnes déficientes intellectuelles – ainsi que le taux élevé de suicides – dans les établissements pénitentiaires est également très inquiétant. Dans de nombreux cas, des personnes atteintes de graves déficiences mentales qui n'ont pas commis de délit ou qui n'ont commis qu'une infraction mineure sont envoyées en prison au lieu d'être orientées vers les services compétents de soins de santé mentale ou d'appui. Les conditions carcérales – surpopulation, absence d'intimité, isolement forcé, violence – tendent à aggraver les désordres mentaux. Pourtant, l'accès à des services même rudimentaires de soins de santé mentale et d'appui est souvent limité⁵. La jurisprudence récente montre combien les déficients mentaux placés en détention sont vulnérables aux violations de nombre de leurs droits⁶.

12. D'autres groupes sont également particulièrement fragiles. Les femmes déficientes mentales sont ainsi exposées à la stérilisation forcée et aux violences sexuelles, ce qui constitue une violation de leur droit à la santé en matière de sexualité et de procréation⁷. Les minorités ethniques et raciales sont souvent victimes de discrimination en matière d'accès aux services de soins de santé mentale et d'appui. Les populations autochtones sont fréquemment négligées, aucun service psychiatrique ou d'appui spécialisé n'étant mis en place malgré les besoins criants dont témoignent la hausse des taux de suicide et la surreprésentation de ces populations dans les institutions de santé mentale de haute sécurité.

13. Les déficiences mentales existent dans tous les pays et peuvent avoir des incidences graves sur la vie des individus et de leur famille. La stigmatisation de divers états, qui sont déjà eux-mêmes sources de situations pénibles, est souvent à l'origine d'une discrimination pouvant conduire à la marginalisation. C'est cette interaction entre limites personnelles et contraintes sociales qui donne naissance à la déficience, au handicap, et prive souvent les intéressés des mêmes chances que les autres de jouir d'un large éventail de droits et de libertés fondamentales, notamment les droits à l'éducation, au travail, à la reconnaissance en tant que personne par la loi, à la vie privée, à la sécurité sociale, à un logement convenable, à une alimentation adéquate et à la liberté. Lorsque la stigmatisation fondée sur le handicap s'ajoute à la discrimination fondée sur des éléments tels que le sexe, la race et l'appartenance ethnique, ceux qui en sont victimes sont particulièrement exposés à des violations de leurs droits fondamentaux.

14. L'Organisation mondiale de la santé recommande que les services de soins de santé mentale, y compris les services d'appui, soient des services communautaires, intégrés autant que possible dans les services de santé générale, notamment dans les soins de santé primaire, conformément au principe essentiel de l'environnement le moins restrictif possible⁸. Cependant, dans de nombreux pays en développement, les soins de santé mentale ne sont pas dispensés conformément à ce modèle, mais sont pour l'essentiel centralisés et assurés dans de grands hôpitaux psychiatriques, et les services de soins et d'appui sont insuffisants, voire inexistantes,

au niveau communautaire. Les personnes déficientes mentales et leur famille doivent faire des choix douloureux, accepter ou non d'être soignés loin de leur domicile et de leur cadre de vie, ce qui les prive du droit de vivre et de travailler, dans la mesure du possible, au sein de leur communauté. Dans de nombreux pays, dont des pays développés, des personnes déficientes mentales se retrouvent sans domicile fixe du fait du manque de services communautaires et de logements sociaux accessibles, ce qui aggrave leur marginalisation.

15. Grâce à une meilleure connaissance de la déficience mentale et à de nouveaux modèles de services et de systèmes de soutien au niveau communautaire, de nombreuses personnes handicapées mentales, autrefois condamnées à vivre dans des institutions fermées, peuvent désormais mener une vie normale et riche de sens au sein de leur communauté. Des personnes que l'on croyait naguère incapables de prendre des décisions pour elles-mêmes ont fait voler en éclats les stéréotypes en prouvant qu'elles pouvaient vivre de manière indépendante si on leur fournissait les protections juridiques et les services d'aide nécessaires. En outre, de nombreuses personnes dont on pensait qu'elles étaient irrémédiablement frappées d'une grave maladie mentale ont montré qu'une guérison complète est possible. Malgré ces progrès remarquables, les personnes déficientes mentales restent l'un des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables dans tous les pays.

16. Le présent chapitre a pour objet d'apporter des précisions sur le droit à la santé des déficients mentaux. Il fait fond sur diverses sources, notamment la jurisprudence, les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et des instruments internationaux spécialisés non contraignants, comme la Déclaration de Montréal sur la déficience intellectuelle, récemment adoptée. Dans ses récents rapports, le Rapporteur spécial a élaboré une approche commune des questions relatives au droit à la santé, qui sont vastes et complexes, afin d'en faciliter la compréhension. Cette approche commune envisage les questions relatives au droit à la santé sous l'angle des libertés, des droits à prestation, de la non-discrimination et de l'égalité, de la participation, de l'assistance et de la coopération internationales, de la surveillance et de la responsabilisation, etc. Dans le présent rapport, la section I.A traite de l'application de cette approche à la déficience mentale, tandis que la section I.B porte de façon plus approfondie sur trois questions relatives à la déficience mentale.

17. Conformément à son mandat, le Rapporteur spécial met l'accent sur les aspects relatifs au droit à la santé dans la déficience intellectuelle. Il va de soi, cependant, que les déficients mentaux ont le droit de jouir de la totalité des droits de l'homme.

Note sur la terminologie

18. L'examen de la question de la santé mentale et de la déficience mentale est compliqué par l'absence de consensus sur la terminologie la plus appropriée. Les termes et expressions maladie mentale, trouble mental, incapacité mentale, déficience psychiatrique, déficience mentale, problèmes psychosociaux, déficience intellectuelle, et plusieurs autres, sont tous employés avec des connotations différentes et des nuances. La déficience intellectuelle, qu'on appelait généralement autrefois retard ou handicap mental, est aujourd'hui parfois désignée par l'expression «déficience du développement». En outre, certains termes sont le reflet de débats très importants et sensibles, comme les débats sur un «modèle médical» ou un «modèle social» de fonctionnement⁹.

19. Après avoir pris de nombreux avis, le Rapporteur spécial a décidé d'adopter le terme générique de «déficience mentale». Dans le présent rapport, ce terme recouvre les maladies mentales et les troubles psychiatriques graves, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, des maladies et troubles mentaux moins graves, souvent appelés problèmes psychosociaux, comme les troubles anxieux légers, et les déficiences intellectuelles, comme les limitations résultant, par exemple, du syndrome de Down et d'autres anomalies chromosomiques, de lésions du cerveau avant, pendant ou après la naissance et de la malnutrition pendant la prime enfance. Le terme «déficience» renvoie à toute une série d'invalidités, de limitations des activités et de restrictions à la participation, permanentes ou temporaires¹⁰.

20. Le Rapporteur spécial emploie donc l'expression «déficience mentale» pour renvoyer aux droits et libertés dans le domaine du droit à la santé qui intéressent toutes les personnes souffrant de tous types de déficience mentale, ainsi qu'aux fréquentes violations de ces droits. Il souligne cependant que cette expression recouvre un vaste éventail de situations extrêmement différentes et en particulier deux groupes de pathologies, à savoir les déficiences psychiatriques et les déficiences intellectuelles, dont les causes et les effets sont distincts. Ces différences ont une incidence fondamentale sur la manière dont le droit à la santé doit être interprété et appliqué si l'on veut que toutes les personnes déficientes mentales jouissent de leurs droits fondamentaux dans des conditions d'égalité et de non-discrimination. Faute de place, il est impossible d'examiner en particulier toutes les situations possibles à travers le prisme du droit à la santé. Le Rapporteur spécial s'est donc efforcé d'établir, dans la section I.A, un guide général sur la déficience mentale et le droit à la santé, alors que dans la section I.B il a notamment mis l'accent sur les personnes déficientes intellectuelles.

21. Le présent chapitre concerne également les personnes qui n'ont pas une maladie mentale diagnostiquée, par exemple celles dont on *considère* qu'elles souffrent d'une maladie et qui sont traitées en conséquence, ainsi que les personnes qui n'ont pas de déficience mentale mais qui sont internées dans des hôpitaux psychiatriques pour des raisons politiques, culturelles, sociales, économiques ou autres.

22. En outre, le droit à la santé mentale intéresse non pas seulement les personnes déficientes mentales, mais aussi l'ensemble de la population. La santé mentale est un élément fondamental de la santé, et le droit à la santé mentale un élément fondamental du droit à la santé pour tous. Certaines situations, comme les conflits ou autres catastrophes humanitaires, peuvent particulièrement compromettre la santé mentale de populations entières. Le Rapporteur spécial se propose d'examiner les aspects relatifs à la santé mentale dans les conflits dans un prochain rapport qui portera sur le droit à la santé dans le contexte des conflits.

A. ÉVOLUTION DES NORMES ET DES OBLIGATIONS

23. Avant d'examiner la déficience mentale et le droit à la santé au regard de divers traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, le Rapporteur spécial souhaite présenter certains instruments internationaux spécialisés non contraignants qui sont particulièrement importants pour le présent chapitre¹¹.

1. Instruments internationaux non contraignants

24. Les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (ci-après les «Principes relatifs à la maladie mentale»), que l'Assemblée générale a adoptés en 1991, contiennent des normes minimales détaillées relatives aux droits aux soins de santé des personnes atteintes de maladie mentale, ainsi qu'aux droits de toute autre personne se trouvant dans un établissement de soins de santé mentale. Ces 25 principes énoncent un large éventail d'engagements dans les domaines suivants: normes relatives aux soins et au traitement, notamment le droit à l'environnement le moins restrictif possible; droit aux médicaments; consentement au traitement; traitement des mineurs et des auteurs d'infractions pénales; réexamen des placements d'office; accès à l'information; plaintes, contrôle et recours; etc. Ils expriment une position ferme et positive à l'égard de l'intégration dans la communauté, reconnaissant notamment que tout patient a le droit d'être traité et soigné, dans la mesure du possible, dans le milieu où il vit¹². Si certains Principes consacrent des droits et normes importants, d'autres sont sujets à controverse et offrent des garanties insuffisantes, notamment en ce qui concerne la question du consentement éclairé. (Le Rapporteur spécial reviendra sur cette question à la section I.B.)

25. Les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés (ci-après «les Règles»), adoptées par l'Assemblée générale en 1993, présentent un large éventail d'engagements garantissant aux personnes atteintes de déficiences les mêmes chances que les autres dans tous les domaines. Ces 22 règles détaillées énoncent des principes importants en matière de responsabilité, d'action et de coopération notamment dans les domaines des soins de santé, de la réadaptation, des services d'appui, de la sensibilisation, de l'éducation, de l'emploi, de la vie familiale, de la prise de décisions et de la législation. Fait significatif, elles mettent l'accent sur le droit à la participation des personnes atteintes de déficiences, ainsi que sur le rôle important que jouent les organisations qui les représentent¹³.

26. En octobre 2004, des représentants d'États, des organisations internationales et des représentants de la société civile, dont des personnes déficientes intellectuelles et leur famille, ont adopté la Déclaration de Montréal sur la déficience intellectuelle lors d'une conférence internationale organisée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'OMS. En bref, la Déclaration reconnaît les droits fondamentaux des personnes déficientes intellectuelles, notamment leur droit à la santé, et les relations entre ce droit et d'autres droits.

27. D'autres instruments importants ont été adoptés, dont le Programme mondial d'action concernant les personnes handicapées, que l'Assemblée générale a adopté en 1982, la Déclaration de Caracas (1990) de l'OPS, la recommandation 1235 (1994) du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme et sa recommandation Rec (2004) 10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux¹⁴.

28. Ces engagements reposent sur tout un ensemble de principes intersectoriels relatifs aux droits de l'homme qui sous-tendent la réalisation de tous les droits fondamentaux des personnes déficientes mentales, notamment la non-discrimination et l'égalité, la participation, l'autonomie et l'accès aux garanties de procédure, aux mécanismes de responsabilisation et aux recours.

29. Si certains éléments de ces instruments sont utiles et détaillés, d'autres sont inadéquats et doivent être révisés, notamment certaines dispositions des Principes relatifs à la maladie mentale. En outre, ces instruments ne s'imposent pas aux États. Enfin, l'exécution par les États des obligations qui leur incombent en matière de droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale n'a pas reçu une attention suffisante. Comme l'indique un récent rapport du Secrétaire général, «il conviendrait de procéder à une analyse plus détaillée de l'exécution des obligations des États en matière de droits de l'homme dans le contexte des établissements de santé mentale»¹⁵.

30. De nombreuses dispositions figurant dans les Principes relatifs à la maladie mentale, les Règles, la Déclaration de Montréal et autres engagements ayant trait aux déficiences mentales sont étroitement liées au droit à la santé. Le bon sens impose d'utiliser, si nécessaire, ces instruments spécialisés comme des guides interprétatifs du droit conventionnel à la santé. C'est ce qu'a fort justement estimé le Comité des droits économiques, sociaux et culturels¹⁶. De même, divers cadres d'analyse et autres observations découlant du droit conventionnel à la santé fournissent des orientations utiles pour interpréter les instruments internationaux non contraignants relatifs aux déficiences mentales. Lorsqu'ils sont bien compris, les traités internationaux généraux relatifs aux droits de l'homme et les instruments internationaux spécialisés relatifs aux déficiences mentales se renforcent mutuellement, comme s'efforce de le montrer la suite du présent chapitre.

2. Déficience et droit au meilleur état de santé physique et mentale possible

31. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique *et mentale* qu'elle soit capable d'atteindre. Si le Pacte ne mentionne pas expressément la déficience parmi les motifs de discrimination qu'il proscriit, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a estimé, dans ses observations générales, que le Pacte interdisait la discrimination à ce titre¹⁷. D'autres traités internationaux, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, des traités régionaux ainsi que des constitutions et des lois nationales à la fois énoncent le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et proscriivent expressément toute discrimination en raison d'une déficience.

32. Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé. C'est un droit aux structures, aux biens, aux services et aux conditions qui favorisent la réalisation du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les États devraient garantir aux personnes déficientes mentales les structures, les biens, les services et les conditions nécessaires pour qu'elles bénéficient du meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre. Le droit à la santé englobe en outre certaines libertés.

3. Réalisation progressive et contraintes de ressources

33. Le droit international à la santé physique et mentale est assujéti à une réalisation progressive et à des contraintes de ressources¹⁸, ce qui a des conséquences importantes. Autrement dit, tous les États devraient obtenir dans cinq ans des résultats meilleurs qu'aujourd'hui (réalisation progressive), et les instruments exigent davantage des pays développés que des pays les moins avancés (contraintes de ressources).

34. Il faut souligner, cependant, que le droit international à la santé impose également des obligations à effet immédiat. Par exemple, il recouvre le droit de ne pas subir un traitement médical non consenti. La jouissance de cette garantie ne dépend ni d'une réalisation progressive, ni de contraintes de ressources. À l'instar de l'obligation de non-discrimination, c'est une obligation d'application immédiate.

35. Si de nombreux aspects du droit à la santé physique et mentale dépendent d'une réalisation progressive et des ressources disponibles, les pays peuvent quand même faire beaucoup, même avec des ressources très limitées. Par exemple, même un pays disposant de très peu de ressources peut prendre les mesures suivantes: intégrer la reconnaissance, la prise en charge et le traitement des déficiences mentales dans les programmes de formation de tous les personnels de santé; promouvoir des campagnes d'information contre la stigmatisation et la discrimination des personnes déficientes mentales; soutenir la création de groupes de la société civile qui soient représentatifs des usagers des soins de santé mentale et de leur famille; formuler des politiques et des programmes modernes relatifs aux déficiences mentales; réduire la taille des hôpitaux psychiatriques et, dans la mesure du possible, développer les soins communautaires; en ce qui concerne les déficients mentaux, rechercher activement l'assistance et la coopération de donateurs et d'organisations internationales; et ainsi de suite¹⁹.

36. Le présent chapitre contient de nombreux exemples de ce que les pays – en développement et développés – peuvent faire en ce qui concerne les personnes déficientes mentales et le droit à la santé. Mais il présente surtout une manière d'approcher, d'analyser et de comprendre les déficiences mentales à travers le prisme du droit à la santé.

37. Il est impossible de fournir ici une analyse détaillée des notions de réalisation progressive et de ressources disponibles. Par exemple, un État a l'obligation d'utiliser le *maximum* de ses ressources disponibles pour assurer la réalisation du droit à la santé. Et la réalisation progressive de ce droit passe par des *indicateurs et des critères* pour déterminer les progrès réalisés dans le domaine des déficiences mentales et du droit à la santé. L'examen de ces éléments et d'autres aspects de la question devrait être réalisé à une autre occasion²⁰.

4. Garanties

38. Le droit à la santé recouvre non seulement des droits, mais aussi des garanties, dont celle de ne pas subir de discrimination. Les garanties qui revêtent une importance particulière pour la vie des personnes, en particulier des femmes déficientes mentales, comprennent le droit d'être maître de sa santé et de son corps. Les stérilisations forcées, les viols et autres formes de violence sexuelle auxquels les femmes déficientes mentales sont exposées sont intrinsèquement incompatibles avec leurs droits à la santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Le Rapporteur spécial note que le viol et d'autres formes de violence sexuelle ont des effets psychologiques et physiques traumatisants, et des incidences néfastes sur la santé mentale.

39. Plusieurs instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme prévoient des circonstances exceptionnelles dans lesquelles des personnes déficientes mentales peuvent être admises d'office dans un hôpital ou une autre institution spécialisée²¹. À l'évidence, cet internement d'office constitue une atteinte extrêmement grave à la liberté des personnes atteintes de déficiences, en particulier à leur droit à la liberté et à la sécurité. C'est pourquoi le droit international et national relatif aux droits de l'homme établit de multiples garanties de procédure

concernant ces admissions d'office, garanties qui génèrent une doctrine importante, tout particulièrement dans les commissions régionales des droits de l'homme et les tribunaux²².

40. Faute de place, le Rapporteur spécial n'examinera pas ici ces garanties de procédure, mais il tient à souligner qu'elles ne sont pas respectées dans de nombreux États. Dans certains pays, par exemple, des déficients mentaux sont internés d'office sans intervention d'un praticien de santé mentale qualifié ou sont placés dans des institutions inappropriées²³. En outre, ils n'ont souvent pas accès aux tribunaux pour contester leur admission d'office.

41. Incontestablement, l'élément de liberté du droit à la santé évoqué dans les paragraphes plus haut n'est assujéti ni à une réalisation progressive, ni à une contrainte de ressources. Souvent, l'admission d'office de personnes atteintes de déficience mentale ne constitue pas seulement une privation de liberté, mais suppose aussi l'administration d'un traitement médical sans le consentement éclairé des intéressés. (Cette question est examinée aux paragraphes 87 à 90 plus loin.)

5. Droits

42. Le droit à la santé recouvre le droit à un système de protection de la santé, dont les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, qui permette à tous les individus d'avoir les mêmes chances de jouir du meilleur état de santé possible. À l'évidence, les services de soins et d'appui, ainsi que les soins médicaux, sont indispensables pour assurer la santé et la dignité des personnes déficientes mentales²⁴.

43. Les États devraient prendre des mesures pour garantir un ensemble complet de soins de santé et de services d'appui communautaires contribuant à la santé, à la dignité et à l'intégration – notamment médicaments, psychothérapies, services ambulatoires, soins hospitaliers pour les admissions en urgence, établissements de séjour, services de réadaptation pour les personnes atteintes de déficiences psychiatriques, programmes de valorisation de l'indépendance et des capacités des personnes déficientes intellectuelles, aide au logement et à l'emploi, soutien des revenus, éducation intégratrice et appropriée des enfants déficients intellectuels, services de relève temporaire pour les familles qui ont 24 heures sur 24 la charge d'une personne atteinte de déficience mentale. Ces mesures permettent d'éviter des placements inutiles en institution.

44. Pour accroître sensiblement les interventions visant à assurer l'égalité des chances de jouir du droit à la santé, il faudra former un nombre suffisant de professionnels – psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers psychiatriques, travailleurs sociaux psychiatriques, ergothérapeutes, orthophonistes, thérapeutes comportementaux, soignants, etc. – afin de favoriser le traitement et la pleine intégration dans la communauté des personnes déficientes mentales. Les médecins généralistes, et d'autres prestataires de soins primaires, devraient suivre une formation aux soins de santé mentale essentiels et un stage de sensibilisation aux déficiences afin d'être en mesure de dispenser des soins primaires de santé mentale et physique aux personnes déficientes mentales.

45. Outre le droit aux soins de santé, le droit à la santé comprend le droit aux déterminants fondamentaux de la santé, dont une hygiène adéquate, une eau salubre et une alimentation et un abri appropriés²⁵. Les déficients mentaux sont touchés plus que d'autres par la pauvreté, qui se caractérise généralement par une privation de ces droits. En outre, les conditions de vie dans

les hôpitaux psychiatriques ainsi que dans d'autres institutions qui reçoivent des déficients mentaux sont souvent tout à fait inadéquates à cet égard.

6. Existence, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité

46. Des cadres ou des outils d'analyse peuvent aider à mieux comprendre les droits économiques, sociaux et culturels, notamment le droit à la santé. À cet égard, un cadre particulièrement utile pour l'élaboration des politiques est que les services, les biens et les établissements en matière de santé, y compris les déterminants fondamentaux doivent exister, être accessibles, être acceptables et être de bonne qualité²⁶. Ce cadre d'analyse s'applique aux soins de santé mentale et physique, ainsi qu'aux services d'appui connexes. Chaque élément est lié par d'étroites synergies aux normes internationales relatives à la déficience mentale:

a) Les établissements de soins et les biens et services de santé doivent *exister* en nombre suffisant dans un pays. Cela suppose un nombre adéquat d'établissements de soins et de services d'appui dans le domaine de la santé mentale et un nombre adéquat de médecins et autres professionnels dûment formés. Pour les personnes atteintes de certaines déficiences psychiatriques, la prescription appropriée de médicaments essentiels, notamment de psychotropes figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, devrait aussi être possible²⁷;

b) L'*accessibilité* revêt quatre aspects. Premièrement, les établissements de soins et les biens et services de santé, y compris les services d'appui, doivent être physiquement et géographiquement accessibles, autrement dit, les personnes atteintes de déficiences doivent pouvoir s'y rendre sans difficulté d'ordre physique ou géographique. Cela est particulièrement important pour les soins de proximité. Deuxièmement, les établissements de soins et les biens et services de santé, y compris les psychotropes, doivent être *économiquement accessibles* (c'est-à-dire être d'un prix abordable). Les services de soins de santé mentale et d'appui ne sont souvent ni subventionnés par l'État, ni couverts par l'assurance maladie, ce qui signifie que la plupart de ceux qui en ont besoin ne peuvent en bénéficier. Troisièmement, les services de soins de santé physique et mentale doivent également *être accessibles sans discrimination* à raison d'un quelconque des motifs prohibés. Les États devront parfois prendre des mesures de discrimination positive pour assurer l'égalité d'accès de tous les individus et de tous les groupes, notamment des minorités ethniques et raciales. Ils devront veiller à ce que les personnes atteintes de déficiences puissent accéder à des soins médicaux de même qualité que les autres membres de la société et ne subissent pas de discrimination du fait de présomptions sur leur qualité de vie et leur potentiel en tant qu'individu²⁸. Le quatrième aspect est celui de l'*accessibilité de l'information*. Ce droit est souvent dénié aux personnes déficientes mentales parce que l'on estime à tort qu'elles sont incapables de prendre des décisions concernant leurs propres traitements ou soins, ou même de prendre part à ces décisions. L'information sur les questions de santé (entre autres), y compris sur le diagnostic et le traitement, doit être accessible aux personnes déficientes mentales et, lorsqu'il s'agit d'enfants, à leurs parents²⁹;

c) Les établissements de soins et les biens et services de santé doivent être culturellement *acceptables* et respecter l'éthique médicale. Par exemple, les services de soins de santé mentale et d'appui destinés aux populations autochtones doivent en respecter la culture et les traditions. Selon les Principes relatifs à la maladie mentale, «tout patient a droit à un traitement adapté à son milieu culturel»³⁰. Il a également «droit à des soins et à une protection

sociale appropriés aux besoins de sa santé»³¹. En outre, «le traitement et les soins dispensés au patient doivent se fonder sur un programme individuel discuté avec lui, régulièrement revu, modifié le cas échéant, et appliqué par un personnel spécialisé qualifié»³². Dans certains cas – déficience intellectuelle grave, par exemple – la discussion aura lieu avec le tuteur du patient;

d) Les établissements de soins et les biens et services de santé doivent être de *bonne qualité*, notamment être scientifiquement et médicalement appropriés. Cela exige notamment du personnel médical et autre qualifié, des interventions psychosociales étayées par des faits observés, des médicaments scientifiquement approuvés et non périmés, des équipements hospitaliers appropriés, de l'eau salubre et potable et une hygiène adéquate. Dans le contexte des déficiences mentales, cela signifie, par exemple, que les professionnels de santé doivent bénéficier d'une formation appropriée aux soins de santé mentale, et que des installations adéquates doivent être à disposition dans les hôpitaux psychiatriques et autres services d'appui.

7. Respect, protection et mise en œuvre

47. Un autre cadre d'analyse utile est l'obligation expresse qu'ont les États, en vertu du droit international, de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé. Alors que le cadre exposé dans les paragraphes précédents (existence, etc.) est particulièrement intéressant pour l'élaboration des politiques, l'aspect examiné ici est un moyen précieux d'affiner l'analyse juridique du droit à la santé, notamment en rapport avec les déficiences mentales³³.

48. L'obligation de *respecter* le droit à la santé impose aux États de s'abstenir de refuser ou de limiter un accès égal des personnes déficientes mentales aux services de soins de santé, ainsi qu'aux déterminants fondamentaux de la santé. Les États devraient également veiller à ce que ces personnes déficientes mentales placées dans des institutions publiques aient normalement accès aux soins de santé et aux services d'appui connexes, ainsi qu'aux déterminants fondamentaux de la santé, dont l'eau et l'hygiène³⁴.

49. L'obligation de *protéger* signifie que les États doivent prendre des mesures pour que personne ne porte atteinte au droit à la santé des personnes déficientes mentales. Par exemple, ils doivent prendre des mesures pour protéger ces personnes, en particulier les femmes, les adolescents et autres groupes particulièrement vulnérables, de la violence et d'autres atteintes liées au droit à la santé qui peuvent se produire dans des services privés de soins de santé ou d'appui.

50. L'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé exige que les États reconnaissent ce droit, y compris pour les déficients mentaux, dans les régimes politiques et juridiques nationaux, en vue d'en assurer l'application. À cette fin, ils doivent prendre des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre³⁵. Par exemple, ils devraient veiller à ce que le droit de la population au meilleur état de santé mentale possible et le droit à la santé des personnes déficientes mentales soient dûment pris en considération dans leurs stratégie et plans d'action nationaux relatifs à la santé, ainsi que dans d'autres politiques pertinentes, telles que les stratégies nationales de réduction de la pauvreté, et dans le budget national³⁶. Le Rapporteur spécial note qu'il est important d'adopter des lois, des politiques, des programmes et des projets relatifs à la santé mentale qui: intègrent les droits de l'homme et donnent aux personnes déficientes mentales les moyens de faire des choix concernant leur vie; confèrent des protections juridiques concernant la création d'établissements de santé mentale

de qualité (et l'accès à ces établissements) ainsi que de services de soins et d'appui; instaurent de solides procédures pour la protection des personnes déficientes mentales; garantissent l'intégration de ces personnes dans la communauté; et contribuent à la santé mentale dans l'ensemble de la société³⁷. Les chartes relatives aux droits des patients devraient énoncer les droits fondamentaux des personnes déficientes mentales. Les États devraient également veiller à ce que les personnes déficientes mentales et leurs tuteurs, ainsi que d'autres personnes susceptibles d'être internées dans des hôpitaux psychiatriques, aient accès à une information sur leurs droits fondamentaux.

8. Non-discrimination et égalité

51. Le droit international relatif aux droits de l'homme interdit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé, ainsi qu'aux moyens de les acquérir, à raison de motifs tels que la déficience physique ou mentale et l'état de santé³⁸.

52. Diverses formes de stigmatisation et de discrimination continuent de faire obstacle à la réalisation du droit à la santé des personnes déficientes mentales. Par exemple, celles-ci sont souvent confrontées à une discrimination dans l'accès aux services de santé généraux ou à des attitudes stigmatisantes dans ces services, qui peuvent les dissuader de demander des soins en premier lieu. La stigmatisation et la discrimination au sein de la communauté, dans les écoles et sur le lieu de travail peuvent aussi décourager les personnes qui ont besoin d'un soutien social, d'un diagnostic et d'un traitement.

53. Si la plupart des familles prennent grand soin et protègent leurs parents atteints de déficiences mentales, dans certains cas la stigmatisation peut entraîner l'internement abusif, contre leur gré, de personnes déficientes mentales, y compris parfois dans des institutions qui ne sont pas équipées pour dispenser les traitements et les soins nécessaires et dans lesquelles la dignité et d'autres droits de ces patients sont en danger.

54. Toute décision d'isoler les déficients mentaux, notamment en les internant abusivement, est par nature discriminatoire et contraire au droit à l'intégration dans la communauté énoncé par les normes internationales³⁹. La ségrégation et l'isolement peuvent en eux-mêmes également renforcer la stigmatisation des déficiences mentales. Le Rapporteur spécial revient dans la section I.B sur la question des soins communautaires.

55. Le manque d'informations précises sur la déficience mentale et l'insuffisance des services d'appui alimentent souvent ces décisions. La diffusion d'informations sur la déficience mentale et les droits des personnes atteintes de déficiences est une stratégie importante pour combattre la stigmatisation et la discrimination. Les États ont l'obligation «d'assurer une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté»⁴⁰. Il est également essentiel, pour garantir un égal accès aux soins et le respect, dans le cadre de ces soins, des droits fondamentaux et de la dignité des personnes déficientes mentales, de former le personnel de santé et le personnel des secteurs connexes aux droits de l'homme et de les sensibiliser à la déficience.

56. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, les États ont non seulement l'obligation d'interdire toute discrimination, mais aussi l'obligation positive de garantir l'égalité d'accès des personnes déficientes mentales au droit à la santé. Par exemple, au titre du droit à

la santé, les personnes déficientes mentales, outre qu'elles ont droit aux mêmes services de soins de santé que les autres membres de la société, ont aussi le droit d'avoir accès à des services médicaux et sociaux qui contribuent à leur indépendance et à leur autonomie, leur évitent d'autres handicaps et les aident à s'intégrer dans la société⁴¹.

57. Cela peut exiger des mesures spéciales en faveur de groupes particuliers. Par exemple, les États devraient veiller à ce que les adolescents atteints de déficience mentale ou ayant des problèmes psychosociaux aient accès à des services adaptés à leurs besoins⁴². Le Comité des droits de l'enfant a souligné qu'il importait d'accorder une attention particulière, notamment, aux besoins spéciaux liés à la sexualité des adolescents atteints de déficiences⁴³.

58. Une mauvaise affectation des ressources peut aboutir à une discrimination involontaire⁴⁴. À l'évidence, la faiblesse des budgets que la plupart des pays consacrent à la santé mentale est un obstacle important à l'exercice par les personnes déficientes mentales de leur droit à la santé selon le principe de l'égalité des chances.

9. Participation

59. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, la population a le droit de participer aux choix en matière de santé aux niveaux local, national et international⁴⁵. Le droit des personnes déficientes mentales de participer aux processus de prise de décisions qui touchent leur santé et leur développement, ainsi qu'à chaque aspect de la prestation des services, fait partie intégrante du droit à la santé et est énoncé dans les Règles et dans la Déclaration de Montréal⁴⁶. Certains déficients mentaux ont des difficultés à prendre des décisions ou à faire part de leurs préférences, auquel cas ils devraient bénéficier d'une aide pour y parvenir.

60. Il est essentiel que les personnes déficientes mentales et leurs organisations représentatives participent à toutes les étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des lois, des politiques, des programmes et des services relatifs à la santé mentale et à l'appui social, ainsi que des politiques et des programmes plus généraux, comme les stratégies de réduction de la pauvreté, qui ont des conséquences pour elles. Les États devraient solliciter activement leur participation. Sources de soins et de soutien, les familles ont également une contribution importante à apporter aux processus législatifs et politiques, ainsi qu'aux décisions concernant les soins. Le fait de faire participer les usagers des soins de santé mentale et leur famille et organisations représentatives et de tenir compte de leurs points de vue pour la conception et l'application de toutes les initiatives les concernant contribue à la satisfaction des besoins des personnes déficientes mentales.

61. Alors que les Règles et la Déclaration de Montréal reconnaissent qu'il est particulièrement important de faire participer les organisations représentatives, telles que groupes d'entraide et associations, les organisations s'occupant de la déficience mentale ne sont pas très développées dans de nombreuses parties du monde⁴⁷. Pour assurer le respect de ces instruments internationaux, les États devraient soutenir et renforcer le développement d'associations de défense des personnes déficientes mentales. À cet égard, un document récent de l'Organisation mondiale de la santé contient des orientations utiles pour les ministères de la santé⁴⁸.

10. Assistance et coopération internationales

62. Outre leurs obligations nationales, les États ont la responsabilité, découlant notamment de l'alinéa 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de l'article 4 de la Convention relative aux droits de l'enfant, de prendre des mesures d'assistance et de coopération internationales en vue de réaliser les droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé. Cette responsabilité, qui incombe particulièrement aux pays développés, découle également des engagements pris lors de récentes conférences mondiales, dont le Sommet du Millénaire et l'objectif 8 de développement pour le Millénaire, que le Rapporteur spécial examine dans son deuxième rapport à l'Assemblée générale⁴⁹.

63. Les États devraient respecter le droit à la santé dans les autres pays, veiller à ce que leurs actions en tant que membres d'organisations internationales tiennent dûment compte du droit à la santé et s'attacher en particulier à aider d'autres États à atteindre les niveaux minimaux essentiels en matière de santé.

64. Les services de soins de santé mentale et d'appui ne sont pas une priorité pour les donateurs. L'aide financière que ceux-ci apportent est parfois utilisée pour des programmes inadaptés – témoin, la reconstruction d'un établissement psychiatrique endommagé qui avait été construit des années auparavant sur la base de conceptions de la déficience mentale aujourd'hui discréditées. En finançant cette reconstruction, le donateur prolonge sans le savoir, et pour de nombreuses années, des approches dangereusement inappropriées de la déficience mentale. Il est également inacceptable qu'un donateur finance un programme qui déplace une institution psychiatrique dans un lieu isolé, ce qui empêchera les patients de conserver ou de développer des relations avec la communauté⁵⁰. Si un donateur souhaite aider les enfants déficients intellectuels, il peut financer des services communautaires destinés aux enfants et à leurs parents, ce qui permet aux enfants de rester chez eux, au lieu de financer de nouvelles installations dans un établissement éloigné où les parents ne peuvent se rendre qu'une fois par mois, dans le meilleur des cas⁵¹.

65. Le Rapporteur spécial invite instamment les donateurs à envisager d'apporter davantage d'aide – et de meilleure qualité – dans le domaine de la déficience mentale. Conformément à leurs responsabilités en matière d'assistance et de coopération internationales, ceux-ci devraient appuyer des mesures visant notamment à favoriser le développement de services appropriés de soins et d'appui au sein des communautés et à soutenir les actions de sensibilisation menées par des personnes déficientes mentales, leur famille et leurs organisations représentatives, en leur apportant conseils et compétences techniques. Ils devraient veiller à ce que tous leurs programmes promeuvent l'égalité et la non-discrimination des personnes déficientes mentales. Certains organismes sont déjà attentifs à ces questions⁵². Ainsi, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) demande désormais à tous ceux qui sollicitent un financement d'établir que leurs programmes seront accessibles aux personnes atteintes de déficiences⁵³.

66. Un autre aspect de l'assistance et de la coopération internationales est le rôle que jouent les organismes internationaux dans la fourniture d'un appui technique. Sur ce point, le Rapporteur spécial se félicite de la qualité de l'appui technique qu'apportent des organisations telles que l'OMS et l'OPS, ainsi que des excellents manuels et guides qu'elles publient sur l'élaboration de lois et de politiques, y compris sous l'angle des droits de l'homme⁵⁴.

11. Contrôle et responsabilisation

67. Les droits de l'homme donnent aux personnes et aux communautés les moyens de se prendre en charge en leur conférant des droits et en imposant aux autres des obligations juridiques. À l'évidence, les droits et les obligations vont de pair avec la responsabilité: s'ils ne sont pas adossés à un système de responsabilisation, ils ne seront que poudre aux yeux. Toute approche fondée sur les droits de l'homme – ou sur le droit à la santé – doit donc mettre l'accent sur les obligations et exiger que tous ceux à qui elles incombent soient tenus de rendre compte de leurs actes. Cela vaut pour les droits fondamentaux des personnes déficientes mentales. Bien sûr, en raison de la grande vulnérabilité de certaines de ces personnes, des dispositifs de surveillance et de responsabilisation efficaces, transparents et accessibles sont indispensables⁵⁵.

68. Une des mesures les plus urgentes que de nombreux États doivent prendre pour faciliter la réalisation du droit à la santé des personnes déficientes mentales et des autres personnes susceptibles d'être internées dans des hôpitaux psychiatriques est de renforcer la surveillance et la responsabilité aux niveaux national et international.

69. **Au niveau national:** dans de nombreux pays, les soins de santé mentale ne font pas l'objet d'une surveillance continue et indépendante. Des violations trop fréquentes du droit à la santé et d'autres droits de l'homme passent inaperçues. C'est le cas non seulement dans les grands hôpitaux psychiatriques, mais aussi dans les services de proximité. Les Principes relatifs à la maladie mentale soulignent que «les États veillent à mettre en place les mécanismes voulus pour favoriser le respect des présents Principes, pour l'inspection des services de santé mentale, pour le dépôt, l'instruction et le règlement des plaintes et pour l'institution des procédures disciplinaires et judiciaires appropriées en cas de faute professionnelle ou de violation des droits d'un patient»⁵⁶.

70. Cette absence de surveillance pose des problèmes à double titre, car les personnes déficientes mentales, en particulier celles qui sont placées dans des institutions mais aussi celles qui vivent dans la communauté, sont souvent incapables de saisir les mécanismes de responsabilisation indépendants et efficaces qui existent lorsque leurs droits fondamentaux ont été violés. Diverses raisons, dont les suivantes, peuvent expliquer cette situation: la gravité de leur état les empêche de défendre leurs intérêts par elles-mêmes en engageant une procédure judiciaire; il n'existe pas de garanties de procédure efficaces, comme le droit des personnes réputées juridiquement incapables d'avoir un représentant personnel; elles n'ont pas accès à l'aide juridique; et elles ignorent leurs droits fondamentaux et leurs autres droits. Dans certains cas, il n'existe de toute façon pas de mécanismes de responsabilisation.

71. Outre l'importance décisive de dispositifs de surveillance efficaces, le Rapporteur spécial souligne le rôle essentiel des procédures de responsabilisation et des recours dans le cas de la déficience mentale, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de soins et d'appui, la discrimination et la participation. Les personnes déficientes mentales ou les autres personnes concernées doivent avoir accès à un organe de révision indépendant, afin que les cas d'admission et de traitement d'office soit réexaminés périodiquement⁵⁷. Cet organe doit impérativement être habilité à annuler une décision d'admission d'office s'il constate qu'un internement durable est inapproprié ou inutile. Les personnes déficientes mentales doivent bénéficier de toutes les garanties de procédure énoncées dans les Principes relatifs à la maladie mentale et dans d'autres

instruments⁵⁸. L'organe de révision doit aussi être habilité à examiner les cas dans lesquels une admission a été demandée, mais refusée.

72. À moins qu'un tel dispositif existe déjà, le Rapporteur spécial invite instamment les États à envisager d'urgence de créer un organisme national indépendant de défense des droits de l'homme ayant notamment pour mandat de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des personnes déficientes mentales. Cet organisme devrait disposer de larges pouvoirs pour mener des enquêtes, notamment des enquêtes publiques, et juger les plaintes. Il devrait être doté de ressources suffisantes, se conformer aux Principes de Paris et faire rapport au parlement tous les ans. Si nécessaire, une aide pourra être demandée au Programme de coopération technique du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH).

73. **Au niveau international:** il existe de nombreuses normes internationales détaillées concernant les droits de l'homme des déficients mentaux mais un problème essentiel est qu'elles ne sont guère appliquées. S'il est important de les connaître, le véritable objectif reste de les faire appliquer. Or, si la surveillance internationale des Règles relève du Rapporteur spécial de la Commission du développement social, qui est chargé de leur suivi et de leur application, les Principes relatifs à la maladie mentale ne prévoient pas de mécanisme de surveillance ou de responsabilisation.

74. Cependant, les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, protègent également les personnes déficientes mentales. Le Rapporteur spécial encourage les États à accorder une plus grande place au droit à la santé de ces personnes dans les rapports qu'ils soumettent au titre de leurs obligations conventionnelles. Les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme devraient, quant à eux, être encouragés à mettre davantage l'accent sur ces questions dans leurs discussions avec les États parties, leurs observations finales et leurs observations ou recommandations générales. Les organisations compétentes de la société civile, notamment les représentants des personnes déficientes mentales, devraient également être encouragées à s'adresser aux organes conventionnels, ainsi qu'à utiliser les procédures spéciales de la Commission des droits de l'homme.

75. En 2001, l'Assemblée générale a adopté une résolution dans laquelle elle a décidé de créer un comité spécial chargé d'examiner des propositions pour l'élaboration d'une convention internationale globale sur la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés. Le Rapporteur spécial se félicite vivement de cette initiative, ainsi que de la participation active d'organisations représentatives de personnes déficientes mentales. Il souligne à quel point il importe que cette convention renforce – et non édulcore – les normes existantes relatives au droit à la santé des déficients mentaux et prévoit une procédure efficace de surveillance et de responsabilisation⁵⁹.

B. QUESTIONS DIVERSES

76. Alors que la section I.A traitait, de manière générale, de la déficience mentale à travers le prisme du droit à la santé, la section I.B passe en revue trois questions spécifiques relatives à la déficience mentale: la déficience intellectuelle, le consentement au traitement et le droit à l'intégration dans la communauté. Bien sûr, il existe bien d'autres questions qui exigent un examen attentif, et les trois questions retenues méritent une analyse bien plus poussée que celle qui est faite ici. Les paragraphes ci-dessous n'ont qu'un très modeste objectif, à savoir mettre brièvement en lumière trois questions fondamentales du point de vue de la déficience mentale et du droit à la santé.

1. Déficience intellectuelle

77. Pendant des années, la communauté des droits de l'homme a eu tendance à négliger les personnes atteintes de déficiences. Les personnes déficientes mentales étaient souvent particulièrement marginalisées, et plus encore les personnes déficientes intellectuelles⁶⁰. En d'autres termes, pendant de nombreuses années les déficients intellectuels ont été relégués à la marge de la marge. Plus récemment, quelques mesures ont été prises pour remédier à cette situation inacceptable. Néanmoins, au cours de ses recherches pour la rédaction du présent rapport, le Rapporteur spécial a eu le sentiment que les personnes déficientes intellectuelles faisaient toujours partie des membres les plus «oubliés», les plus «invisibles» de nos communautés, et cela se constatait dans toute la société, parmi les professions de santé et dans la communauté des droits de l'homme.

78. La déficience intellectuelle «est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales»⁶¹. En bref, des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble⁶². Étant donné qu'il existe de nombreuses différences entre les personnes déficientes intellectuelles pour ce qui est de la compréhension, des capacités de communication, des préoccupations, des souffrances et du fonctionnement, il est particulièrement dangereux d'énoncer des recommandations générales. La déficience intellectuelle se distingue de la déficience psychiatrique par ses causes, ses effets et ses besoins. Bien qu'il soit erroné de concevoir cette déficience comme une maladie, le Rapporteur spécial se soucie du droit à la santé des personnes déficientes intellectuelles.

79. Malgré des différences, les personnes atteintes de toutes sortes de déficiences mentales – intellectuelles ou psychiatriques – sont exposées à de nombreuses violations analogues de leurs droits même si, du fait qu'elles n'ont pas les mêmes capacités de protéger sans assistance leurs propres intérêts, les déficients intellectuels sont souvent plus particulièrement vulnérables. Par exemple, la déficience intellectuelle a pu motiver le refus d'actes médicaux comme une transplantation d'organe et de traitements vitaux pour des nouveau-nés⁶³. Un tel raisonnement est en soi discriminatoire et a de graves conséquences pour les droits à la santé et à la vie. La tutelle a été utilisée trop souvent et à mauvais escient dans un contexte médical et dans d'autres contextes, y compris, dans le pire des cas, pour interner des déficients intellectuels dans des établissements psychiatriques⁶⁴. Outre l'absence de justifications médicales ou sociales, ces abus sont contraires aux droits des personnes intellectuellement déficientes à la santé, à l'autonomie, à la participation, à la non-discrimination et à l'insertion sociale.

80. Les personnes déficientes intellectuelles, en particulier les enfants, sont exposées à toute une série de complications médicales spécifiquement associées à leur condition. Dans certains cas, elles peuvent ne pas avoir la capacité d'apprendre des comportements sains. C'est pourquoi il peut être particulièrement difficile de distinguer leurs droits et leurs besoins en matière de santé, d'éducation, de développement, etc. Dans le cas des enfants déficients intellectuels, il s'agit de parvenir à ce que la Convention relative aux droits de l'enfant appelle «une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel»⁶⁵.

81. Les besoins des déficients intellectuels et de leur famille en matière d'appui et de soins ne sont pas satisfaits dans la plupart – voire dans la totalité – des pays. Ces personnes nécessitent souvent des services d'appui spécialisés adaptés à leurs besoins individuels – réadaptation, orthophonie, ergothérapie, physiothérapie, thérapie comportementale, etc. Parallèlement à d'autres déterminants de la santé tels qu'un logement, une alimentation et un enseignement appropriés, l'accès à ces services joue un rôle important pour assurer l'égalité des chances en matière de droit à la santé (et d'autres droits de l'homme) des personnes déficientes intellectuelles. Il est également essentiel d'apporter un appui aux familles des personnes atteintes de déficiences intellectuelles graves, compte tenu du lourd fardeau que peuvent représenter les soins et l'aide à fournir. Dans certains cas, un environnement favorable à ces personnes et à leur famille passera par un placement dans une petite structure communautaire ouverte, dotée d'un personnel stable dispensant des services d'appui spécialisés.

82. La Déclaration de Montréal sur la déficience intellectuelle, adoptée en 2004, reconnaît les normes relatives aux droits de l'homme qui ont trait à la déficience intellectuelle, notamment le droit à la santé. Elle dispose en effet que «pour les personnes avec une déficience intellectuelle, comme pour toute autre personne, le droit à la santé doit être exercé en assurant une inclusion complète dans la société, un niveau de vie adéquat, un accès à une éducation intégrative et à un travail intégrateur justement rémunéré ainsi qu'un accès aux services de la communauté»⁶⁶. Elle contient aussi d'autres normes importantes, telles que celles relatives à l'aide à la prise de décisions. En résumé, cette déclaration est un premier pas important dans la lutte contre la marginalisation des déficients intellectuels en ce qui concerne le droit à la santé et d'autres droits fondamentaux.

2. Le droit à l'intégration dans la communauté

83. Comme il est souligné ailleurs dans le présent rapport, les traitements et les soins sont souvent dispensés loin du domicile et du lieu de travail des personnes déficientes mentales, et les services d'appui de proximité sont insuffisants. Ces personnes sont donc privées du droit de vivre, de travailler et d'être soignées et pleinement aidées, dans la mesure du possible, au sein de leurs communautés.

84. Toutes les normes modernes relatives à la déficience mentale mettent l'accent sur l'importance des traitements, des soins et de l'appui de proximité, ce qui va dans le sens de la tendance à considérer les services de traitement de la déficience mentale comme faisant partie des soins de santé primaires. La Déclaration de Caracas (1990), par exemple, préconise pour l'essentiel des modèles de services communautaires intégrés dans les réseaux de protection sanitaire et sociale. L'un des deux objectifs de la Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées, adoptée en 1999, est de promouvoir la pleine insertion dans la société des personnes atteintes de déficiences.

Les Principes relatifs à la maladie mentale font expressément référence au droit de vivre et de travailler au sein de la société, dans la mesure du possible (principe 3), au droit qu'a tout patient, dans la mesure du possible, d'être traité et soigné dans le milieu où il vit (principe 7-1) et au droit qu'a tout patient de retourner dès que possible dans son milieu de vie, lorsqu'il doit en sortir pour bénéficier d'un traitement et de soins (principe 7-2).

85. Le droit à l'insertion dans la communauté, qui découle du droit à la santé et d'autres droits fondamentaux, s'applique d'une manière générale à toutes les personnes déficientes mentales. Cette insertion est la plus propice au respect de leur dignité, à leur autonomie, à l'égalité et à leur participation à la vie de la société. Elle contribue à prévenir le placement en institution, qui peut exposer les déficients mentaux à des violations de leurs droits et nuire à leur santé compte tenu du fardeau mental que font peser la ségrégation et l'isolement. L'intégration dans la communauté est également une stratégie importante pour éliminer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes déficientes mentales.

86. La ségrégation et l'éloignement de la société des personnes déficientes mentales sont donc incompatibles avec le droit à la santé, ainsi qu'avec le droit qui en découle à l'intégration dans la communauté, sauf s'ils se justifient par des considérations objectives et raisonnables, juridiquement fondées et dépendant de l'examen et de la décision d'un organe indépendant.

3. Consentement au traitement

87. Le consentement au traitement est l'une des plus importantes questions relatives aux droits de l'homme dans le domaine de la déficience mentale. Alors que cette question est souvent envisagée en relation avec le droit à la liberté et la sécurité de la personne, ainsi qu'avec l'interdiction de tout traitement inhumain et dégradant, elle est moins souvent examinée dans le contexte du droit à la santé. Le consentement au traitement est toutefois étroitement lié à un élément fondamental du droit à la santé, à savoir le droit d'être maître de disposer de sa propre santé et de son propre corps.

88. Les Principes relatifs à la maladie mentale reconnaissent qu'aucun traitement ne doit être administré à un patient sans qu'il y ait donné son consentement en connaissance de cause⁶⁷. Cela est conforme aux principes fondamentaux du droit international relatif aux droits de l'homme, comme l'autonomie de la personne. Mais cette disposition essentielle des Principes est subordonnée à de nombreuses exceptions et conditions. Il n'est pas possible d'analyser ici ces exceptions et conditions, qui sont complexes; dans la pratique, cependant, leur effet combiné tend à quasiment vider de son sens le droit au consentement éclairé.

89. D'après ce qu'a pu constater le Rapporteur spécial, les décisions d'administrer un traitement sans le consentement du patient obéissent souvent à des considérations inappropriées. Par exemple, elles sont parfois prises sur fond d'ignorance et de stigmatisation, ou pour la commodité du personnel soignant, ou en raison de son indifférence. Cela est par nature incompatible avec le droit à la santé, l'interdiction de la discrimination fondée sur la déficience et d'autres dispositions des Principes relatifs à la maladie mentale.

90. Dans ces conditions, il est particulièrement important que les garanties de procédure qui protègent le droit au consentement éclairé soient à la fois sans faille et strictement appliquées. Tel n'étant pas le cas actuellement, le Rapporteur spécial recommande que cet important aspect

du droit à la santé soit réexaminé d'urgence en vue de mieux protéger, aux niveaux international et national, le droit au consentement éclairé.

II. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

91. La déficience mentale a été négligée à maints égards. De nombreux États ont alloué des ressources budgétaires insuffisantes aux services de soins de santé mentale et d'appui, et n'ont pas élaboré les politiques, les programmes et les lois nécessaires. Certains sont responsables de la mise en place de systèmes de soins dans lesquels les droits fondamentaux des personnes déficientes mentales risquent plus d'être violés que d'être progressivement réalisés. Les organisations internationales se sont jusqu'à présent peu intéressées à la santé mentale, bien que l'OMS et l'OPS fassent toutes deux de grands efforts pour remédier à cette situation. Les donateurs ont rarement proposé des politiques d'aide aux personnes déficientes mentales ou évalué les incidences de leurs programmes sur les personnes atteintes de déficiences, même si certains signes montrent que cela aussi commence à changer. Les organisations de la société civile, y compris les associations de personnes actuellement ou autrefois atteintes de déficiences mentales, ont réalisé des avancées remarquables en faisant progresser les débats sur les questions de déficience mentale et de droits de l'homme, et ce, malgré l'ampleur de la discrimination et de la stigmatisation.

92. En outre, la compréhension des problèmes et la mise en place d'un appui adéquat progressent sensiblement. Les personnes déficientes mentales ont ainsi de plus grandes chances de vivre une vie digne et il devient plus facile de garantir, dans toute la mesure possible, leur autonomie, leur participation et leur intégration dans la société. Les décideurs et les législateurs doivent impérativement accorder une plus grande attention à la déficience mentale si l'on veut que cette évolution puisse contribuer à la réalisation des droits fondamentaux, notamment du droit à la santé, des personnes déficientes mentales.

93. Le Rapporteur spécial recommande aux États de renforcer et d'amplifier leurs initiatives politiques et juridiques dans le domaine de la déficience mentale en vue de garantir le droit à la santé et les autres droits fondamentaux des personnes déficientes mentales. Ils devraient, si nécessaire, solliciter la coopération technique de l'OMS ou de l'OPS et le soutien financier des donateurs. Ils devraient affecter une part plus importante de leur budget de la santé à la santé mentale, et s'en servir pour développer la prévention ainsi que les traitements et les soins au niveau communautaire. Il faut également porter une plus grande attention à la surveillance des services de soins de santé mentale et d'appui et mettre en place des mécanismes efficaces de responsabilisation offrant aux déficients mentaux des possibilités adéquates d'exercer un recours. Toutes ces mesures et d'autres mesures pertinentes doivent s'appuyer sur une approche des droits de l'homme mettant notamment en avant la participation, l'autonomie, la dignité et l'insertion.

Notes

¹ World Health Report 2001, p. 3.

² Ibid., p. 35.

³ The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment (CPT) has taken a strong stance against unmodified ECT; see CPT Standards: “Substantive” sections of the CPT’s General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2003.

⁴ See Mental Disability Rights International (MDRI)/Asociación Pro Derechos Humanos, *Human Rights and Mental Health in Peru* (2004); Mental Disability Advocacy Centre, *Cage Beds: Inhumane and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries* (2003); Amnesty International, *Romania: Memorandum to the Government Concerning Inpatient Psychiatric Treatment* (2003).

⁵ See Human Rights Watch, *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders With Mental Illness* (2003).

⁶ See Human Rights Committee, *Clement Francis v Jamaica* (1994); European Court of Human Rights (ECHR) *Keenan v UK* (2001); Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) *Victor Rosario Congo v Ecuador* (1998).

⁷ See K. Raye, *Violence, Women and Mental Disability* (MDRI, 1999).

⁸ World Health Report 2001, pp. 89-91

⁹ See WHO *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2000.

¹⁰ WHO, *ICF*.

¹¹ Also see G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability, The Current use and Future Potential of Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1, United Nations, 2002).

¹² Mental Illness Principle 7(1). Also see E. Rosenthal and L. Rubenstein, *International Human Rights Advocacy under the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness*, 16 *International Journal of Law and Psychiatry* (1993).

¹³ See Standard Rule 14 (2).

¹⁴ Adopted respectively by: General Assembly resolution 37/52; the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened by PAHO/WHO; and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe.

¹⁵ A/58/181, para. 43.

¹⁶ CESCR, general comment No. 5, paras. 7(b) and 34.

¹⁷ CESCR, general comment No. 5, para. 5; CESCR, general comment No. 14, paras. 18 and 26.

¹⁸ ICESCR, art. 2 (1).

¹⁹ See, *World Health Report 2001*, pp. 112-115.

²⁰ For the Special Rapporteur's latest contribution about right-to-health approaches to indicators and benchmarks, see A/59/422.

²¹ See European Convention on Human Rights, art. 5(1)(e) and Mental Illness Principle 16.

²² E.g., ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands* (1979) and *E v. Norway* (1990). See, generally, L.O. Gostin and L. Gable, *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health*, 63 Maryland Law Review (2004); L.O. Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: The ECHR*, 23 International Journal of Law and Psychiatry (2000); O. Lewis, *Protecting the rights of people with mental disabilities: the ECHR*, European Journal of Health Law 9 (4) (2002).

²³ ECHR, *Varbanov v. Bulgaria* (2000) and *Aerts v. Belgium* (1998); African Commission on Human and Peoples' Rights, *Purohit and Moore v. Gambia* (2001); IACHR, *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

²⁴ Standard Rules 2-4.

²⁵ CESCR general comment No. 14, para. 4.

²⁶ CESCR, general comment No. 14, para. 12.

²⁷ WHO, *Improving Access and Use of Psychotropic Medicines* (2004).

²⁸ Report of the Special Rapporteur on disabilities of the Commission for Social Development on his third mandate, 2000-2002; annex: E/CN.5/2002/4, para. 28.

²⁹ Annex, E/CN.5/2002/4, para. 30.

³⁰ Mental Illness Principle 7 (3).

³¹ Mental Illness Principle 8 (1).

³² Mental Illness Principle 9 (2).

³³ CESCR, general comment No. 14, para. 33.

³⁴ Inter-American Commission on Human Rights, *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, 1998.

³⁵ ICESCR, art. 2.1, general comment No. 14, para. 36.

³⁶ WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (2004).

³⁷ WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005).

³⁸ See para. 31 above.

³⁹ CESCR, general comment No. 5, para. 15.

⁴⁰ CESCR, general comment No. 14, para. 44 (d).

⁴¹ CESCR, general comment No. 5, para. 34.

⁴² CRC, general comment No. 4, para. 22.

⁴³ CRC, general comment No. 4, para. 35; UN Standard Rule 9 (2).

⁴⁴ CESCR, general comment No. 14, para. 19.

⁴⁵ CESCR, general comment No. 14, para. 11.

⁴⁶ Standard Rules 14 and 18; Montreal Declaration, para. 6.

⁴⁷ Standard Rules 14 (2) and 18; Montreal Declaration, para. 9 (d).

⁴⁸ WHO, *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (2003), p. 5.

⁴⁹ See A/59/422; Standard Rules 21 and 22 on International Cooperation.

⁵⁰ See, for example, MDRI, *Not on the Agenda: Human Rights of People With Mental Disabilities in Kosovo* (2002).

⁵¹ Eric Rosenthal, et al., *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for International Action*, 4 *Health and Human Rights: An International Journal* (2000).

⁵² National Council on Disability, *Foreign Policy and Disability* (2003).

⁵³ See Consolidated Appropriations Act, 2005, Part D (Foreign Operations), Sec. 579.

⁵⁴ See WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005); E. Rosenthal and C. Sundram, *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* (WHO: 2004); Modules included in the WHO *Mental Health Policy and Service Guidance Package* (www.who.int).

⁵⁵ For some comments on accountability see the Special Rapporteur's second report to the General Assembly, paras. 36-46, A/59/422, 2004.

⁵⁶ Mental Illness Principle 22.

⁵⁷ Mental Illness Principle 17.

⁵⁸ Mental Illness Principles 11 and 18.

⁵⁹ For information on the draft Convention and the drafting process, see www.un.org/esa/socdev/enable/.

⁶⁰ E.g., the Mental Illness Principles focus on psychiatric disability. There is a more extensive body of case law on psychiatric disability. However, two important regional cases concerning intellectual disability are ECHR, *HL v UK* (2004), and European Committee of Social Rights, *Autism-Europe v France* (2002).

⁶¹ *World Health Report 2001*, page 35. Also see WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1992).

⁶² Although a diagnosis is made only if also associated with a diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment, see *World Health Report 2001*, page 35.

⁶³ M. Rioux *On Second Thought*, in S. Herr, L. Gostin, H. Koh, *The Human Rights of Persons with Intellectual Disabilities* (2003).

⁶⁴ S. Herr, *Alternatives to Guardianship*, in Herr et al (2003).

⁶⁵ Art. 23 (3).

⁶⁶ Para. 4.

⁶⁷ Principle 11. Also see A/58/181.
